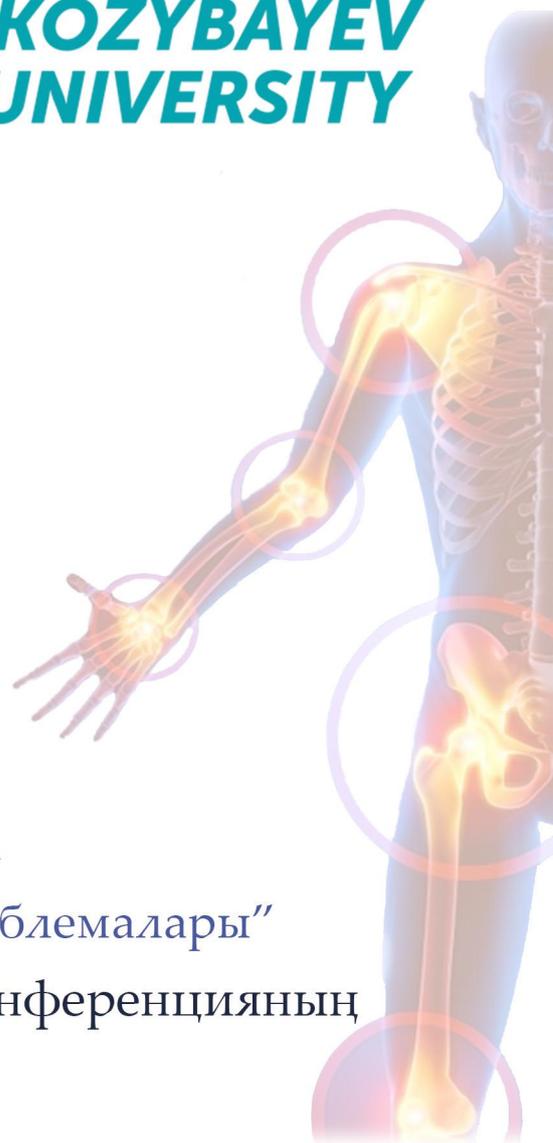




**KOZYBAYEV
UNIVERSITY**



“Ревматикалық ауруларды диагностикалау
мен емдеудің мультидисциплинарлық проблемалары”

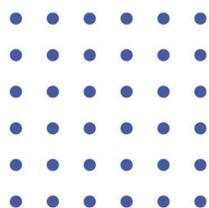
I Халықаралық ғылыми-практикалық конференцияның

МАТЕРИАЛДАРЫ

МАТЕРИАЛЫ

I Международной научно-практической конференции

“Мультидисциплинарные проблемы диагностики и
лечения ревматических болезней”



Петропавл 2025ж.

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ ЖОҒАРЫ БІЛІМ МИНИСТРЛІГІ
М. Қозыбаев атындағы Солтүстік Қазақстан университеті**

**«Ревматикалық ауруларды диагностикалау мен емдеудің
мультидисциплинарлық проблемалары» атты халықаралық
конференциясының**

МАТЕРИАЛДАРЫ

(24 қаңтар)

МАТЕРИАЛЫ

**I Международной конференции
«Мультидисциплинарные проблемы диагностики и лечения
ревматических болезней»**

(24 января)

**Петропавл
2025**

УДК 616.72-07/-08
ББК В54.12я43

Редакционная коллегия:

Сартаев Ж.Н. – д.м.н. доцент кафедры «Клинические дисциплины»
Мурзабаева М.Д. – к.м.н. доцент кафедры «Клинические дисциплины»
Стогниев И.М. – магистр, директор медицинского факультета
Романов Д.А. – заведующий кафедрой «Клинические дисциплины»

I Международная конференция «**Мультидисциплинарные проблемы диагностики и лечения ревматических болезней**»: Петропавловск: СКУ им. М. Козыбаева, 2025. – 27 с.

Настоящий сборник включает современные исследования и практические рекомендации по диагностике и лечению ревматических заболеваний. В представленных материалах рассматриваются актуальные тактики ведения ревматоидного артрита, подходы к терапии фибромиалгии и микрокристаллических артритов. Особое внимание уделено инновационным методам фармакотерапии, включая применение препаратов генной инженерии. Отдельные статьи посвящены практическим аспектам диагностики и лечения системной склеродермии, феномена Рейно и кожных васкулитов. Сборник предназначен для врачей-ревматологов, терапевтов, научных сотрудников и всех специалистов, интересующихся современными подходами в ревматологии

СОДЕРЖАНИЕ

Браун А.С. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ.....	2
Ван О.Т., Сержан А.Т., Rashid Afnan Ur St., Meezab E Rehma. СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ.....	2
Ван О.Т., Meezab E Rehma., Utsaw Verma. ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ.....	4
Володин А.П. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СПИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.....	6
Воропаев Д.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА.....	8
Идиатуллина Г.А. КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОСПЕЦИФИЧЕСКОГО БАКТЕРИОФАГА NAFNIA ALVEI.....	9
Изотова А. . ВРАЧЕБНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИАЛГИЙ.....	12
Лепшина А.В., Мурзабаева М.Д. ЛЕФЛУНОМИД В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА.....	12
Мурзабаева М.Д. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСТЕКИНИМУМАБА ВЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА.....	14
Мустафаева Ш.А., Саидова М.М. НЕФРОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....	15
Николайзин П.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА.....	17
Пиневский Д.В. ВЛИЯНИЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ.....	18
Плахтий А.В. ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.....	20
Соколовская К.Н. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ НПВП НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	21
Тугелбаева А.А., Иванова Р.Л. РОЛЬ МИКРОБИОМА В РАЗВИТИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ.....	22
Eza Riasat, Muhammad Abid, Bazil Aftab, Khanum Maliha, Tugelbayeva A.A. RAYNAUD'S PHENOMENON - PREVALENCE IN INDIAN POPULATION.....	23

МРНТИ 76.29.31

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Браун А.С.

НАО «Северо-Казахстанский университет имени М. Козыбаева»
Петропавловск, Республика Казахстан

Актуальность: Системная красная волчанка (СКВ) является хроническим аутоиммунным заболеванием, поражающим различные органы и системы, что делает диагностику и лечение сложными и многофакторными процессами. Несмотря на достижения в области медицины, диагностика и лечение СКВ остаются актуальными задачами из-за широкого спектра клинических проявлений, сложности диагностики на ранних стадиях и необходимости длительного мониторинга терапии.

Цель работы: Целью исследования является анализ современных подходов к диагностике и лечению системной красной волчанки, оценка эффективности новых методов и препаратов, а также выработка рекомендаций для улучшения качества жизни пациентов с СКВ.

Материалы и методы: Клинические кейсы, истории болезней.

Результаты исследований: Анализ показал, что современные методы диагностики позволяют значительно повысить точность раннего выявления СКВ, особенно с использованием маркеров аутоиммунных заболеваний

Выводы: Современные подходы к диагностике и лечению системной красной волчанки значительно улучшили результаты лечения, снизили частоту осложнений и повысили качество жизни пациентов. Однако, несмотря на достижения, индивидуальный подход к каждому пациенту и постоянный мониторинг остаются важными аспектами в лечении этого заболевания. Перспективы дальнейших исследований связаны с разработкой новых биологических препаратов и более точных методов диагностики, что позволит еще больше улучшить клинические исходы для пациентов с СКВ.

УДК 616.5-004.1

МРНТИ 76.29.71

СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ

Ван О.Т., Сержан А.Т., Rashid Afnan Ur St., Meezab E Rehma

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Семей»
Семей, Республика Казахстан

Актуальность: Системная склеродермия (ССД) определяется как часть комплекса воспалительных фиброзных заболеваний, называемых коллагенозами. Относится к хроническим воспалительным заболеваниям васкуляризированной соединительной ткани с ограниченным или генерализованным фиброзом кожи и внутренних органов, которое

характеризуется избыточным включением коллагена, активацией иммунной системы, сосудистой гиперреактивностью и облитерирующими микрососудистыми явлениями. У больных системной склеродермией антинуклеарные антигены (АНА) обнаруживаются более чем в 90% случаев, причем наиболее распространенными являются антитела к Scl-70 (приблизительно в 30%) и антитела к центромере [1, 2].

Цель работы: изучить литературу по вопросам системной склеродермии.

Материалы и методы: поиск научных публикаций проводился в базе данных PubMed, Elibrary специализированных поисковых систем Goodle Scholar.

Результаты исследований: Это системное заболевание связано с более высокими показателями смертности по сравнению с другими ревматическими заболеваниями с пятилетней кумулятивной выживаемостью 75% [3]. Как аутоиммунное заболевание, склеродермия или системный склероз (ССД) поражает кровеносные сосуды и соединительные ткани [4] посредством патофизиологических процессов, таких как обструктивная васкулопатия мелких сосудов и иммунологическая дерегуляция с последующим воспалением и дисфункцией фибробластов, что увеличивает отложение внеклеточного матрикса [5]. Сердце, легкие, почки и желудочно-кишечная система могут быть поражены этим заболеванием из-за фиброза слизистых оболочек и кожи [6]. Веделяют две основные клинические подгруппы: ограниченную системную склеродермию (ОСС) и диффузную системную склеродермию (ДОС). Дифференциация возможна на основе прогрессирования заболевания, вовлечения внутренних органов и конкретных вовлеченных антител [7]. Несмотря на то что большинство воспалительных и фиброзных изменений выявляется на коже, именно фиброз внутренних органов, в первую очередь легких, сердца и почек, вызывает тяжелую заболеваемость у этих пациентов [8].

