

непосредственно перед госпитализацией), повышенный или сниженный индекс массы тела, сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания и хронические заболевания легких, двусторонний характер пневмонии, особенно в сочетании с плевральным выпотом.

Корректируемыми ФР являются: отсутствие амбулаторного лечения; поздние госпитализация (> 5 дней) и первичное обращение за медицинской помощью (> 4 дней); неверное определение степени тяжести ВП и ДН, госпитализация в выходные и праздничные дни, а также в иное время работы дежурного персонала.

2. Умершие пациенты имели тяжелую сопутствующую патологию: болезни печени, ЦВБ и другие ССЗ, ожирение и др.

3. Среди осложнений ВП, повлекших неблагоприятный исход, чаще всего развивались ДН, отек легких, плеврит, абсцедирование, инфекционно-токсический шок.

Список литературы:

1. Гордеева Н.В. Особенности тяжелого течения и летальных исходов внебольничных пневмоний на примере Красноярского края / Демко И.В., Корчагин Е.Е., Соловьева И.А. // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2019. -№74. – С. 26-33.

2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2020. – 300 с.

3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Свердловской области в 2019 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области, 2020. – 254 с.

4. Поваляева, Л.В. Факторы риска смерти пациентов с внебольничной пневмонией в современных условиях / Л.В. Поваляева, Б.Е. Бородулин, Е.А. Бородулина, Г.Ю. Черногаева // Казанский медицинский журнал. — 2012. — Т. 93, № 5. — С. 816—820.

5. Хамитов Р.Ф. Внебольничная пневмония: немедикаментозные факторы риска летального исхода. // Пульмонология. – 2014 – №1 – С. 23-26.

6. Харьков Е.И. Анализ летальности от внебольничной пневмонии в КГБУЗ КМК БСМП им. Н. С. Карповича за 2012-2016 года / Харьков Е.И., Козлов Е.В., Бочкарева В.О., Бочкарев Д.В., Обухова И.А. // Здоровье и образование в XXI веке. - 2018. - №4. – С.76-78.

УДК 61:616.72 – 007.248

Камешков Д.А., Мамаев М.Э., Фоминых М.И.

ПРОБЛЕМА ГИПЕРДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА В УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Кафедра факультетской терапии и гериатрии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Kameshkov D.A., Mamaev M.E., Fominykh M.I.
**THE PROBLEM OF OVERDIAGNOSIS OF REACTIVE ARTHRITIS
IN THE URAL FEDERAL DISTRICT**

Chair of Internal Therapy and Geriatrics
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: Misha.mamaev.misha@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены статистические данные по Российской Федерации, Уральском Федеральном округе за последние 10 лет, в которых отмечается большой разброс показателей выявляемости реактивного артрита, что, вероятно связано, с распространенностью инфекций, передающихся половым путем, асимптомным течением, так и с гипердиагностикой данного заболевания.

Annotation. The article considers the statistical data for the Russian Federation, The Ural Federal District for 10 years, in which there is a large variation in the detection rates of reactive arthritis, which is probably due to the prevalence of sexually transmitted infections, the asymptomatic course, and the overdiagnosis of reactive arthritis.

Ключевые слова: реактивный артрит, Свердловская область.

Key words: reactive arthritis, The Ural Federal District.

Введение

Реактивный артрит (РеА) – часть спектра спондилоартритов. РеА представляет собой стерильное воспаление синовиальной оболочки, сухожилий и фасции, вызванное триггерной инфекцией, локализующейся в желудочно-кишечном тракте или генитальной сфере [4].

РеА в настоящее время встречается достаточно редко и составляет 4,6-5,0 случаев на 100000 населения. Пик заболеваемости 30-40 лет. Урогенный РеА чаще встречается у мужчин, энтерогенный РеА одинаково часто у обоих полов [1].

Этиологией этого заболевания служат постэнтероколитические или урогенитальные инфекции, например, *Chlamydia trachomatis*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, но повлиять на заболевание также может географическое месторасположение, сезонность. У людей - носителей гена HLA-B27 возрастает предрасположенность к РеА, т.к. он повышает восприимчивость организма к «артритогенным» микробам [6].

