

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](mailto: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 округе 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).

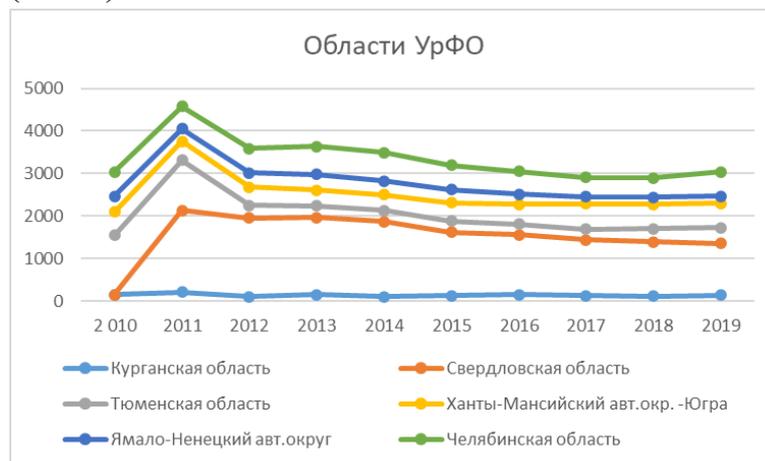


Рис 1. Общая заболеваемость РеА в УрФО с 2010 по 2019 года.

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).

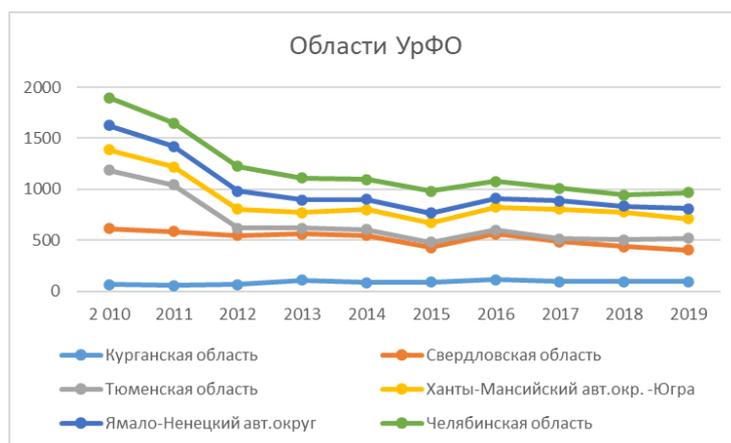


Рис. 2. Заболеваемость РеА, впервые выявленная, в УрФО с 2010 по 2019 г.

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/statisticheskie-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](mailto: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