Кожные, слизистые и мышечные отделы рта и лица часто поражаются при ССД, при этом губы являются наиболее часто поражаемым участком [9]. Существуют спорадические проявления региональных сенсорных признаков, таких как невралгия/невропатия языкоглоточного или тройничного нерва. Одним из самых ранних признаков ССД является укорочение и утолщение склероглоссона или уздечки языка [6]. Характерные радиальные складки в углах рта (рот в виде табачного кисета) и прогрессирующее ограничение открывания рта (микростомия) из-за избыточного отложения коллагена в коже и периоральных тканях являются результатом поражения круговой мышцы рта [10]. Пациенты часто жалуются на эстетические проблемы, связанные со склерозом кожи и телеангиэктазией, снижением способности открывать рот, изменением зубного ряда, трудностями стоматологической хирургии или сухостью во рту. Из-за фиброза слюнных желез недостаточный поток слюны (ксеростомия) ставит под угрозу способность полости рта буферизовать кислоту, вырабатываемую бактериальной активностью и желудочным соком (вызванным кислотным рефлюксом), что разрушает зубы и приводит к кариесу и заболеваниям пародонта [11]. В результате ношение зубных протезов, устанавливаемых на слизистую оболочку, уход за полостью рта и стоматологические процедуры оказываются под угрозой [12].

Литература

1. Allanore Y., Simms R., Distler O., Trojanowska M., Pope J., Denton CP, Varga J. Системныйсклероз. Nat. Rev. Dis. Primers. 2015;1:1–21. doi: 10.1038/nrdp.2015.2. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
2. Denton CP, Khanna D. Системныйсклероз. Lancet. 2017;390:1685–1699. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30933-9. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
3. Nihtyanova SI, Tang EC, Coghlan JG, Wells AU, Black CM, Denton CP. Улучшение выживаемости при системной склеродермии связано с лучшим установлением заболевания внутренних органов: ретроспективное

- когортное исследование. QJM 2010;103:109–15. doi: 10.1093/qjmed/hcp174 [DOI] [PubMed] [GoogleScholar]
4. GarcésVillalá MA, ZorrillaAlbert C. Ограниченный кожный системный склероз: полная реабилитация с фиксированным протезом на дентальных имплантатах. J Scleroderma RelatDisord. 2021;6(3):299-305. [DOI] [Бесплатнаястатья PMC] [PubMed] [Google Scholar]
 5. Gomes da Silva GS, Maymone de Melo ML, Leão JC и др. Оральные особенности системной склеродермии: исследование случай-контроль. OralDis. 2019;25(8):1995-2002. [DOI] [PubMed] [GoogleScholar]
 6. Jackowski J, Strietzel FP, Hunzelmann N, Parwani P, Jackowski A, Benz K. Дентальные имплантаты у пациентов, страдающих системной склеродермией: ретроспективный анализ клинических результатов в серии случаев с 24 пациентами. Int J Implant Dent. 2021;7(1):118. [DOI] [Бесплатнаястатья PMC] [PubMed] [Google Scholar]
 7. Дентон СР, Ханна Д. Системный склероз. The Lancet. 2017;390(10103):1685-1699. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
 8. Vonk MC, Broers B., Heijdra YF, Ton E., Snijder R., van Dijk APJ и др. (2009). Системный склероз и его легочные осложнения в Нидерландах: эпидемиологическое исследование. Annals of the Rheumatic Diseases, 68(6), 961–965. nddoi: 10.1136/ard.2008.091710 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
 9. Benz K, Baulig C, Knippschild S, Strietzel FP, Hunzelmann N, Jackowski J. Распространенность заболеваний полости рта и челюстно-лицевой области у пациентов с системной склеродермией — систематический обзор. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(10):5238. [DOI] [Бесплатнаястатья PMC] [PubMed] [Google Scholar]
 10. Paquette DL, Falanga V. Кожные проблемы пациентов со склеродермией. J Dermatol. 2003;30(6):438-443. [DOI] [PubMed] [GoogleScholar]
 11. Скардина ГА, Мессина П. Системный склероз: описание и диагностическая роль оральных явлений. GenDent. 2004;52(1):42-47. [PubMed] [GoogleScholar]
 12. Габриэлли А., Авведименто Е.В., Криг Т. Склеродермия. N Engl J Med. 2009;360(19):1989-2003. [DOI] [PubMed] [Академия Google]

УДК 616.13.002-007.61
МРНТИ 76.29.71

ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ

Ван О.Т., Meezab E Rehma., Utsaw Verma

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Семей»
Семей, Республика Казахстан

Актуальность: Гигантоклеточный артериит (ГКА) хроническое воспалительное состояние, связанное со значительно повышенным риском различных сердечно-сосудистых и тромбоэмболических событий. Гигантоклеточный артериит (ГКА) считается наиболее распространенным типом васкулита, особенно у людей в возрасте 50 лет и старше, Он поражает крупные артерии, такие как ветви наружных сонных артерий, глазных и позвоночных артерий, а этиология воспаления и сосудистого ремоделирования до конца не изучена [1,2]. Он отличается сопутствующим возникновением системных симптомов, таких как потеря веса, анорексия, усталость, лихорадка, ревматическая полимиалгия (РМП) и артрит с симптомами ишемии, включая головную боль, нарушения зрения, дискомфорт в области головы, хромоту челюсти и инсульт. Поражение аорты может усугубляться аневризмой и расслоением аорты, распространенность которых, как полагают, составляет примерно 19 на 1000 пациентов в год [3].

Цель работы: изучить литературу по вопросам Гигантоклеточного артериита (ГКА).

Материалы и методы: поиск научных публикаций проводился в базеданных PubMed, Elibrary специализированных поисковых систем Goodle Scholar.

Результаты исследований: Гигантоклеточный артериит (ГКА) определяется как идиопатический васкулит крупных сосудов, который может привести к стенозу внутричерепных артерий, ограничивающий кровоток. ГКА поражает пациентов старше 50 лет, с предполагаемой частотой 10–30/100 000 [4]. Помимо классических симптомов болезненности кожи головы, головной боли и перемежающейся хромоты нижней челюсти, наиболее опасным краниальным проявлением ГКА является потеря зрения, наблюдаемая у 8–34% [5]. Ишемический инсульт относительно редкое осложнение при ГКА, встречающееся примерно у 2–7% [6,7]. Большинство этих ишемических осложнений обусловлено экстракраниальным артериальным заболеванием, приводящим к тромбоэмболии или водораздельной ишемии [8]. Напротив, сужение просвета внутричерепных сосудов встречается редко [9], однако для подгруппы пациентов, у которых развиваются тяжелые внутричерепные проявления ГКА, смертность, несмотря на максимальную медикаментозную терапию, может достигать 58% [10]. Глазные симптомы наблюдаются почти у двух третей пациентов с гигантоклеточным артериитом (ГКА), и до 30% этих пациентов развивают постоянную потерю зрения. При ГКА предпочтение отдается ветвям задних цилиарных артерий. Передняя артериитная оптическая нейропатия представляет собой наиболее типичным механизмом потери зрения при ГКА и вызвана васкулитным поражением коротких задних цилиарных артерий. Окклюзия центральной артерии сетчатки является второй по частоте причиной, приводящей к потере зрения у пациентов с ГКА. Диагноз ГКА ставится, когда пациенту больше 50 лет и у него есть как передняя ишемическая оптическая нейропатия, так и окклюзия центральной артерии сетчатки [11]. Постоянная потеря зрения является наиболее страшным долгосрочным результатом ГКА, поэтому необходимо оперативно определить симптомы и лечить людей с подозрением на ГКА. Развитие аневризмы аорты, по оценкам, происходит у 10% - 20% пациентов. Хотя и реже, также упоминаются расслоение аорты и инсульт [12]. Диагностика, стадирования и оценка степени заболевания ГКА могут стать возможными благодаря более современным неинвазивным диагностическим тестам, которые включают чувствительные методы, такие как позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), и в настоящее время проводятся исследования, изучающие эффективность ПЭТ в оценке активности заболевания. Требуется разъяснение относительно важности и прогноза аномалий ЛЖ, обнаруженных при визуализации. Если существуют «подгруппы» лиц, которые с большей вероятностью получают ишемию или симптомы крупных артерий, их следует идентифицировать, поскольку они выиграют от более интенсивного лечения и наблюдения. Понимание существенных факторов, способствующих повреждению сосудов, особенно аневризм, имеет важное значение. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить, должно ли лечение аневризм ГКА следовать текущим рекомендациям, основанным на размере невоспалительных аневризм [13].