Основное значение в патогенезе РеА имеют циркулирующие иммунные комплексы, проникающие и оседающие на синовиальной оболочке, вызывающие гипериммунный ответ на присутствие инфекционного агента [6].

В последние годы было замечено, что отмечается большой разброс показателей выявляемости РеА, что, вероятно связано, с распространенностью инфекций, передающихся половым путем, так и с гипердиагностикой РеА. На сегодняшний день существуют сложности в постановке данного диагноза: отсутствие унифицированных диагностических критериев, трудность обследования этой группы больных, не уточнен интервал от начала инфекции до развития артрита (от нескольких дней до 6-12 месяцев), асимптомное или малосимптомное течение заболевания. Диагноз устанавливается на основе ассоциации клинических и микробиологических критериев, в которых говорится, что пациенты с подтвержденным диагнозом РеА должны иметь как «большие» критерии, так и один «малый» критерий.

Наблюдается гипердиагностика РеА у пациентов с моно- и олигоартритом. Этот диагноз ставится при развитии артрита без идентификации триггера, характерного для этой нозологии, и, следовательно, такое заболевание не может трактоваться как РеА. Кроме того, так как данная патология относится к группе серонегативных спондилоартритов, клиническая картина может соответствовать проявлениям псориазического, септического, вирусного артритов, анкилозирующего спондилита.

Цель исследования – оценка заболеваемости РеА и изучить общую и первичную заболеваемость населения по данной патологии в Уральском Федеральном округа с 2010 по 2019 гг.

Материал и методы исследования

В настоящем исследовании использовался метод сплошного статистического наблюдения, рассчитывались и анализировались статистические показатели и показатели динамических рядов, а также метод прямого ранжирования.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами был проведён анализ общей и впервые выявленной заболеваемости РеА среди взрослого населения за период с 2010 г. по 2019 г. [2].

Данные общей заболеваемости РеА среди взрослого населения в РФ:

За исследуемый период общая заболеваемость РеА (по МКБ-10 - M02) в РФ снизилась на 12,13%. Пик заболеваемости пришёлся на 2016г (65,4 чел. на 100000 населения), однако, возможно, из-за статистической ошибки в УрФО. Наименьшая заболеваемость пришлась на 2018 г. (33,8 чел. на 100000 населения).

Общая заболеваемость РеА в УрФО, за исследуемый период также снизилась, по сравнению с общей заболеваемостью в РФ, на 28,49%. Пик заболеваемости пришёлся на 2016 г. (354,6 чел. на 100000 населения), однако это неверные данные, в 2016 году была допущена статистическая ошибка в г. Екатеринбурге. Наименьшая заболеваемость пришлась на 2018 г. (30,2 чел. на 100000 населения) (Рис 1).

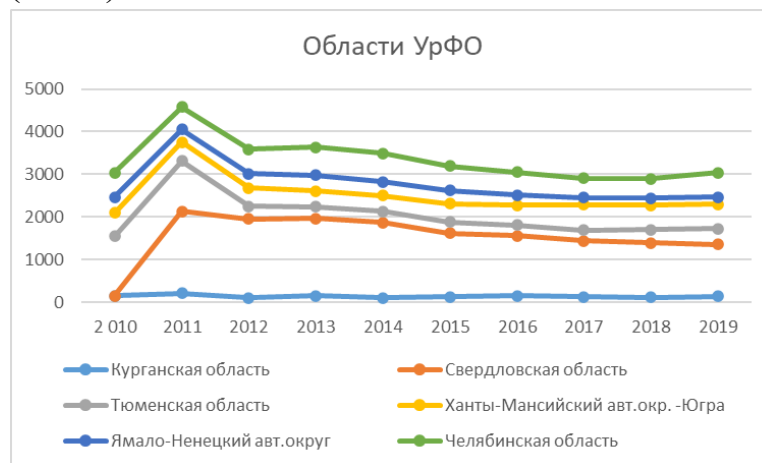


Рис 1. Общая заболеваемость РеА в УрФО с 2010 по 2019 года.

