New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal









AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (95) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (95)

2026

Сентябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.08.2026, Accepted: 10.09.2026, Published: 15.09.2026

УДК 616.72-002-036.22-037

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Пулатов Улугбек Сунатович https://orcid.org/0000-0002-7673-2916
Ризаев Жасур Алимджанович https://orcid.org/0000-0001-5468-9403
Шодикулова Гуландом Зикрияевна https://orcid.org/0009-0001-4432-7481

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Резюме***

Цель: выявить факторы риска развития ревматологических заболеваний (РЗ), разработать балльную шкалу оценки риска и определить прогностические критерии неблагоприятного течения.

Материал и методы: проведено сравнительное клинико-эпидемиологическое исследование 817 больных с верифицированными РЗ и 204 лиц без ревматологической патологии (Самаркандская область, 2022–2025 гг.). Для анализа течения из основной группы выделены 169 больных с неблагоприятным и 141 – с относительно благоприятным течением. Использованы критерий χ^2, отношение шансов (OR), t-критерий Стьюдента и ROC-анализ.

Результаты: развитие РЗ достоверно ассоциировано с возрастом старше 49 лет (OR=1,64), женским полом (OR=1,66), наличием РЗ у родственников первой степени родства (OR=2,35), урогенитальными (OR=3,72) и частыми кишечными инфекциями (OR=3,54), метаболическим синдромом (OR=2,40), сахарным диабетом (OR=2,06), гиподинамией (OR=1,77), тяжёлым течением COVID-19 (OR=3,26) и дебютом аутоиммунного заболевания после COVID-19 (OR=11,12). Разработана шкала из 12 предикторов (0–20 баллов) с выделением четырёх групп риска. Наибольшую прогностическую ценность в отношении неблагоприятного течения имели ревматоидный фактор ≥51,5 МЕ/мл (AUC=0,930), СОЭ ≥27 мм/ч (AUC=0,919), длительность симптомов до обращения к врачу ≥5 мес (AUC=0,900), С-реактивный белок ≥18,5 мг/л (AUC=0,894) и возраст ≥51 года (AUC=0,861).

Заключение: предложенные шкала и критерии основаны на рутинно доступных показателях и могут применяться на первичном звене здравоохранения для раннего выявления и своевременной маршрутизации больных к ревматологу.

Ключевые слова: ревматологические заболевания, факторы риска, шкала риска, неблагоприятное течение, ROC-анализ, ревматоидный фактор, COVID-19.

REVMATOLOGIK KASALLIKLAR RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARI VA NOQULAY KECHISHINING PROGNOSTIK MEZONLARI

Po‘latov Ulug‘bek Sunatovich, Rizayev Jasur Alimdjanovich, Shodiqulova Gulandom Zikriyayevna.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O‘zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Rezyume***

Maqsad: revmatologik kasalliklar (RK) rivojlanishining xavf omillarini aniqlash, xavfni baholash ballli shkalasini ishlab chiqish va noqulay kechishning prognostik mezonlarini belgilash.

Material va usullar: tashxisi tasdiqlangan 817 nafar RK bilan og‘rigan bemor va revmatologik patologiyasi bo‘lmagan 204 nafar shaxsda qiyosiy klinik-epidemiologik tadqiqot o‘tkazildi (Samarqand viloyati, 2022–2025 yy.). Kasallik kechishini tahlil qilish uchun asosiy guruhdan

noqulay kechishli 169 nafar va nisbatan qulay kechishli 141 nafar bemor ajratildi. χ^2 mezoni, imkoniyatlar nisbati (OR), Styudent t-mezoni va ROC-tahlil qo‘llanildi.