Литература

1. Последние достижения в нашем понимании патогенеза гигантоклеточного артериита. Самсон М., Корбера-Беллалта М., Аудиа С., Планас-Ригол Э., Мартин Л., Сид М.К., Боннотт Б. Аутоиммунная ред. 2017;16:833–844. doi: 10.1016/j.autrev.2017.05.014. [DOI] [PubMed] [Академия Google]
2. Клинико-патологическое описание гигантоклеточного (височного) артериита Байярдом Хортоном. Boes CJ. Cephalalgia. 2007;27:68–75. doi: 10.1111/j.1468-2982.2007.01238.x. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
3. Частота и предикторы осложнений крупных артерий (аневризма аорты, расслоение аорты и/или стеноз крупных артерий) у пациентов с гигантоклеточным артериитом: популяционное исследование на протяжении

- 50 лет. Nuenninghoff DM, Hunder GG, Christianson TJ, McClelland RL, Matteson EL. Arthritis Rheum. 2003;48:3522–3531. doi: 10.1002/art.11353. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
4. Lee JL, Naguwa SM, Cheema GS, Gershwin ME. Геоэпидемиология височного (гигантоклеточного) артериита. Clin Rev Allergy Immunol. 2008;1–2:88–95. doi: 10.1007/s12016-008-8075-0. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
5. Borchers AT, Gershwin ME. Гигантоклеточный артериит: обзор классификации, патофизиологии, геоэпидемиологии и лечения. Autoimmun Rev. 2012;11:A544–A554. doi: 10.1016/j.autrev.2012.01.003. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
6. Gonzalez-Gay MA, Vazquez-Rodriguez TR, Gomez-Acebo I, Pego-Reigosa R, Lopez-Diaz MJ, Vazquez-Triñanes MC, Miranda-Filloo JA, Blanco R, Dierssen T, Gonzalez-Juanatey C, Llorca J. Инсульты на момент постановки диагноза у 287 пациентов с подтвержденным биопсией гигантоклеточный артериитом. Медицина. 2009;88:227–235. doi: 10.1097/MD.0b013e3181af4518. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
7. Сальварани С., Белла С.Д., Чимино Л., Маккиони П., Формизано Д., Баджоки Г., Пипитоне Н., Катанозо М.Г., Рестуччиа Г., Гиноя А., Боярди Л. Факторы риска тяжелых краниальных ишемических событий витальной популяционной когорте пациентов с гигантоклеточный артериит. Байерс Клини Ревматол. 2009;48:250–253. doi: 10.1093/ревматология/ken465. [DOI] [PubMed] [Академия Google]
8. Soriano A, Muratore F, Pipitone N, Boiardi L, Cimino L, Salvarani C. Потеря зрения и другие краниальные ишемические осложнения при гигантоклеточном артериите. Nat Rev Rheumatol. 2017;13:476–484. doi: 10.1038/nrrheum.2017.98. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
9. Büttner T, Heye N, Przuntek H. Височный артериит с церебральными осложнениями: отчет о четырех случаях. Eur Neurol. 1994;34:162–167. doi: 10.1159/000117031. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
10. Alsolaimani RS, Bhavsar SV, Khalidi NA, Pagnoux C, Mandzia JL, Tay K, Barra LJ. Тяжелое внутричерепное поражение при гигантоклеточном артериите: 5 случаев и обзор литературы. J Rheumatol. 2016;43:648–656. doi: 10.3899/jrheum.150143. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
11. Потеря зрения при гигантоклеточном артериите. Дональдсон Л., Марголин Э. Pract Neurol. 2022;22:138–140. doi: 10.1136/practneurol-2021-002972. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
12. Экстракраниальный гигантоклеточный артериит: обзор повествования. Ленсен К.Д., Воскуйл А.Е., Команс Э.Ф., ван дер Лаген С.Дж., Смолдерс Ю.М. <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27323671>. Нет Дж. Мед. 2016;74:182–192. [PubMed] [Академия Google]
13. Поражение крупных сосудов при гигантоклеточном артериите: популяционное когортное исследование тенденций заболеваемости и прогноза. Кермани Т.А., Уоррингтон К.Дж., Кроусон К.С., Иттерберг С.Р., Хандер Г.Г., Габриэль С.Е., Маттесон Э.Л. Энн Ревм Дис. 2013;72:1989–1994. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202408. [DOI] [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [Google Scholar]

УДК 614.2
МРНТИ 76.01.11

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СПИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Володин А.П.

НАО «Северо-Казахстанский университет имени М. Козыбаева»
Петропавловск, Республика Казахстан
Клиника инфузионной терапии «CLEANCLINIC»
Петропавловск, Республика Казахстан

Актуальность: Боль в спине — одна из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения во всем мире. Согласно данным исследования глобального бремени болезней, проходившего в 188 странах мира, боль в спине занимает первое место в мире

среди всех медицинских причин снижения качества жизни и приводит к потере 4 миллионов рабочих дней в год.

Цель работы: В течение жизни у 60-90% населения возникает боль в спине, а ежегодно отмечается у 25-40% населения. У 4% трудоспособного населения боль в спине служит причиной временной нетрудоспособности, а у 1% стойкой утраты трудоспособности. Необходимо в полной мере использовать методы диагностики заболеваний, сопровождающихся болью в спине. Помимо анализа жалоб пациента, результатов объективного осмотра, при необходимости использовать дополнительные методы обследования: клинический анализ крови и общий анализ мочи, глюкозы крови, биохимический анализ крови, рентгенография позвоночника, КТ, МРТ позвоночника, ЭНМГ, рентгенографию легких, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, забрюшинного пространства, экскреторную урографию, ректороманоскопию. При необходимости консультировать у специалистов: уролога, гинеколога, проктолога, травматолога, онколога, нейрохирурга.

Материалы и методы исследования: При создании данного доклада использованы статистические данные современного мирового здравоохранения.

Результаты исследования: При первом обследовании пациента с острой болью в спине задача врача установить одну из трех возможных причин: 1) специфическая причина боли («серьезная» спинальная патология); 2) компрессия спинномозгового корешка (радикулопатия); 3) неспецифическая причина боли. Для установления причины болей в нижней части спины ведущее значение имеют выяснение жалоб, сбор анамнеза и краткое соматическое и неврологическое обследования, что позволяет исключить признаки специфического заболевания, для которого характерны симптомы «опасности» или «красные флаги». Соматическое обследование направлено на выявление злокачественных новообразований, инфекционных процессов и соматических заболеваний, которые могут проявляться поясничной болью. Оно включает выявление лихорадки, похудания, изменения кожных покровов, аускультацию легких, пальпацию брюшной полости и лимфатических узлов. При подозрении на специфическую причину боли в спине необходимы лабораторные и инструментальные методы исследования, консультации соответствующих специалистов. При неврологическом обследовании следует определить, имеются ли парезы, расстройства чувствительности и выпадение рефлексов. Если обнаруживаются неврологические расстройства, они чаще всего вызваны компрессией первого крестцового или пятого поясничного корешка грыжей диска.

Выводы: При жалобах пациента на боль в позвоночнике необходимо, прежде всего, дифференцировать: компрессия спинномозгового корешка, специфическая или неспецифическая боль. При наличии «красных флажков» использовать в полной мере дополнительные методы обследования и по показаниям консультацию соответствующих специалистов. При обследовании пациента необходимо выявить истинную причину спинального болевого синдрома и выставить правильный диагноз. И как результат, назначить необходимое лечение, чтобы вернуть пациента к полноценной жизни.

Литература

1. Лоран А. Ролак «Секреты неврологии» под редакцией профессора Д.М.Н. О.С. Левина Москва БИНОМ 2017.-583 с.
2. В.Н. Григорьева. А.Н. Белова «Клиническое неврологическое обследование» Практическая медицина Москва 2018 -395 с.
3. Д.А.Сычев «Полиграмазия в клинической практике: проблема и решения» Учебное пособие для врачей Санкт-Петербург 2016 -223 с.

4. Е.Баранцевич В.Андреев «Возможности лечения хронической боли при пояснично-крестцовой радикулопатии» Журнал «Человек и лекарство» №8 2014-145 с.
5. П.Р.Камчатнов Х.Я.Умарова «Поясничная боль – повышение эффективности терапии» Журнал «Человек и лекарство» №2 2014-140 с.
6. Скоромец А.А. Скоромец А.П. Скоромец Т.А. «Топическая диагностика заболеваний нервной системы» Руководство для врачей СПб. Политехника 2015 -312 с.
7. По материалам доклада д.м.н., руководителя центра помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Абузаровой Г.Р., Москва 17.02.2017

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Воропаев Д.В.

НАО «Северо-Казахстанский университет имени М. Козыбаева»
Петропавловск, Республика Казахстан

Актуальность: ревматоидный артрит (РА) на сегодняшний день представляет собой значимую медицинскую проблему, обусловленную его широкой распространенностью, неустановленной этиологией, мало изученными факторами риска, неуклонно прогрессирующим течением с развитием стойкого нарушения функции суставов и инвалидности у людей трудоспособного возраста, определенными трудностями в лечении.

Цель работы: информирование больного о характере своего заболевания, его течении, прогнозе, необходимости длительного сложного лечения, а также о возможных нежелательных явлениях и схеме контроля за лечением.

Материалы и методы исследования: истории болезни больных, клинические кейсы.

Результаты исследования: терапевтические подходы могут различаться в зависимости от активности заболевания, возраста пациента, наличия сопутствующих заболеваний и других факторов. Приоритетным является использование БПВПв первые 3-6 месяца при раннем диагностировании заболевания.

Выводы: Терапия РА должна назначаться врачом-ревматологом и проводиться под его наблюдением. Мониторинг активности болезни и ответа на терапию включает оценку показателей суставного статуса (число болезненных и припухших суставов и др.), острофазовых показателей крови (СОЭ, СРБ), оценку боли и активности болезни по визуальной аналоговой шкале, оценку функциональной активности больного в повседневной деятельности с помощью русского варианта опросника состояния здоровья (Health Assessment Questionnaire)

Литература

1. Внутренние болезни по Дэвидсону. Ревматология, нефрология.; пер. с англ. Под ред. Н.А. Мухина. — М.: ООО «Рид Элсивер», 2010. — 240 с
2. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход./КевинПайл, Ли Кеннеди; пер. с англ. Под ред. Н.А. Шостак. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 368 с

КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОСПЕЦИФИЧЕСКОГО БАКТЕРИОФАГА *NAFNIA ALVEI*

Идиатуллина Г.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ключевые слова: лактобактерии, условно-патогенные энтеробактерии, бактериофаг *Nafnia alvei*, литическая активность, специфичность.

Нормальная микрофлора — это качественное и количественное соотношение разнообразных микробов отдельных органов и систем, поддерживающее биохимическое, метаболическое и иммунное равновесие макроорганизма, необходимое для сохранения здоровья человека [1].