При сравнении общей заболеваемости РеА в областях УрФО, на протяжении всего исследуемого периода, 1 место занимала Челябинская область. На последнем месте, за весь исследуемый период, расположилась Курганская область. При этом Свердловская область расположилась лишь на 5 месте.

При исследовании общей заболеваемости в Свердловской области, начиная с 2011 г., после резкого скачка, на протяжении всего исследуемого периода, наблюдается ежегодное снижение заболеваемости. Пик заболеваемости пришёлся на 2011 г. (54,7 чел. на 100000 населения - в 2011 г.). В конце исследуемого периода заболеваемость снизилась (35,9 чел. на 100000 населения).

Данные впервые выявленных РеА среди взрослого населения:

За исследуемый период впервые выявленные РеА в РФ снизилась на 23,94%. Пик заболеваемости пришёлся на 2013 г. (16,8 чел. на 100000 населения). Наименьшая заболеваемость пришлась на 2018 г. (11,2 чел. на 100000 населения).

Впервые выявленные РеА в УрФО, за исследуемый период также снизилась, по сравнению с впервые выявленными РеА в РФ, на 33,54%. Пик заболеваемости пришёлся на 2010 г. (14,8 чел. на 100000 населения). Наименьшая заболеваемость пришлась на 2018 г. (9,8 чел. на 100000 населения) (Рис. 2).

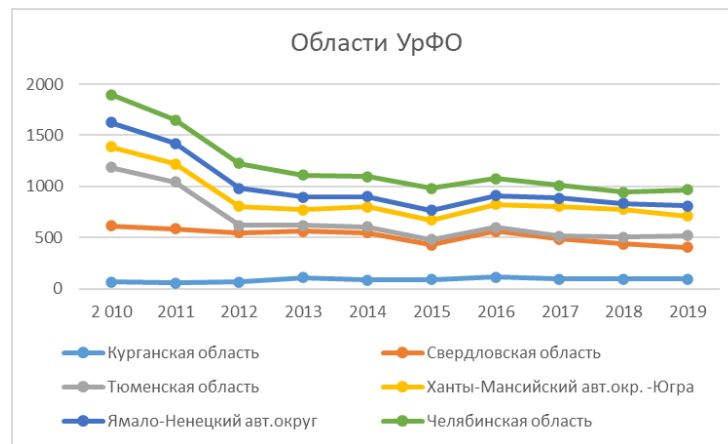


Рис. 2. Заболеваемость РеА, впервые выявленная, в УрФО с 2010 по 2019 г.

При сравнении впервые выявленных заболеваний РеА в областях УрФО, на протяжении всего исследуемого периода, 1 место занимала Челябинская область. На последнем месте, за весь исследуемый период, располагалась Курганская область. Также, во всех областях наблюдается снижение впервые выявленных РеА (Свердловская область – на 43,56%, Тюменская область – на 80,28%, Ханты-Мансийский авт. окр. - Югра – на 6,83%, Ямало-Ненецкий авт.округ – на 56,36%, Челябинская область – на 42,44%), за исключением Курганской области, где заболеваемость выросла на 44,62% в 2019 г., по сравнению с 2010 г.

При исследовании впервые выявленных РеА в Свердловской области, на протяжении всего исследуемого периода, наблюдается ежегодное снижение заболеваемости (15,5 чел. на 100000 населения - в 2010 г. и 9,2 чел. на 100000 населения - в 2019 г.).