Natijalar: RK rivojlanishi 49 yoshdan katta yosh (OR=1,64), ayol jinsi (OR=1,66), birinchi darajali qarindoshlarda RK mavjudligi (OR=2,35), urogenital (OR=3,72) va tez-tez uchraydigan ichak infeksiyalari (OR=3,54), metabolik sindrom (OR=2,40), qandli diabet (OR=2,06), gipodinamiya (OR=1,77), COVID-19 ning og‘ir kechishi (OR=3,26) va COVID-19 dan keyin autoimmun kasallik boshlanishi (OR=11,12) bilan ishonchli bog‘liq. 12 ta prediktordan iborat (0–20 ball) va to‘rt xavf guruhini ajratuvchi shkala ishlab chiqildi. Noqulay kechish uchun eng yuqori prognostik ahamiyatni revmatoid omil ≥51,5 XB/ml (AUC=0,930), EChT ≥27 mm/soat (AUC=0,919), shifokorga murojaatgacha simptomlar davomiyligi ≥5 oy (AUC=0,900), C-reaktiv oqsil ≥18,5 mg/l (AUC=0,894) va yosh ≥51 (AUC=0,861) namoyon etdi.

Xulosa: taklif etilgan shkala va mezonlar oddiy, keng mavjud ko‘rsatkichlarga asoslangan bo‘lib, birlamchi tibbiy-sanitariya yordami bo‘g‘inida RKni erta aniqlash va bemorlarni o‘z vaqtida revmatologga yo‘naltirish uchun qo‘llanilishi mumkin.

Kalit so‘zlar: revmatologik kasalliklar, xavf omillari, xavf shkalasi, noqulay kechish, ROC-tahlil, revmatoid omil, COVID-19.

RISK FACTORS AND PROGNOSTIC CRITERIA OF UNFAVOURABLE COURSE OF RHEUMATIC DISEASES

Po‘latov Ulug‘bek Sunatovich, Rizayev Jasur Alimdjanovich, Shodiqulova Gulandom Zikriyayevna.

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Resume***

Aim: to identify risk factors for rheumatic diseases (RD), to develop a point-based risk score and to determine prognostic criteria of an unfavourable disease course.

Materials and methods: a comparative clinical and epidemiological study included 817 patients with verified RD and 204 individuals without rheumatic pathology (Samarkand region, Uzbekistan, 2022–2025). To analyse disease course, 169 patients with an unfavourable and 141 with a relatively favourable course were selected from the main group. The χ^2 test, odds ratio (OR), Student’s t-test and ROC analysis were used.

Results: RD were significantly associated with age over 49 years (OR=1.64), female sex (OR=1.66), RD in first-degree relatives (OR=2.35), urogenital (OR=3.72) and recurrent intestinal infections (OR=3.54), metabolic syndrome (OR=2.40), diabetes mellitus (OR=2.06), physical inactivity (OR=1.77), severe COVID-19 (OR=3.26) and onset of autoimmune disease after COVID-19 (OR=11.12). A 12-predictor score (0–20 points) with four risk categories was developed. The highest prognostic value for an unfavourable course was shown by rheumatoid factor ≥51.5 IU/mL (AUC=0.930), ESR ≥27 mm/h (AUC=0.919), symptom duration before first medical contact ≥5 months (AUC=0.900), C-reactive protein ≥18.5 mg/L (AUC=0.894) and age ≥51 years (AUC=0.861).

Conclusion: the proposed score and criteria rely on routinely available parameters and can be used in primary care for early detection and timely referral of patients to a rheumatologist.

Keywords: rheumatic diseases, risk factors, risk score, unfavourable course, ROC analysis, rheumatoid factor, COVID-19.

Актуальность

Ревматологические заболевания относятся к наиболее значимым медико - социальным проблемам современного здравоохранения. По оценкам ВОЗ, заболеваниями костно-мышечной системы страдают около 1,71 млрд человек в мире, при этом остеоартрит и ревматоидный артрит (РА) являются одними из ведущих причин утраты трудоспособности и инвалидности [1, 2]. Хроническое прогрессирующее течение, выраженный болевой синдром и снижение функциональной активности определяют высокую потребность этих больных в длительном специализированном наблюдении.