При ревматоидном артрите нарушается количественный и качественный состав кишечного микробиома, в 91,7% случаев регистрируются микробиологические нарушения кишечной микрофлоры, преимущественно II–III степени, с выявлением ассоциации оппортунистических бактерий семейства *Enterobacteriaceae* [6]. У больных ревматоидным артритом изменение микробиоценоза толстого кишечника проявляется снижением частоты выделения лактобактерий и повышением частоты обнаружения энтерококков, кластридий, кишечных палочек с измененными ферментативными свойствами, стафилококков, УПЭБ и микроорганизмов, обладающих гемолитической активностью. Нарушение микрофлоры организма больных ревматоидным артритом определило целесообразность изучения возможности коррекции микробного статуса. Полученные данные показывают необходимость изучения кишечной микрофлоры больных ревматоидным артритом для решения вопросов рациональной терапии, так как применение пробиотических препаратов может способствовать позитивному изменению микрофлоры кишечника больных [2].

Большое внимание сегодня уделяется созданию препаратов, способных влиять на микрофлору кишечника. Применение пищевых компонентов основывается на их способности действовать посредством различных механизмов: уменьшая уровень воспалительных медиаторов путем воздействия на клеточные сигналы и экспрессию генов, снижая выработку разрушительных окислителей, повышая барьерную функцию кишечника и усиливая противовоспалительный ответ [7; 8].

Учитывая вышеизложенное, целью настоящего исследования было изучение микробного биоценоза толстого кишечника у больных ревматоидным артритом и его особенностей при применении моноспецифического бактериофага *Nafnia alvei* у больных ревматоидным артритом с выделением *Nafnia alvei*.

Материалы и методы исследования

Проведено изучение микрофлоры кишечника у 30 больных ревматоидным артритом, установленным диагнозом РА, с выделением *Nafnia alvae* (далее-РА) и 30 здоровых лиц без клинических и микробиологических нарушений микробиома толстого кишечника, согласно приказу Минздрава России № 231 (ОСТ 91500.11.0004-2003). Группа здоровых соответствовало по возрасту группе больных РА (от 50 до 65 лет). Средний возраст больных РА был от 50 до 65 лет, соответственно. Качественный состав микрофлоры толстого кишечника определяли бактериологическим методом в соответствии требованиями методических указаний «Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника»

(2004). Все выделенные культуры идентифицировали по биохимическим свойствам при использовании среды Гисса с помощью планшет ПБДЭ /Горьковский НИИЭМ/, на «Энтеротест» фирмы «Lachema» (Чехия) и на компьютерной тест - системе типа API фирмы «BioMeriux».

Бактериофаг выделяли по общепринятой методике из клинических отходов бактериологических лабораторий. Использовался бактериофаг, выделенный лично автором из сточных вод по общепринятой методике [3;4;5].

Статистическая обработка результатов проводилась с применением современных программных пакетов математико-статистического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучив качественный состав кишечной микрофлоры больных РА обнаружено достоверное снижение частоты выделения лактобактерий до 76,6%, при обнаружении лактобактерий у здоровых лиц в 96,7% случаев, достоверность различия ($p < 0,05$). Частота выделения энтеробактерий повышалась до 83,3%, в то время как у лиц группы сравнения они выделены в 6,7% случаев, достоверность различия ($p < 0,01$). Частота выделения штаммов *Hafnia alvei* в кале больных РА наблюдалась в 56,6%, при обнаружении *Hafnia alvei* у здоровых лиц в 3,3% случаев, достоверность различия ($p < 0,05$).

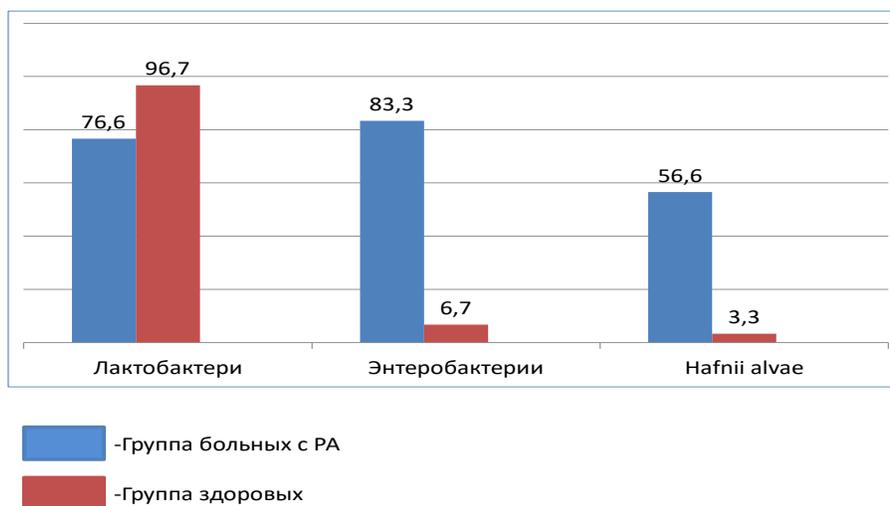


Диаграмма 1. Качественный состав микрофлоры кишечника у больных ревматоидным артритом в сравнении с группой здоровых.

В связи, с возрастающей антибиотикорезистентностью условно-патогенных бактерий, лечебно-профилактические препараты, такие как бактериофаги являются актуальными антибактериальными средствами и широко используются в последнее время.



Рис. 1 –Лизис штаммов *Hafnia alvei*.

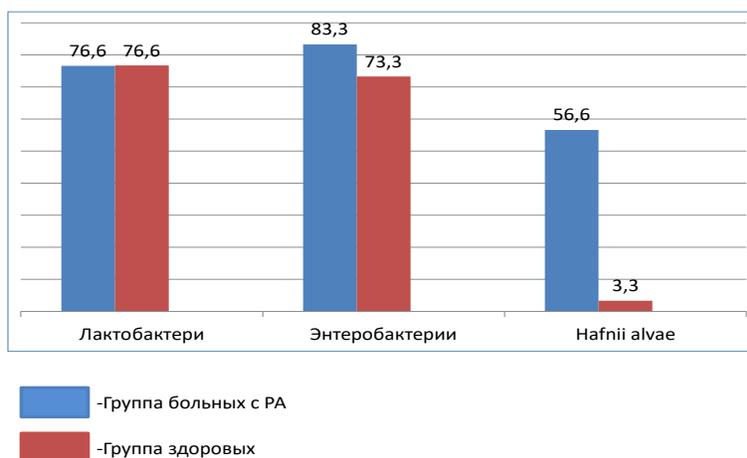


Диаграмма 2. Качественный состав микрофлоры кишечника у больных ревматоидным артритом до и после применения бактериофага *Hafnia alvei*.

При применении моноспецифического бактериофага *Hafnia alvei* у больных РА не наблюдалось существенного изменения качественного состава лактобактерий, наблюдалось снижение до 73,3 % условно-патогенных энтеробактерий ($p < 0,05$) и до 3,3% *Hafnia alvei* после применения бактериофага *Hafnia alvei* ($p < 0,05$).

Заключение.

Наши исследования показали практическое и теоретическое значение изучения особенностей кишечного микробиома больных РА, эффективность применения моноспецифического бактериофага *Hafnia alvei*. Бактериофаг может быть использован в качестве диагностического средства, лечебно-профилактического препарата при антибактериальной терапии РА, в том числе для антибиотикорезистентных штаммов *Hafnia alvei*.

Литература

1. Бондаренко, В. М. Роль дисфункций кишечного барьера в поддержании хронического воспалительного процесса различной локализации / В. М. Бондаренко, Е. В. Рябченко // Журнал микробиологии эпидемиологии и иммунобиологии. — 2010. — № 1. — С. 92–100.
2. Гульнева М.Ю., Носков С.М., Потапова Е.М., Малафеева Э.В. Микробиоценоз кишечника и его особенности при применении пробиотиков у больных ревматоидным артритом // Рациональное питание, пищевые добавки и биостимуляторы. – 2016. – № 1. – С. 53-58.
3. Идиатуллина, Г.А. Результаты использования собственного моноспецифического бактериофага *Hafnia*

alvei (тезисы) / Г.А. Идиатуллина // Сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием «Микроорганизмы. Вопросы экологии, физиологии, биотехнологии», г. Москва, МГУ имени М.В.Ломоносова, 24 декабря 2019 г. - С. 53.

4. Идиатуллина, Г.А., Некоторые биологические свойства бактерий рода *Hafnia alvei*, выделенных при инфекционных процессах (тезисы) / Г.А. Идиатуллина, З.Г. Габидуллин, М.М. Туйгунов, Ю.З. Габидуллин Ю.З. // Сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием «Микроорганизмы. Вопросы экологии, физиологии, биотехнологии», г. Москва, МГУ имени М.В.Ломоносова, 24 декабря 2019 г. - С. 5

5. Идиатуллина, Г.А. Антимикробная терапия клинических штаммов *Hafnia alvei* / Г.А. Идиатуллина, Ю.З. Габидуллин, З.Г.Габидуллин, М.М. Туйгунов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2019. - Т.14 - № 2. - С. 44-48.

6. Малафеева Э.В., Гульнева М.Ю. Особенности микробиома при ревматоидном артрите // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – № 4.

7. Choi, H.K. Selection bias in rheumatic disease research / H. K. Choi [et al.] // Nature reviews. Rheumatology. — 2014. — Vol. 10. — № 7. — P. 403–412.

8. Tojo, R. Intestinal microbiota in health and disease: role of bifidobacteria in gut homeostasis / R. Tojo [et al.] // World journal of gastroenterology. — 2014. — Vol. 20. — № 41. — P. 15163–15176.

ВРАЧЕБНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИАЛГИЙ

Изотова А.А.

