

месалазин и азатиоприн, что соответствует клиническим рекомендациям. Динамика состояния пациента положительная: снизилось число дефекаций за сутки, улучшились показатели лабораторных и инструментальных исследований, субъективная оценка пациентом своего состояния.

Выводы:

1. Ввиду неспецифичной и перекрещивающейся симптоматики врачам всех специальностей необходимо быть настороженными по отношению к язвенному колиту.

2. Всем пациентам с язвенным колитом для постановки диагноза и определения активности процесса должна быть выполнена илеоколоноскопия со взятием биопсийного материала из 4-5 участков.

3. Методы лучевой и функциональной диагностики следует использовать при невозможности проведения колоноскопии или в целях диагностики осложнений.

4. Пациенту Н. было выполнено большинство из необходимых исследований, диагноз был установлен через месяц после первичного обращения и через 4 месяца после возникновения первых симптомов.

Список литературы:

1. Абдулхаков С. Р. Неспецифический язвенный колит: современные подходы к диагностике и лечению / С. Р. Абдулхаков, Р. А. Абдулхаков // Вестник современной клинической медицины. – 2009. – Т. 2. – №. 1.

2. Ивашкин В. Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом / В. Т. Ивашкин, Ю. А. Шельгин, Д. И. Абдулганиева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2015. – Т. 25. – №. 1. – С. 48-65.

3. Da Silva B. C. Epidemiology, demographic characteristics and prognostic predictors of ulcerative colitis / B. C. Da Silva, A. C. Lyra, R. Rocha // World Journal of Gastroenterology: WJG. – 2014. – Т. 20. – №. 28. – С. 9458.

4. Matsuoka K. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease / K. Matsuoka, T. Kobayashi, F. Ueno // Journal of gastroenterology. – 2018. – Т. 53. – №. 3. – С. 305-353.

5. Panes J. Imaging techniques for assessment of inflammatory bowel disease: joint ECCO and ESGAR evidence-based consensus guidelines / J. Panes, Y. Bouhnik, W. Reinisch // Journal of Crohn's and Colitis. – 2013. – №. 7. – С. 556-585.

6. Vashist N. M. Endoscopic scoring indices for evaluation of disease activity in ulcerative colitis / N. M. Vashist, M. Samaan, M. H. Mosli // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2018. – №. 1.

УДК 616.13.002.2

**Удачина А.А., Федченко Е.С., Салихова П.Т., Вишнева Е. М.
БОЛЕЗНЬ ОТСУТСТВИЯ ПУЛЬСА**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и
иммунологии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Udachina A.A., Fedchenko Y.S., Salikhova P.T., Vishneva E.M.
PULSELESS DISEASE**

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

Email: ariudachina@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрена редкая форма васкулита крупных артерий - Артериит Такаясу, на основании литературных данных отражены вопросы эпидемиологии, последовательность проведения диагностических процедур и тактики лечения.

Annotation. The article discusses a rare form of large vessel vasculitis – Takayasu arteritis, based on the literature data; the questions of epidemiological, the sequence of diagnostic procedures and treatment tactics are reflected.

Ключевые слова: неспецифический аортоартериит, заболевание сердечно-сосудистой системы, болезнь Такаясу, системный васкулит.

Key words: nonspecific aortoarteritis, cardiovascular system disease, Takayasu disease.

Введение

Неспецифический аортоартериит (НАА) – это хроническое воспалительное поражение крупных артерий, в большинстве случаев аорты и ее проксимальных ветвей богатых эластическими волокнами. Это аутоиммунное заболевание относится к группе системных васкулитов и характеризуется деструктивным воспалением стенок аорты и её ветвей с зарращением устьев, в процесс затягиваются крупные артерии мышечного типа.[1,2]

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что НАА чаще встречается в Японии, Индии, Китае, в странах Латинской Америки, но достаточно крупным материалом располагают и российские авторы. Отмечено, что неспецифический аортоартериит преимущественно встречается у молодых женщин (отношение заболеваемости женщин и мужчин равно 8:1) обычно в возрасте от 20 до 30 лет. Заболеваемость болезни Такаясу составляет 2,6 случая на 1 млн населения с возможным увеличением, поскольку данные о заболеваемости и распространенности ограничены.