Современные представления рассматривают РЗ как мультифакторную патологию, в формировании которой участвуют генетическая предрасположенность, инфекционные триггеры, метаболические нарушения и факторы образа жизни [3–5]. Существенное значение придаётся коморбидности, прежде всего кардиометаболической, которая ухудшает прогноз и осложняет ведение больных [5, 6]. В последние годы обсуждается также роль перенесённой инфекции COVID-19 как возможного триггера иммуновоспалительных нарушений [7].

Не менее важной задачей является раннее выявление больных с высоким риском неблагоприятного течения. Концепция «окна возможностей» предполагает, что задержка начала адекватной терапии при воспалительных заболеваниях суставов ведёт к необратимому структурному повреждению [4]. Вместе с тем в условиях первичного звена здравоохранения Узбекистана отсутствуют простые и валидированные инструменты стратификации риска, основанные на доступных клинико-лабораторных показателях. Эпидемиологические исследования в регионе указывают на устойчивый рост ревматологической заболеваемости [8], что определяет актуальность настоящей работы.

Цель исследования: выявить факторы риска развития ревматологических заболеваний, разработать балльную шкалу оценки риска и определить прогностические критерии неблагоприятного течения этих заболеваний.

Материал и метод

Исследование выполнено в 2022–2025 гг. на базе лечебно-профилактических учреждений Самаркандской области. На первом этапе проведено сравнительное клинико-эпидемиологическое исследование. Основную группу составили 817 больных с верифицированными РЗ, находившихся на амбулаторном или стационарном наблюдении. Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра, лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с действующими международными классификационными критериями. Группу сравнения составили 204 практически здоровых лица без клинических и инструментальных признаков ревматологической патологии, обследованных в рамках профилактических осмотров.

Изучались демографические факторы, наследственный анамнез, перенесённые инфекции, сопутствующие заболевания, поведенческие, механические и профессиональные факторы, а также особенности перенесённой инфекции COVID-19. Источниками информации служили медицинская документация и результаты анкетирования. Связь фактора с наличием РЗ оценивали по критерию χ^2 Пирсона с расчётом отношения шансов (OR).

Для построения шкалы риска отбирались факторы, показавшие статистически значимую связь ($p<0,05$) и клиническую обоснованность. Баллы присваивались по силе ассоциации: OR 1,50–1,99 – 1 балл; OR 2,00–3,99 – 2 балла; OR ≥4,00 – 3 балла.

На втором этапе из основной группы отобраны 310 больных, которые были разделены на две подгруппы. В подгруппу 1а вошли 169 больных с неблагоприятным течением (частые обострения, высокая клиническая активность воспалительного процесса, быстрое прогрессирование структурных изменений суставов, снижение функциональной активности, необходимость усиления противоревматической терапии). Подгруппу 1б составил 141 больной с относительно благоприятным течением. Оценивались возраст, длительность симптомов до первого обращения к врачу, СОЭ (метод Панченкова), С-реактивный белок (СРБ; иммунотурбидиметрия), ревматоидный фактор (РФ; иммуноферментный анализ), антистрептолизин-О (АСЛО) и уровень гемоглобина.

Статистическая обработка проведена в пакете IBM SPSS Statistics. Количественные показатели представлены как M±m, различия оценивались по t-критерию Стьюдента. Прогностическая значимость показателей определялась с помощью ROC-анализа с расчётом площади под кривой (AUC), порогового значения (cut-off), чувствительности (Se) и специфичности (Sp). Различия считались значимыми при $p<0,05$.

Результат и обсуждение

В нозологической структуре основной группы преобладали остеоартроз – 236 (28,9%), ревматоидный артрит – 204 (25,0%) и хроническая ревматическая болезнь сердца – 188 (23,0%)

больных; системные заболевания соединительной ткани и спондилоартриты встречались значительно реже.