НАО «Северо-Казахстанский университет имени М. Козыбаева»
Петропавловск, Республика Казахстан

Актуальность: С позиции современной медицины фибромиалгия рассматривается как хроническое заболевание, характеризующееся распространенной скелетно-мышечной болью.

Цель работы: современные подходы в лечении фибромиалгий

Материалы и методы исследования: Опрос населения

Выводы: Фибромиалгия-это хроническое болевое состояние характеризующееся совокупностью симптомов, включая боль, болезненность, утомляемость, дисфункции сна, когнитивные нарушения и расстройство настроения. Данное расстройство требует консультаций психиатров, невропатологов, терапевтов.

УДК 616:72-002-77

МРНТИ 76.29.31

ЛЕФЛУНОМИД В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Лепшина А.В., Мурзабаева М.Д.

Научный руководитель – к.м.н. Мурзабаева М.Д.

НАО «Северо-Казахстанский университет имени М. Козыбаева»
Петропавловск, Республика Казахстан

Актуальность: В современное время лечение ревматоидного артрита находится в центре внимания всей мировой научной общественности. Ревматоидный артрит- аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, появляющееся в первую очередь хроническим эрозивным артритом (синовитом), для которого характерно

прогрессирующее течение с полиартикулярным поражением и вовлечением внутренних органов. У больных РА наблюдаются ранняя инвалидизация и уменьшение продолжительности жизни, поэтому изучение лефлуномида в лечении ревматоидного артрита является актуальным.

Цель исследования: Определить эффективность препарата «Лефлуномида», изучить его безопасность.

Материал и методы исследования: Нами было проведено клинико-лабораторное исследование 15 пациентов в возрасте от 29 до 56 лет, с длительностью болезни от 6 до 36 мес (в среднем 24 мес). Участвовали в исследовании 10 женщин, 5 мужчин с ревматоидным артритом. Лефлуномид назначали по 100 мг/сут в течение первых 3 дней, затем по 20 мг/сут, ежедневно. Эффективность оценивали по критериям Европейской антиревматической лиги (EULAR) по DAS 28. До и после 12, 24 и 48 недель лечения. Определяли число болезненных (ЧБС) и припухших (ЧПС) суставов. Изучали аланин -и аспартатаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), креатинин, билирубина, высокочувствительный С-реактивный белок (вСРБ), ревматоидный фактор (РФ), антицитруллиновые антитела (АЦЦП), интерлейкин (ИЛ)-1 и -6, фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α). Активность заболевания определялась с помощью индексов DAS28-СОЭ.

Результаты исследования: В лечении ревматоидного артрита был использован препарат «Лефлуномид» – иммунодепрессант, в состав которого входит 20 мг лефлуномида. Пациенты получали препарат по схеме 100 мг (5таблеток) лефлуномида в сутки в течение первых 3 дней, затем по 20 мг/сут (1 таблетка) ежедневно. Терапия с использованием лефлуномида снижала активность РА и была эффективной по критериям EULAR. На фоне лечения каждые 6 недель регистрировалось уменьшение числа больных с высокой воспалительной активностью по DAS 28. Каждые 6 недель существенно возрастало число больных с низкой активностью и ремиссией. В динамике лечения число больных с улучшением увеличивалось каждые 6 недель и к концу составило 12 (80%).

Выводы: Эффективность препарата Лефлуномида доказана. Лечение лефлуномидом протекало с уменьшением клинических проявлений суставного синдрома, уровня лабораторных показателей, отражающих активность ревматоидного артрита (СОЭ, СРБ, РФ, АЦЦП) и улучшением функционального статуса больных. Эффект лефлуномида в отношении суставного синдрома, лабораторной активности и функциональной недостаточности зависил от длительности и различных стадиях РА, но наиболее быстро и выражено – при меньшей длительности РА и отсутствии остеолитов и анкилозов.

Литература

1. Насонов Е.Л. и др Ревматоидный артрит в РФ по данным Российского регистра больных артритом /Научно-практическая ревматология.-2015.-Т.53.-№.5.-с472-484
2. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Лукина Г.В. Фармакотерапия ревматоидного артрита в начале XXI века: российский и международный опыт. Терапевтический архив. 2013;85(8):20-28.
3. Насонов Е.Л., Мазуров В.И., Каратеев Д.Е. и др. Проект рекомендаций по лечению ревматоидного артрита Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России». Научно-практическая ревматология. 2014;52(5):477–494. [Nasonov E.L., Mazurov V.I., Karateev D.E. et al. Project: Recommendations on Treatment of Rheumatoid Arthritis Developed by All-Russian Public Organization «Association of Rheumatologists of Russia» – 2014 (Part 1). Rheumatology Science and Practice. 2014;52(5):477–494 (in Russ.)]. DOI: 10.14412/1995-4484-2014-477-494.
4. Зинчук И.Ю., Амيرджанова В.Н. Социальное бремя ревматоидного артрита //Научно-практическая ревматология .-2014.-Т52.№3.-С.331-335.
5. Аронова Е.С., Белов Б.С., Гриднева Г.И. Современные подходы к терапии ревматоидного артрита в свете обновленных рекомендаций EULAR-2022. Эффективная фармакотерапия. 2023

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСТЕКИНИМУМАБА В ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Мурзабаева М.Д.

НАО «Северо-Казахстанский университет имени М. Козыбаева»
Петропавловск, Республика Казахстан

Аннотация: Для лечения псориатического артрита используются препараты генной инженерии. По результатам клинических исследований доказана высокая эффективность препарата устекинумаба в лечении заболеваний суставов.

Ключевые слова: псориатический артрит, устекинумаб.

Цель: Оценка эффективности устекинумаба в лечении псориатического артрита.

Материал и методы исследования: Был проведен анализ эффективности применения устекинумаба у трех больных с псориатическим артритом по клинико-лабораторным данным. Данные исследования описаны на фоне шестимесячного наблюдения за пациентами.

Результаты и обсуждение: группу наблюдения составили трое больных с псориатическим артритом с тяжелым течением. Двое пациентов имели выраженные структурные и функциональные нарушения суставов. В начале исследования индекс PASI составил $8 \pm 0,43$, СОЭ $63 \pm 0,45$, СРБ $29 \pm 0,58$, индекс DAS28 $5,3 \pm 0,35$. На фоне терапии устекинумабом в течение полгода были отмечены значительное клиническое улучшение у пациентов, снижение всех изучаемых показателей активности воспалительного процесса. Согласно рекомендаций EULAR отмечено, что целью лечения ПсА является достижение ремиссии или минимальной активности заболевания (Treat to Target), которое позволяет замедлить или предупредить прогрессирование структурных нарушений суставов.

Выводы: Устекинумаб способствовал через полгода применения снижению показателя PASI на 75 %, показателя СОЭ на 40%, уменьшению СРБ на 25%, значительное снижение активности показателей ПсА. На фоне очищения кожи, снижения выраженности боли в суставах и позвоночнике, улучшилось общее психоэмоциональное состояние пациентов.

Литература

1. Коротаева Т.В. Псориатический артрит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. Научно-практическая ревматология. 2014;52 (6):650–9.
2. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. N Engl J Med 2017; 376(10):957-70.3. Круглова Л.С., Моисеев С.В. Блокатор ИЛ-17 – новые горизонты эффективности и безопасности в лечении псориаза. Клин фармакол тер 2017; 26(2):5-12.
3. Parisi R, Rutter MK, Lunt M, et al. Psoriasis and the risk of major cardiovascular events: cohort study using the clinical practice research datalink. J Invest Dermatol 2015;135:2189–97.
4. Shiba M, Kato T, Funasako M, et al. Association between psoriasis vulgaris and coronary heart disease in a hospital-based population in Japan. PLoS One 2016;11:e0149316.
5. Коротаева Т.В., Логинова Е.Ю. Иммунопатогенетические механизмы действия устекинумаба –нового лекарственного средства для лечения псориатического артрита и псориаза. Современная ревматология 2015;9(2): 51–6.
6. Kimball AB, Papp KA, Wasfi Y, et al. Long-term efficacy of ustekinumab in patients with moderate-to-severe psoriasis treated for up to 5 years in the PHOENIX 1 study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2013;27:1535–45.

7. Langley RG, Lebwohl M, Krueger GG, et al. Long-term efficacy and safety of ustekinumab, with and without dosing adjustment, in patients with moderate-to-severe psoriasis: results from the PHOENIX 2 study through 5 years of follow-up. *Br J Dermatol* 2015;172(5):1371-83.
8. Tsai TF, Ho V, Song M, et al. The safety of ustekinumab treatment in patients with moderate-to-severe psoriasis and latent tuberculosis infection. *Br J Dermatol* 2012;167(5):1145-52.
9. Sbidian E, Giboin C, Bachelez H, et al. Factors associated with the choice of the first biologic in psoriasis: real-life analysis from the Psobioseq cohort. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Jun 13. doi: 10.1111/jdv.14406. [Epub ahead of print].
10. Menter A, Papp KA, Gooderham M, et al. Drug survival of biologic therapy in a large, disease-based registry of patients with psoriasis: results from the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30(7):1148-58.
11. Eder L, Haddad A, Rosen CF, et al. The incidence and risk factors for psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a prospective cohort study. *Arthritis Rheumatol* 2016;68:915-23.
12. Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. *Ann Rheum Dis* 2016;75:499–510.
13. Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis: treatment recommendations for psoriatic arthritis 2015. *Arthritis Rheumatol* 2016;68:1060–71.
14. McInnes IB, Kavanaugh A, Gottlieb AB, et al. Efficacy and safety of ustekinumab in patients with active psoriatic arthritis: 1 year results of the phase 3, multicentre, double blind, placebo-controlled PSUMMIT 1 trial. *Lancet*. 2013;382:780–9.
15. Ritchlin C, Rahman P, Kavanaugh A, et al. Efficacy and safety of the anti-IL12/23 p40 monoclonal antibody, ustekinumab, in patients with active psoriatic arthritis despite conventional non-biological and biological antitumour necrosis factor therapy: 6-month and 1-year results of the phase 3, multicentre, double blind, placebo-controlled, randomised PSUMMIT 2 trial. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:990–9.
16. Kavanaugh A, Ritchlin C, Rahman P, et al. Ustekinumab, an anti-IL-12/23 p40 monoclonal antibody, inhibits radiographic progression in patients with active psoriatic arthritis: results of an integrated analysis of radiographic data from the phase 3, multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled PSUMMIT-1 and PSUMMIT-2 trials. *Ann Rheum Dis* 2014;73:1000–6.