Цель исследования – проанализировать литературные данные о методах диагностики, тактики лечения и эпидемиологии болезни отсутствия пульса.

Материалы и методы исследования

При написании работы использовались литературные данные PubMed, КиберЛенинка за 2016-2021 годы.

Результаты и их обсуждение

Неспецифический аортоартериит является сложным для диагностики заболеванием, проявления болезни весьма разнообразны и зависят от стадии и распространенности сосудистого поражения. Поэтому при постановке диагноза необходимо комплексно оценивать данные анамнеза, клиническую картину, данные лабораторных и инструментальных исследований.[2]

Возраст до 40 лет, перемежающаяся хромота, различие в уровнях систолического артериального давления, наличие систолического шума над одной или обеими подключичными артериями, или брюшной аортой должны заставить врача рассматривать неспецифический аортоартериит как один из вероятных диагнозов.[3] Обычно в дебюте заболевания у пациентов отмечаются неспецифические симптомы, представленные в таблице 1

Таблица 1

Клинические признаки артериита Такаясу.

| Признак | Частота | Признак | Частота |
|------------------------------------|---------|----------------------------|---------|
| Синдром общевоспалительных реакций | 66% | Артериальная гипертензия | 43% |
| Отсутствие пульса | 88% | Аортальная регургитация | 33% |
| Аускультативно определяется шум | 77% | Стеноз почечной артерии | 26% |
| Боль в конечностях | 69% | Цереброваскулярные события | 18% |
| Парестезии | 48% | Легочная гипертензия | 12% |

Для диагностики болезни Такаясу при физикальном обследовании необходимо обратить внимание:

сравнение симметричности пульса в области лучевых артерий;

измерение АД;

аускультацию общих сонных артерий, подключичных артерий, брюшной аорты.

В обязательный перечень лабораторных исследований входит:

клинический анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз, анемия средней степени тяжести, тромбоцитоз, увеличение СОЭ (30-50-70 мм/час);

Биохимическое исследование крови: уровень мочевины, креатинина и калия выше нормы, также отмечается гипоальбуминемия;

Иммунологическое исследования крови: повышен уровень CD4+, CD8+, положительный результат теста на антитела к кардиолипину, антиэндотелиальные антитела иммуноглобулинов А, М, G, ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- α , повышение концентрации РФ;

Коагулограмма: изменение в системе гемостаза по типу гиперкоагуляции;

Клинический анализ мочи, микроскопическое исследование осадка мочи – необходимо для дифференцировки с болезнями почек: микро – и макрогематурия. [4]

Если данные, выясненные при сборе жалоб, анамнеза, физикальном и лабораторном исследованиях позволяют заподозрить болезнь Такаясу, то необходимо направлять пациента на инструментальную диагностику. Варианты диагностических методик представлены в таблице 2

Таблица 2

Диагностические методики артериита Такаясу.

| Инструментальная диагностика | Достоинства метода | Недостатки метода |
|--|--|---|
| Ангиография | Является «золотым стандартом» диагностики неспецифического аортоартериита, с помощью этого метода можно увидеть характерные признаки болезни Такаясу: стенозы, окклюзии, истончение стенки аорты и ее ветвей, также возможно определить вовлечение в процесс легочной артерии и феномена обкрадывания подключичной артерии, позволяющих провести адекватный выбор эндоваскулярных процедур | Применяется существенная доза облучения и большое количество йодированного контрастного вещества, также ангиография может оценить только внутрисосудистую патологию и не позволяет отличить острое внутривенное поражение от стенотического |
| Эхосонография. Дуплексное сканирование | Наиболее удобная методика обнаружения сосудистого поражения. Преимуществом является возможность измерения толщины стенок поверхностных сосудов | Недостатки не выявлены |
| Компьютерная томографическая | Позволяет оценить толщину стенки сосудов, визуализировать аневризмы, | Высокая стоимость, использование йодосодержащего |