Факторы, показавшие наиболее значимую связь с развитием РЗ, представлены в таблице 1. Среди демографических факторов значимыми оказались возраст старше 49 лет и женский пол. Наличие РЗ у родственников первой степени родства повышало риск в 2,35 раза, аутоиммунных заболеваний – в 2,15 раза. Среди инфекционных факторов наибольшее значение имели инфицированные очаги на коже (OR=3,88), урогенитальные (OR=3,72) и частые кишечные инфекции (OR=3,54), хронический пиелонефрит (OR=2,83); значимыми были также частые фарингиты и тонзиллиты (OR=2,23), стрептококковая ангина (OR=2,14), кариес и хроническая одонтогенная инфекция (OR=1,76). Из коморбидных состояний с РЗ ассоциировались мочекаменная болезнь (OR=2,52), метаболический синдром (OR=2,40), хронический гастродуоденит (OR=2,10), сахарный диабет (OR=2,06), артериальная гипертензия (OR=1,63) и избыточная масса тела (OR=1,56).

Таблица 1. Факторы, ассоциированные с развитием ревматологических заболеваний

Фактор	Основная группа (n=817), %	Группа сравнения (n=204), %	χ^2	p	OR
Возраст старше 49 лет	56,4	44,1	9,95	<0,01	1,64
Женский пол	63,8	51,5	10,41	<0,01	1,66
РЗ у родственников I степени	34,3	18,1	19,85	<0,001	2,35
Аутоиммунные заболевания у родственников	27,8	15,2	13,70	<0,001	2,15
Урогенитальные инфекции	18,8	5,9	20,16	<0,001	3,72
Частые кишечные инфекции	15,4	4,9	15,65	<0,001	3,54
Инфицированные очаги на коже	10,5	2,9	11,46	<0,001	3,88
Хронический пиелонефрит	12,7	4,9	10,08	<0,01	2,83
Стрептококковая ангина	20,6	10,8	10,31	<0,01	2,14
Метаболический синдром	22,5	10,8	13,96	<0,001	2,40
Сахарный диабет	14,9	7,8	7,02	<0,01	2,06
Артериальная гипертензия	38,2	27,5	8,16	<0,01	1,63
Избыточная масса тела / ожирение	36,5	27,0	6,53	<0,05	1,56
Гиподинамия	43,6	30,4	11,73	<0,001	1,77
Травмы связочно-суставного аппарата	23,5	11,8	13,48	<0,001	2,30
Деформации опорно-двигательного аппарата	28,9	16,7	12,53	<0,001	2,03
Работа в условиях холода	11,8	6,9	4,06	<0,05	1,81
Тяжёлое течение COVID-19	25,1	9,3	23,73	<0,001	3,26
Усиление суставного синдрома после COVID-19	20,6	3,9	31,69	<0,001	6,34
Дебют аутоиммунного заболевания после COVID-19	9,9	1,0	17,45	<0,001	11,12

Из поведенческих и механических факторов значимыми оказались гиподинамия (OR=1,77), профессиональные нагрузки на суставы и частые микротравмы (OR=1,85), нарушение режима сна (OR=1,82), хронический стресс (OR=1,53), травмы связочно-суставного аппарата (OR=2,30),

деформации опорно-двигательного аппарата (OR=2,03) и переломы в анамнезе (OR=1,66). Среди профессиональных вредностей достоверной была только работа в условиях холода (OR=1,81).

Сам факт перенесённого COVID-19 не различался между группами (60,2% и 54,9%; p>0,1; OR=1,24). Риск определялся тяжестью инфекции: госпитализация по поводу COVID-19 повышала его в 2,0 раза, тяжёлое течение – в 3,26 раза, усиление суставного синдрома после инфекции – в 6,34 раза, а дебют аутоиммунного заболевания после COVID-19 – в 11,12 раза.