УДК 612.465:616.61]:616.72-002.77-092.9-036-084

НЕФРОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мустафаева Ш.А., Саидова М.М.

Бухарский государственный медицинский институт. Республика Узбекистан.

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) является аутоиммунным заболеванием, характеризующимся развитием хронического деструктивного полиартрита с нередким вовлечением в патологический процесс других систем. Внесуставные системные поражения при РА могут оказывать серьезное влияние на прогноз заболевания. Крупные исследования, проведенные в последние годы, продемонстрировали ассоциацию РА с высоким риском хронической болезни почек (ХБП) и сердечно-сосудистых осложнений, что связано с повышением смертности в этой категории пациентов. Однако их применение ассоциировано с развитием ряда побочных эффектов, наиболее частым из которых является НПВП-нефропатия. Почечная патология обнаруживается при РА с высокой частотой - около 60%, по данным разных авторов. Описаны различные варианты поражения почек при ревматоидном артрите, в частности, гломерулонефрит, амилоидоз, васкулит, а также ятрогенные формы (анальгетические тубулопатии, мембранозная нефропатия и др.). Частота поражения почек при РА, по данным различных исследований, варьирует от 5 до 50%, однако истинная распространенность ХБП остается неизвестной. В нашем

исследовании частота поражения почек у больных РА составила 19,7%, что превышает популяционный уровень, но несколько ниже, чем в других выборках. По данным японских исследователей, распространенность ХБП среди пациентов с РА составляет 24,5%, что в 2 раза превышает таковую в общей популяции, при этом у 1/4 при динамическом наблюдении отмечается дальнейшее прогрессирование ХБП. Такая же частота (25,1%) установлена американскими авторами за 20 лет наблюдения больных РА с исходно нормальной СКФ.

Цель исследования. Установить частоту поражения почек, клинико-морфологические варианты и факторы риска развития нефропатии у больных РА.

Материалы и методы исследования: У всех обследованных больных оценивались следующие показатели: возраст, пол, длительность заболевания, наличие признаков поражения почек, а также любых других внесуставных проявлений болезни (поражение легких, кожи, системы крови и т.д.), серологический вариант заболевания (серопозитивный или серонегативный), а также клинико-лабораторные показатели активности РА, в частности СОЭ, С-реактивный белок (СРБ), гемоглобин и индекс DAS28-СОЭ. Из общепопуляционных факторов риска ХБП оценивали показатели липидного, углеводного обмена, индекс массы тела, наличие и степень артериальной гипертензии (АГ).

Результаты исследования: Было обследовано 95 больных, у которых имелся достоверный РА, преимущественно серопозитивный 66 (69,5%) больных и серо негативных 29 (30,4%), со средней степенью активности патологического процесса. Средний возраст пациентов составил старше $60 \pm 68,4\%$. В исследовании было проведено ультразвуковое исследование и цистатина С у 95 больных, в которых выявлены клинико-морфологические изменения в паренхиме почек. Признаки поражения паренхимы и юкстагломерулярного аппарата почек у больных ревматоидным артритом были выражены у 65 (68,4%) больных.

Патологию со стороны почек выявляли тщательным клиническим, инструментальным и лабораторным обследованием. У всех обследованных больных оценивались следующие показатели: возраст, пол, длительность заболевания, наличие признаков поражения почек. Различные клинико-лабораторные варианты поражения почек отмечались у 95 пациентов. Согласно критериям KDIGO ХБП I–II стадий отмечена у 28 (29,4%) из 95 пациентов, ХБП III–IV стадии – у 67 (70,5%) из 95. Больные были распределены на 2 группы. Группирующим признаком являлась длительность заболевания и длительный прием НПВП. К первой группе отнесли пациентов с длительностью заболевания от 5-10 лет, а второй группе больше 10 лет больных. В первой группе составило 35 пациентов из 95 от 5-10 лет, а в вторую группу внесено 43 пациента больше 10 лет.

Выводы: В нашем исследовании, при оценке маркеров субклинического поражения почек у пациентов двух групп выявлено статистически достоверное превышение уровня всех маркеров ХБП в группе получавших НПВП. При оценке функциональных показателей по стадии ХБП наблюдалась лишь тенденция к снижению фильтрационной функции и удельный вес мочи у пациентов, принимавших НПВП. НПВП характеризуются определенным нефротоксическим эффектом. При этом создание с-НПВП не позволило полностью решить данную проблему. Использование НПВП с длительным периодом полувыведения, вероятно, может усиливать их нефротоксичность. Имеющиеся данные создают предпосылки для более дифференцированного использования НПВП, особенно у пациентов с РА.

Литература

1. Чеботарева Н.В., Гуляев С.В., Андросова Т.В. и др. Клинико-морфологические варианты и факторы риска поражения почек при ревматоидном артрите. Терапевтический архив. 2020.-№ 92 (5).С. 55–60.

2. Жигалов С.А., Марасаев В.В. Влияние селективности и периода полувыведения нестероидных противовоспалительных препаратов на развитие субклинического поражения почек. Современная ревматология. - 2016;10(4). -С.28–34.
3. Мустафаева Ш.А. Хроническая болезнь почек у больных ревматоидным артритом: варианты и факторы риска поражения почек.- 2023.-№ 3(01). С.1-6.
4. Наимова Ш. А. Почечный коморбидность при ревматоидном артрите. // Web of scientist: international scientific research journal. – 2022.- №3(6). - С. 774-781.
5. Насонов Е.Л., Ивашкин В.Т., Яхно Н.Н. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов Междисциплинарный консенсус экспертов (основные положения) по результатам совещания группы экспертов. Г.Москва. Терапия. - №4 (14) .-2017.

УДК 616.72-002
МРНТИ 76.29.31

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Николайзин П.А.

Научный руководитель –Мурзабаева М.Д., к.м.н.
НАО «Северо-Казахстанский университет имени М. Козыбаева»
Петропавловск, Республика Казахстан

Актуальность: Изучение современных подходов в лечении псориатического артрита в международной практике.

Цель работы: Освещение актуальных методов ранней диагностики и принципов лечения псориатического артрита.

Материалы и методы исследования: Обзор статей медицинских изданий по теме: диагностики и лечению псориатического артрита.

Результаты исследования: В ходе изучения материалов и опыта международных медицинских организаций, выявлено большое количество данных по безопасности генно-инженерных биологических препаратов.

Выводы: Применение современных подходов в лечении больных псориатическим артритом с использованием генно-инженерных биологических препаратов позволяет сохранить качество жизни, трудоспособность пациентов, продолжительность ремиссий, а значит, облегчение течения заболевания.

Литература

1. Корсакова Ю.Л., Коротаева Т.В., Эрдес Ш.Ф., Логинова Е.Ю., Насонов Е.Л. Обновленные международные рекомендации (EULAR, 2023) по лечению псориатического артрита. Научно-практическая ревматология. 2024;62(5):474-483.;
2. Круглова Л.С., Львов А.Н. Ранняя диагностика псориатического артрита и возможности контроля над заболеванием (обзор литературы). Медицинский алфавит. 2019;2(26):44-48.;
3. По материалам публикации Gossec L, et al. AnnRheumDis 2024;0:1–14. doi:10.1136/ard-2024-225531;
4. Lvrach.ru Медицинский научно-практический портал: Современные методы диагностики и лечения псориатического артрита у детей (С. Н. Чебышева, Е. С. Жолобова, Н. А. Геппе, А. В. Мелешкина, О. С. Розвадовская, Г. В. Михалева);
5. Псориаз артропатический. Псориатический артрит : клинические рекомендации / Минздрав РФ. 2021.;
6. Griffiths et al. Poster Presentation Coastal Dermatology Symposium 2020, October 15-16th;

7. Parisi R, Iskandar I Y K, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths C E M, Ashcroft D M et al. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study BMJ 2020; 369 :m1590 doi:10.1136/bmj.m1590;
8. Mc Innes IB, et al. Long-term Efficacy and Safety of Guselkumab, a Monoclonal Antibody Specific to the p19 Subunit of Interleukin-23, Through 2 Years: Results from a Phase 3, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Study Conducted in Biologic-naïve Patients with Active Psoriatic Arthritis. Arthritis Rheumatol. 2021.;
9. Reich K, et al. Br J Dermatol 2021; doi:10.1111/bjd.20568;
10. Diels, J., et al. Comparing efficacy of guselkumab versus ustekinumab in patients with psoriasis arthritis: an adjusted comparison using individual patient data from DISCOVER 1&2 and PSUMMIT trials. 2021.;
11. Presented at ACR 2021 van Ee I, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2021; doi: 10.1111/jdv.17829.;
12. Корсакова ЮЛ, Логинова ЕЮ, Коротаева ТВ, Губарь ЕЕ, Глухова СИ, и др. Бремя прогрессирования псориатического артрита. Данные общероссийского регистра. Терапевтический архив. 2022;94(5):622-627.