| | | |
|--|--|---|
| ангиография (КТ-ангиография) | включая расслаивающие, участки кальцификации, сформировавшийся тромб. Поперечное изображение обеспечивает большую точность. | контрастного вещества и радиологическая нагрузка |
| Магнитно-резонансная ангиография (МРТ-ангиография) | МРТ с контрастным усилением и бесконтрастная трехмерная МР-ангиография позволяют легко определить стеноз участков сосудов и обнаружить тонкие морфологические и патологические изменения в артериальной стенке. Значительное утолщение стенки внутри и вокруг аорты наблюдается в острой фазе артериита Такаяс | Основным недостатком метода является увеличение времени визуализации, а также наличие противопоказаний: наличие у пациента электронных устройств, клипс на сосудах, стентов, кардиостимуляторов и др. Широкому распространению данного метода препятствует высокая стоимость и плохая визуализация кальцифицированных сосудов |

Тактика лечения НАА предполагает использование как консервативных, так и хирургических методов лечения. Однако до сих пор не разработано единой методики оптимальной терапии, которая бы смогла привести к стойкой ремиссии заболевания. Так как в основе патогенеза НАА лежит иммунное воспаление в сосудистой стенке, основными лекарственными средствами терапии данного заболевания, являются глюкокортикоиды и цитостатики. Эти препараты обладают мощным противовоспалительным. Самая эффективная схема лечения – пульс-терапия метилпреднизолоном или преднизолоном. В течение трех дней внутривенно вводят суммарно 3000 мг метилпреднизолона и 1000 мг циклофосфана. При своевременной терапии возможна реканализация сосудистой обструкции и следовательно - появление пульса.[1]

Лечение НАА должно быть комплексным и носить патогенетический характер. В качестве стартовой базисной терапии целесообразно использование комбинированной терапии глюкокортикоидами и МТХ, которая позволяет быстро в течение месяца снизить клинико-лабораторную активность заболевания, а затем ликвидировать воспалительные изменения в области пораженных артерий, тем самым приостановить прогрессирование НАА и добиться ремиссии заболевания. Хирургическое лечение должно проводиться по

показаниям для восстановления адекватного кровотока и предупреждения осложнений, в сочетании с базисной терапией и желателен в неактивной фазе болезни.[2]

Выводы:

1. НАА имеет многообразный характер. Имея разные клинические «маски», течение болезни может не распознаваться в течение длительного времени, что требует особого внимания врачей общей практики при диагностике и постановке диагноза.

2. Своевременное диагностирование и иммуносупрессивная терапия позволяют избавиться от необходимости ангиохирургического вмешательства.

3. Резюмируя вышесказанное можно отметить, что стертые этиологические, симптоматические и диагностические критерии данного заболевания вызывают необходимость в актуализации вопросов диагностики на ранних этапах и своевременное начало лечения для улучшения прогноза жизни пациентов.

Список литературы:

1. Бородина И.Э. Артериит Такаясу: результаты ретроспективного анализа пациентов Уральской популяции//Вестник Российского государственного университета – 2019. – №.1. – С. 102-109.

2. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Аортоартериит неспецифический у взрослых». – 2016. – С. 9-16

3. Direskeneli H. Clinical assessment in Takayasu's arteritis: major challenges and controversies//Journal Clinical and Experimental of Rheumatology. – 2017. – Vol.35 (1). – P.183–193.

4. Ricardo A. G. Russo and María M. Katsicas. Takayasu Arteritis//Frontiers in Pediatrics. – 2018. – Vol.6 – P. 1-12.

5. Shuai Z.-Q. Efficacy and safety of biological agents in the treatment of patients with Takayasu arteritis: a systematic review and meta-analysis//European Review for Medical and Pharmacological Sciences. – 2021. – Vol.25 – P.250 –262.

УДК: 616.895.4-058

**Хмыз И.С., Семиколонова В.А., Мартышова О.С.
УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО
ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Кафедра фтизиатрии

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.

Бурденко

Воронеж, Российская федерация

**Khmyz I. S., Semikolenova V. A., Martyshova O.S.
THE LEVEL OF ANXIETY AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF
THE ATTITUDE TO SOMATIC PATHOLOGY IN PATIENTS WITH
SOCIAALLY SIGNIFICANT DISEASES**