На основании полученных данных разработана шкала оценки риска развития РЗ, включающая 12 предикторов (табл. 2). Максимальная сумма составляет 20 баллов; 0–4 балла соответствуют низкому, 5–9 – среднему, 10–14 – высокому, ≥15 баллов – очень высокому риску. Сравнение подгрупп с различным течением заболевания представлено в таблице 3. Больные с неблагоприятным течением были старше, позднее обращались за медицинской помощью и имели более высокие показатели воспалительной и иммунологической активности. Уровень гемоглобина между подгруппами не различался.

Таблица 2. Шкала оценки риска развития ревматологических заболеваний

Предиктор	Баллы
Возраст старше 49 лет	1
Женский пол	1
РЗ у родственников I степени родства	2
Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей	2
Хронические очаги инфекции	2
Сахарный диабет	2
Травмы связочно-суставного аппарата	2
Деформации опорно-двигательного аппарата	2
Ожирение	1
Артериальная гипертензия	1
Гиподинамия	1
Тяжёлое осложнённое течение COVID-19	3
Максимальная сумма	20

Таблица 3. Клинико-лабораторные показатели больных с различным течением РЗ (M±m)

Показатель	Подгруппа 1а (n=169)	Подгруппа 1б (n=141)	p
Возраст, лет	53,76±0,34	46,91±0,80	<0,001
Длительность симптомов до обращения, мес	5,99±0,06	3,45±0,31	<0,001
СОЭ, мм/ч	32,46±0,38	23,27±0,74	<0,001
СРБ, мг/л	22,21±0,28	15,21±0,73	<0,001
РФ, МЕ/мл	62,93±0,87	41,98±1,55	<0,001
АСЛО, МЕ/мл	346,12±4,42	292,84±7,11	<0,001
Гемоглобин, г/л	103,13±0,89	105,43±2,23	>0,2

Таблица 4. Прогностическая значимость показателей в отношении неблагоприятного течения РЗ (ROC-анализ)

Показатель	Cut-off	AUC	Se, %	Sp, %
Ревматоидный фактор	≥51,5 МЕ/мл	0,930	78,2	85,2
СОЭ	≥27 мм/ч	0,919	85,3	72,5
Длительность симптомов до обращения	≥5 мес	0,900	92,5	67,6
С-реактивный белок	≥18,5 мг/л	0,894	80,0	75,4
Возраст	≥51 года	0,861	71,2	78,2
АСЛО	≥321,5 МЕ/мл	0,762	62,9	71,8
Гемоглобин	–	0,442	–	–

Результаты ROC-анализа приведены в таблице 4. Наибольшая прогностическая информативность в отношении неблагоприятного течения установлена для РФ, СОЭ, длительности симптомов до обращения и СРБ (AUC 0,894–0,930). Длительность симптомов ≥5 мес обладала наибольшей чувствительностью (92,5%), РФ ≥51,5 МЕ/мл – наибольшей специфичностью (85,2%). АСЛО имел умеренное прогностическое значение, гемоглобин прогностической ценностью не обладал (AUC=0,442).

Полученные данные подтверждают мультифакторную природу РЗ. Преобладание женщин и лиц старшего возраста согласуется с результатами популяционных исследований [2, 3, 8]. Выраженная связь с урогенитальными, кишечными и стрептококковыми инфекциями отражает значимую долю реактивных артропатий и ревматической болезни сердца в структуре патологии региона и указывает на резерв профилактики за счёт санации хронических очагов инфекции [9].

Ассоциация РЗ с метаболическим синдромом, сахарным диабетом и артериальной гипертензией соответствует современным представлениям о роли системного воспаления и мультиморбидности в ревматологии [5, 6]. Особого внимания заслуживает связь с тяжёлым течением COVID-19: риск определялся не самим фактом инфекции, а её тяжестью и постинфекционными иммунными нарушениями, что согласуется с данными других авторов [7]. Широкие значения OR для редких событий (дебют аутоиммунного заболевания после COVID-19) требуют осторожной интерпретации и подтверждения на больших выборках.