УДК 616.72-002.772
МРНТИ 76.29.31

ВЛИЯНИЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ

Пиневский Д.В.

Научный руководитель – Мурзабаева М.Д., к.м.н.
НАО «Северо-Казахстанский университет имени М. Козыбаева»
Петропавловск, Республика Казахстан

Актуальность: Ревматические заболевания занимают важное место в структуре хронической патологии, оказывая значительное влияние на качество жизни пациентов. Одним из наиболее сложных аспектов этих заболеваний является их влияние на внекостные структуры, включая органы дыхательной системы. Поражения лёгких, связанные с ревматическими заболеваниями, являются частым и нередко серьёзным осложнением, способным значительно ухудшать прогноз и усложнять терапию.

Системные заболевания соединительной ткани, такие как системная красная волчанка, склеродермия, ревматоидный артрит и дерматомиозит, нередко сопровождаются интерстициальными заболеваниями лёгких, плевритами, васкулитами и бронхиолитами. Эти патологические процессы не только требуют участия пульмонологов для диагностики и лечения, но и обуславливают необходимость междисциплинарного взаимодействия между ревматологами, пульмонологами, радиологами и иммунологами.

Современные достижения в области визуализации, биомаркеров и патогенетически направленной терапии позволяют не только улучшить диагностику и мониторинг лёгочных осложнений ревматических заболеваний, но и открывают новые возможности для персонализированного лечения. Однако сложность клинической картины, разнообразие форм поражения органов дыхания и риски, связанные с применением иммуносупрессивной терапии, требуют разработки чётких алгоритмов междисциплинарного подхода.

Таким образом, изучение влияния ревматических заболеваний на органы дыхания и развитие эффективных методов их диагностики и лечения являются крайне актуальными задачами современной медицины. Данная работа призвана привлечь внимание специалистов к важности комплексного подхода, объединяющего усилия различных медицинских дисциплин для улучшения качества медицинской помощи пациентам с ревматическими заболеваниями.

Цель работы: Определить особенности влияния ревматических заболеваний на органы дыхательной системы, обосновать необходимость междисциплинарного подхода к диагностике и лечению данных патологий, а также предложить алгоритмы взаимодействия ревматологов и пульмонологов для повышения эффективности медицинской помощи пациентам.

Материалы и методы исследования: В рамках данного исследования был проведён аналитический обзор научной литературы, посвящённой влиянию ревматических заболеваний на органы дыхательной системы. Источниками информации послужили статьи из рецензируемых медицинских журналов, материалы международных конференций и метаанализы, опубликованные в период с 2011 по 2024 годы.

Поиск публикаций осуществлялся в специализированных базах данных, таких как PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, а также отечественных ресурсах, включая eLibrary. Использовались ключевые слова и их комбинации: «ревматические заболевания», «лёгочная патология», «интерстициальные заболевания лёгких», «ревматоидное лёгкое», «междисциплинарный подход», «ревматология и пульмонология».

Критериями включения статей являлись:

- наличие информации о лёгочных проявлениях ревматических заболеваний;
- публикации, описывающие примеры междисциплинарного подхода.

Результаты исследования: Анализ научной литературы позволил выделить ключевые аспекты влияния ревматических заболеваний на органы дыхательной системы и подчеркнуть важность междисциплинарного подхода:

Наиболее часто встречаются интерстициальные заболевания лёгких (ИЗЛ), связанные с системной склеродермией, ревматоидным артритом и дерматомиозитом. У пациентов с системной красной волчанкой отмечается развитие плевритов, лёгочной гипертензии и инфекционных осложнений, что связано как с самим заболеванием, так и с применением иммуносупрессивной терапии.

Золотым стандартом для диагностики поражений лёгких остаётся высокорезолюционная компьютерная томография (ВРКТ), позволяющая детально оценить структуру лёгочной ткани. Использование функциональных тестов лёгких (ФТЛ), таких как спирометрия и диффузионная способность лёгких для угарного газа (DLCO), помогает в ранней диагностике и мониторинге прогрессирования патологий. Биомаркеры, включая KL-6 и сурфактантный протеин-D, демонстрируют потенциал в диагностике ИЗЛ при ревматических заболеваниях.

Эффективная диагностика и лечение требуют тесного взаимодействия ревматологов и пульмонологов. Это особенно важно для своевременного выявления лёгочных осложнений и минимизации риска неблагоприятного исхода. Выявлена необходимость разработки унифицированных клинических протоколов, включающих скрининг лёгочных осложнений у пациентов с ревматическими заболеваниями.

Выводы: Мультидисциплинарный подход, включающий взаимодействие ревматологов, пульмонологов, радиологов и других специалистов, является необходимым условием для эффективной диагностики и лечения поражений лёгких при ревматических заболеваниях. Иммуносупрессивная терапия остаётся основным методом лечения лёгочных осложнений, но требует тщательного мониторинга для предотвращения побочных эффектов и инфекционных осложнений. Выявлена необходимость разработки унифицированных клинических рекомендаций по скринингу, диагностике и лечению поражений органов дыхания у пациентов с ревматическими заболеваниями, что повысит эффективность медицинской помощи. Дальнейшие исследования должны быть направлены на создание

алгоритмов раннего выявления поражений лёгких, а также изучение новых терапевтических стратегий, включая таргетную терапию и биологические препараты.

Литература

1. Насонов ЕЛ, Ананьева ЛП, Авдеев СН. Интерстициальные заболевания легких при ревматоидном артрите: мультидисциплинарная проблема ревматологии и пульмонологии. Научно-практическая ревматология. 2022;60(6):1.
2. С.Е. Федорович Тяжелые поражения легких и прогнозирование риска их развития у пациентов со спондилоартритами и ревматоидным артритом 2021.
3. A. Morais, A.C. Duarte, M.O. Fernandes et al., Early detection of interstitial lung disease in rheumatic diseases: A joint statement from the Portuguese Pulmonology Society, the Portuguese Rheumatology Society 2023

УДК 616.72-002.77

МРНТИ 76.29.31

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Плахтий А.В.

Научный руководитель – Мурзабаева Мадина Далбаевна, к.м.н.
НАО «Северо-Казахстанский университет имени М. Козыбаева»
Петропавловск, Республика Казахстан

Актуальность: Ювенильный идиопатический артрит является одной из наиболее распространенных форм хронического воспалительного заболевания суставов у детей, затрагивая около 1 из 1000 детей. Это подчеркивает необходимость ранней диагностики и эффективного лечения, особенно учитывая сложности, связанные с его выявлением, поскольку симптомы могут имитировать другие заболевания. Он может привести к серьезным долгосрочным последствиям, таким как ограничение подвижности и ухудшение качества жизни, что делает своевременное вмешательство критически важным. Современные методы лечения требуют индивидуального подхода и изучения новых терапий. Лечение требует междисциплинарного взаимодействия специалистов, что открывает новые перспективы для исследования, требующей внимания научного сообщества и практикующих врачей для улучшения качества медицинской помощи детям.

Цель работы: Исследовать методы диагностики и лечения ювенильного идиопатического артрита, акцентируя внимание на принципах визуальной диагностики и терапевтических подходах.

Материалы и методы: В ходе работы был проведен систематический обзор научных публикаций, посвященных диагностике и лечению ЮИА. Использовались данные из рецензируемых журналов, клинических руководств и мета-анализов, опубликованных за последние 10 лет.

Результаты исследований: Анализ литературы показал, что ювенильный идиопатический артрит представляет собой гетерогенную группу заболеваний с различными клиническими формами. Выявлены основные методы диагностики, включая клинические, лабораторные и инструментальные исследования, современные подходы к медикаментозному лечению.

Выводы: Данная работа подтверждает важность комплексного подхода к диагностике и лечению ювенильного идиопатического артрита. Актуальные рекомендации подчеркивают необходимость раннего вмешательства и мульти дисциплинарного подхода для оптимизации результатов лечения. В будущем необходимо продолжать исследование новых терапевтических стратегий и методов диагностики для улучшения качества жизни пациентов с ЮИА.

Литература

1. Клинические протоколы МЗ РК - 2022 (Казахстан): Юношеский [ювенильный] артрит (M08)
2. Новик ГА, Абакумова ЛН, Летенкова НМ и др. Ювенильные артриты – опыт диагностики и лечения. Лечащий врач. 2008;23-7
3. Ватутин НТ, Смирнова АС, Эль-Хатиб МА. Принципы использования визуализирующих методов исследования в диагностике и лечении ювенильного идиопатического артрита. Современная ревматология. 2015;9(4):44-47
4. ACR/AF КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ТЕРАПИИ ЛА;2-10
5. Насонов ЕЛ. Рекомендации EULAR по диагностике и лечению раннего артрита: 2016. Научнопрактическая ревматология. 2017;55(2):138-150.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ НПВП НА СЛИЗИстую ОБОЛОЧКУ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Соколовская К.Н.

Цель исследования: Оценить влияние различных НПВП на слизистую оболочку верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Материал и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ данных эндоскопического исследования у 6341 пациента с ревматическими заболеваниями (82,9% женщин, возраст $50,8 \pm 15,7$ лет), наблюдавшихся с 2007 по 2016 гг. Все больные не менее 2-х недель принимали различные НПВП, в том числе нимесулид – 2315 (35,9%), диклофенак – 1543 (24,0%), мелоксикам – 1177 (18,3%), кетопрофен – 257 (4,0%), индометацин – 141 (2,2%), ацеклофенак – 215 (3,4%), ибупрофен – 118 (1,8%), эторикоксиб – 408 (6,3%), целекоксиб – 193 (3,0%), другие НПВП – 64 (1,0%). Оценивали наличие эрозий (поверхностных дефектов слизистой оболочки), множественных эрозий (< 10 и ≥ 10) и язв (дефект стенки 5 мм, имеющий видимую глубину). ≥ 10) и Дополнительно проведено сравнение частоты множественных эрозий и язв у больных, получавших эторикоксиб и диклофенак, в зависимости от наличия основных факторов риска НПВП-гастропатии: язвенного анамнеза, возраста ≥ 10) и 65 лет, сопутствующего приема низких доз аспирина.