Было проанализировано несколько источников о взаимосвязи новой коронавирусной инфекции и РеА. В каждом источнике подтверждался случай пациента переболевшего в недавнем времени COVID-19 (1 неделя), после которого у пациента были симптомы отека, покраснения сустава и болевой синдром. Лабораторные анализы пациентов показывали отрицательные результаты на ревматоидный фактор, АЦЦП, ПЦР инфекции, АСЛО. В некоторых случаях был превышен С-реактивный белок, свидетельствующий о воспалении и положительный ген HLA-B27. Также в анамнезе не было ревматологических заболеваний или симптомов перенесенных ранее. Лечение НПВС, сульфасалазином дали положительный результат, поэтому на сегодняшний день можно предположить, что COVID-19 возможно является этиологическим фактором РеА, однако этот вопрос остается открытым [3,5,7].

Выводы:

1. При оценке итоговых результатов впервые выявленной и общей заболеваемости по РФ с данными ВОЗ по мировой заболеваемости РеА можно сделать вывод о превышении выявленных случаев заболеваний в РФ минимум в 10 раз, по сравнению с другими странами (Норвегия и Финляндия – 3-5,4 человек на 100000 населения; в США частота РеА колеблется от 3,5 до 5 пациентов на 100 000). Столь высокие показатели заболеваемости вероятно могут быть связаны с гипердиагностикой заболевания в отдельных субъектах Федерации, что требует более детального анализа.

2. В УрФО по общей и впервые выявленной заболеваемости на первое место выходит Челябинская область, на последнем месте располагается курганская область, а Свердловская область занимает лишь 5 место.

3. Данные заболеваемости по Свердловской области отражают снижение заболеваний РеА, что, скорее всего, свидетельствует о постепенном снижении гипердиагностики данной патологии.

Список литературы:

1. Балабанова Р. М., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Кричевская О.А. Заболеваемость болезнями костно-мышечной системы в Российской Федерации за 2015–2016 гг./ Р. М. Балабанова, Т. В. Дубинина, А. Б. Демина, О. А. Кричевская // Научно-практическая ревматология. - 2018. - №1. – С. 15-21.

2. Статистические материалы. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2011-2019 году / подготовлен Департаментом мониторинга, анализа, и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Москва: 2012-2019.

<https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskije-i-informatsionnye-materialy>.

3.Elif M Saricaoglu,Imran Hasanoglu,Rahmet Guner The first reactive arthritis case associated with COVID-19. J Med Virol. 2020 Jul 11;10.1002/jmv.26296.

4.EM Carlin, JM Ziza, A Keat and M Janier 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. Int J STD AIDS.2014 Nov;25(13):901-12.

5.Hannah M Schenker,Melanie Hagen,David Simon,Georg Schett, Bernhard Manger Reactive arthritis and cutaneous vasculitis after SARS-CoV-2 infection. Rheumatology (Oxford). 2021 Jan 5;60(1):479-480

6.Ibtissam Bentaleb, Kawther Ben Abdelghani, Samira Rostom, Bouchra Amine, Ahmed Laatar, Rachid Bahiri Reactive Arthritis: Update. Curr Clin Microbiol Rep. 2020 Sep 26;1-9.

7.Ibtisam Jali Reactive Arthritis After COVID-19 Infection. Cureus. 2020 Nov 28;12(11):e11761.

УДК 616.24-005.7

Красулин Е.М., Калабина А.С., Шимкевич А.М.
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ
АРТЕРИИ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и
иммунологии

Уральский Государственный Медицинский Университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Krasulin E.M., Kalabina A.S., Shimkevich A.M.
CLINICAL MANIFESTATIONS OF PULMONARY THROMBOEMBOLIA
IN REAL PRACTICE

Department of Faculty Therapy, Endocrinology, Allergology and Immunology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: krasulin.egor@mail.ru

Аннотация. В статье представлены результаты анализа историй болезни пациентов терапевтического и кардиологического отделений ГБУЗ СО «ЦГКБ №1» города Екатеринбурга за период с 21.10.2016 по 12.04.2018 гг, проведенного с целью определения клинических проявлений, являющихся основанием для проведения компьютерной томографии легочной артерии с контрастированием, с целью выявления или исключения тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) в реальной клинической практике.

Annotation. The article presents the results of the analysis of patients' medical records of the therapeutic and cardiological departments of the Central city hospital