Выявленные критерии неблагоприятного течения – высокие уровни РФ, СОЭ и СРБ, а также поздняя обращаемость – согласуются с концепцией «окна возможностей» [4]. Практически важно, что длительность симптомов до обращения ≥5 мес является модифицируемым организационным фактором: её сокращение за счёт своевременной маршрутизации на первичном звене может напрямую влиять на прогноз. Все предложенные критерии основаны на рутинных и недорогих исследованиях, что обеспечивает их применимость в учреждениях любого уровня.

Ограничениями исследования являются одноцентровой региональный характер выборки, дизайн «случай–контроль», неоднородность нозологических форм в основной группе, а также отсутствие внешней валидации шкалы. Для широкого внедрения шкалы целесообразна её проспективная проверка на независимой когорте.

Заключение

1. Развитие ревматологических заболеваний достоверно ассоциировано с возрастом старше 49 лет, женским полом, наследственной отягощённостью, хроническими и рецидивирующими инфекциями, метаболическими нарушениями, гиподинамией, травмами опорно-двигательного аппарата и тяжёлым течением COVID-19.
2. Разработанная шкала из 12 предикторов (0–20 баллов) позволяет стратифицировать обследуемых на группы низкого, среднего, высокого и очень высокого риска и может использоваться при профилактических осмотрах на первичном звене.

3. Критериями неблагоприятного течения РЗ являются РФ ≥51,5 МЕ/мл (AUC=0,930), СОЭ ≥27 мм/ч (AUC=0,919), длительность симптомов до обращения ≥5 мес (AUC=0,900), СРБ ≥18,5 мг/л (AUC=0,894) и возраст ≥51 года (AUC=0,861).
4. Использование шкалы риска и прогностических критериев позволяет своевременно выявлять больных, нуждающихся в консультации ревматолога и усилении терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Sebbag E, Felten R, Sagez F, Sibilia J, Devilliers H, Arnaud L. The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. Ann Rheum Dis. 2019;78(6):844-848. doi:10.1136/annrheumdis-2019-215142.
2. Галушко ЕА, Насонов ЕЛ. Распространенность ревматических заболеваний в России. Альманах клинической медицины. 2018;46(1):32-39. doi:10.18786/2072-0505-2018-46-1-32-39.
3. van der Woude D, van der Helm-van Mil AHM. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2018;32(2):174-187. doi:10.1016/j.berh.2018.10.005.
4. Aletaha D, Smolen JS. Diagnosis and management of rheumatoid arthritis: a review. JAMA. 2018;320(13):1360-1372. doi:10.1001/jama.2018.13103.
5. Насонов ЕЛ, Гордеев АВ, Галушко ЕА. Ревматические заболевания и мультиморбидность. Терапевтический архив. 2015;87(5):4-9. doi:10.17116/terarkh20158754-9.
6. Meek IL, Picavet HSJ, Vonkeman HE, Verschuren WMM, van de Laar MAFJ. Increased cardiovascular risk factors in different rheumatic diseases compared with the general population. Rheumatology (Oxford). 2013;52(1):210-216. doi:10.1093/rheumatology/kes194.
7. Наимова ША. COVID-19 пандемия и коморбидность ревматических заболеваний. Oriental Renaissance: Innovative, Educational, Natural and Social Sciences. 2022;2(6):520-530.
8. Фоломеева ОМ, Галушко ЕА, Эрдес ШФ. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США. Научно-практическая ревматология. 2008;46(4):4-13. doi:10.14412/1995-4484-2008-529.
9. Буханова ДВ, Белов БС, Тарасова ГМ, Соловьев СК, Ананьева ЛП, Попкова ТВ, Гордеев АВ, Муравьев ЮВ, Глухова СИ. Коморбидные инфекции при ревматических заболеваниях (по данным ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой). Медицинский совет. 2019;(9):86-91. doi:10.21518/2079-701X-2019-9-86-91.

Поступила 20.08.2026