Результаты исследования: Частота множественных эрозий и язв при использовании коксибов – эторикоксиба и целекоксиба составила 5,4% и 5,7% и была достоверно ниже, чем при лечении диклофенаком (12,0%), кетопрофеном (12,7%), индометацином (13,2%) и ибупрофеном (18,8%). У больных с язвенным анамнезом, пациентов в возрасте ≥ 65 лет и больных, принимавших низкие дозы аспирина, частота множественных эрозий и язв на фоне использования эторикоксиба и диклофенака составила, соответственно, 9,7% и 24,4% ($p < 0,001$).

Выводы: Коксибы, в частности, эторикоксиб, вызывают развитие НПВП-гастропатии существенно реже, чем «традиционные» НПВП. Даже у больных с высоким

риском НПВП-гастропатии, язвы и множественные эрозии на фоне приема эторикоксиба возникают с гораздо меньшей частотой, чем на фоне приема диклофенака.

УДК 616.72-002.1-022
МРНТИ 76.29.31

РОЛЬ МИКРОБИОМА В РАЗВИТИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Тугелбаева А.А., Иванова Р.Л.
НАО «Медицинский университет Семей»
Семей, Республика Казахстан

Актуальность: Реактивный артрит (РеА) у детей представляет собой воспалительное заболевание суставов, развивающееся после инфекции, чаще всего бактериальной. В последние годы исследование роли микробиоты человека в патогенезе различных заболеваний, включая артриты, становится все более актуальным.

Современные данные показывают, что дисбаланс микробиоты кишечника может оказывать влияние на иммунный ответ, что в свою очередь способствует развитию воспалительных заболеваний, таких как реактивный артрит. Данный аспект требует детального изучения для улучшения диагностики, лечения и профилактики РеА у детей.

Цель работы: Целью настоящего исследования является анализ связи между состоянием микробиоты кишечника и развитием реактивного артрита у детей. Оценить роль дисбиоза кишечника в патогенезе заболевания, а также исследовать возможность использования микробиологических методов в лечении и профилактике реактивного артрита.

Материалы и методы исследования: Для проведения исследования использовались клинические данные пациентов с диагнозом реактивного артрита, а также анализ состава микробиоты кишечника с использованием современных методов молекулярной биологии, таких как ПЦР и метагеномика. В исследование были включены дети в возрасте от 3 до 16 лет, которые страдали от РеА и прошли комплексное обследование. Для сравнения использовалась группа здоровых детей с аналогичными возрастными характеристиками. Оценка состояния микробиоты проводилась до и после лечения.

Результаты исследования: Результаты исследования показали, что у детей с реактивным артритом наблюдается выраженный дисбаланс микробиоты кишечника, который выражается в снижении количества полезных бактерий (например, *Lactobacillus* и *Bifidobacterium*) и увеличении патогенных микроорганизмов (например, *Enterobacteriaceae*). Влияние терапии, направленной на восстановление микробиоты, продемонстрировало положительные изменения как в клиническом состоянии пациентов, так и в составе микробиоты, что подтверждает связь между состоянием кишечной флоры и развитием заболевания.

Выводы: Реактивный артрит у детей связан с дисбалансом микробиоты кишечника, что может способствовать воспалению и развитию заболевания.

Восстановление нормальной микробиоты может оказывать благоприятное воздействие на течение реактивного артрита, улучшая клинические результаты лечения. Микробиологические исследования могут быть полезными инструментами в диагностике и мониторинге течения реактивного артрита у детей, а также в разработке новых подходов к его лечению.

Литература

1. Ferraro M, et al. The role of gut microbiota in the pathogenesis of reactive arthritis. Clin Microbiol Rev. 2018.
2. Zhang Y, et al. Microbiota and immune system interplay in reactive arthritis: a review. J Clin Rheumatol. 2019.
3. He X, et al. Changes in gut microbiota composition in children with reactive arthritis. Pediatr Rheumatol. 2020.
4. Sanz Y, et al. Gut microbiota and its role in reactive arthritis: current insights and future directions. Arthritis Res Ther. 2021.

УДК 616-009.865.

МРНТИ 76.30.23

RAYNAUD'S PHENOMENON - PREVALENCE IN INDIAN POPULATION

Eza Riasat, Muhammad Abid, Bazil Aftab, Khanum Maliha, Tugelbayeva A.A.

NCJSC «Semey medical university»

Semey, Kazakhstan

Background: Raynaud's phenomenon (RP) is a disorder characterized by changes in blood circulation in the extremities, resulting in temporary loss of blood supply to the fingers and toes, often due to exposure to cold or stress. Although this disease is widespread throughout the world, it manifests itself with different frequency and intensity in different ethnic groups. In the Indian population, Raynaud's phenomenon is poorly understood and understudied.

The study of its manifestations in the Indian population is of great importance for timely diagnosis and correct treatment, especially in the context of the climate, social structure and prevalence of chronic diseases in India.

Objective: The aim of the work is to study the Raynaud's phenomenon in the Indian population, to study the frequency of its manifestations, risk factors, as well as the features of the clinical picture and diagnostic methods, taking into account the ethnic and climatic characteristics of the region.

Materials and methods: The following materials and methods were used for the study: Clinical data: analysis of medical records of patients with suspected Raynaud's phenomenon in Indian medical institutions. Epidemiological study: To collect data on the incidence of Raynaud's phenomenon in different age groups and geographic regions of India. Laboratory tests: Blood tests, vascular tone and microvascular changes using Doppler ultrasound. Sociodemographic data: To collect information on social factors (e.g. stress level, climatic conditions, lifestyle).

Results: The study found that Raynaud's phenomenon is less common in the Indian population than in Western countries, which may be due to climatic and social factors. However, in colder climates such as mountainous regions, the incidence of Raynaud's phenomenon is significantly higher. It was also found that at a young age, the disease is more common in women, especially those who are exposed to prolonged stress or work in cold conditions. In some cases, Raynaud's phenomenon has been associated with the presence of autoimmune diseases such as systemic sclerosis.

Conclusions: Raynaud's phenomenon is relatively rare in the Indian population, but its prevalence increases in colder regions of the country. Women, especially those in their 20s and 40s, are more susceptible to Raynaud's phenomenon, which requires attention to these patients in preventive medical examinations. The role of stress factors, as well as the presence of autoimmune diseases such as scleroderma, should be taken into account in the diagnosis of Raynaud's phenomenon. Further research is needed to develop national guidelines for the diagnosis and treatment of Raynaud's phenomenon, taking into account the climatic features and genetic predisposition of the Indian population.

Thus, the study of Raynaud's phenomenon in India opens up new prospects for the development of more accurate and effective methods for the diagnosis and treatment of this disease in the context of the peculiarities of the Indian population.

References

1. McMahon, A., O'Neill, E. (2018). Raynaud's Phenomenon: Pathophysiology and Diagnosis. *Journal of Clinical Rheumatology*, 24(4), 227-232. DOI: 10.1097/RHU.0000000000000562
2. Sharma, M., Gupta, R. (2016). Epidemiology of Raynaud's Phenomenon in India: A Systematic Review. *Indian Journal of Rheumatology*, 11(2), 103-108. DOI: 10.1016/j.injr.2016.04.004
3. Bansal, A., Rathi, S. (2015). Raynaud's Phenomenon in Indian Population: A Retrospective Study of 150 Cases. *Rheumatology International*, 35(6), 973-978. DOI: 10.1007/s00296-015-3297-5
4. Saha, S., Das, A. (2017). Prevalence of Primary and Secondary Raynaud's Phenomenon in North India. *Indian Journal of Clinical Medicine*, 28(3), 220-225. DOI: 10.1177/0143034317736739
5. Bommireddy, R. R., Chawla, P. (2019). Climatic Factors and Raynaud's Phenomenon: An Observational Study in Indian Population. *Indian Journal of Dermatology*, 64(5), 398-402. DOI: 10.4103/ijd.ijd_348_18
6. Srinivasan, M., Patil, S. (2014). Raynaud's Disease in a Tropical Country: A Case Series and Review of Literature. *Indian Journal of Medicine*, 41(2), 126-130. DOI: 10.1007/s12262-014-0768-9
7. Gupta, D., Singhal, P. (2020). Autoimmune Diseases and Their Role in Secondary Raynaud's Phenomenon in India. *Journal of Rheumatology and Immunology*, 10(4), 236-243. DOI: 10.1177/0909232120912560
8. Zhou, Y., Wang, X. (2013) The Influence of Genetic and Environmental Factors in Raynaud's Phenomenon: A Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(7), 3163-3172. DOI: 10.3390/ijerph10073163
9. Dinesh, R. S., Khan, N. (2022). An Epidemiological Study of Raynaud's Phenomenon in Indian Women: Correlation with Stress and Lifestyle Factors. *Indian Journal of Endocrinology*, 39(6), 412-416. DOI: 10.4103/iej.iej_68_22
10. Chawla, M., Srivastava, N. (2018). Raynaud's Phenomenon in the Indian Subcontinent: A Review of Cases and Prognosis. *Asian Journal of Clinical and Medical Research*, 6(4), 212-217. DOI: 10.2216/ajcmr.2018.0610