

Тезисы докладов конференции «Салиховские чтения. Спондилоартриты в XXI веке». Казань, Татарстан

Современные подходы к терапии реактивных артритов

Белов Б.С., Шубин С.В., Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

По данным Минздрава России, распространенность реактивного артрита (РеА) в России достаточно высока. В связи с этим вопросы своевременной диагностики и раннего назначения адекватной терапии РеА приобретают все большую значимость. Цель настоящего исследования — обобщить опыт применения медикаментозной терапии РеА (главным образом, антибиотиков) в НИИР и проанализировать данные современной литературы.

Материал и методы

Анализ 112 отечественных (база данных Научной электронной библиотеки eLibrary.ru) и 204 зарубежных источников (PubMed), содержащих ключевые слова: «реактивный артрит», «хламидийный артрит», «реактивный урогенный артрит».

Результаты/обсуждение

Признано целесообразным раннее назначение антибиотиков при остром РеА, ассоциированном с хламидийной инфекцией. 7–10-дневные курсы антибиотикотерапии совершенно не эффективны при урогенном РеА. При адекватной длительной антимикробной терапии частота бактериологических неудач при РеА может достигать 40%. По опыту, накопленному в НИИР, для лечения урогенитального хламидиоза при РеА в качестве препаратов выбора рекомендуются антибиотики из групп макролидов или тетрациклинов, назначаемые в течение 28–30 дней. При непереносимости или неэффективности указанных препаратов применяют фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, ломефлоксацин, спарфлоксацин). При этом частота эрадикации *Chl. trachomatis* у больных РеА колеблется от 65 до 76%. В литературе имеются данные, свидетельствующие о высокой эффективности 6-месячных курсов комбинированной антибактериальной терапии (доксикалин + рифампицин или азитромицин + рифампицин), однако они требуют подтверждения в других исследованиях. Назначение антибиотиков при энтерогенном РеА является нерациональным. Во избежание некорректных результатов контрольное исследование на хламидиоз осуществляют не ранее чем через 3–4 нед после окончания курса антибиотикотерапии. Эффективность и безопасность медикаментозной иммунотерапии (индукторы интерферона, полиоксидоний, иммунофан и т. д.) в лечении урогенитального хламидиоза у больных РеА не подтверждены данными рандомизированных контролируемых исследований. Для лечения суставного синдрома применяют нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, нимесулид, мелоксикам) в стандартных суточных дозах, а также глюко-

кортикоиды (бетаметазон, триамцинолон), которые вводят внутрисуставно или периартикулярно. При наличии выраженных прогностически неблагоприятных системных проявлений (нефрит, кардит и др.) глюкокортикоиды назначают внутрь в средних дозах. При хроническом течении РеА назначают сульфасалазин, метотрексат, азатиоприн. Имеются данные об успешном применении ингибиторов фактора некроза опухоли α (инflixимаб, этанерцепт) при резистентных к терапии хронических вариантах РеА, однако небольшое число наблюдений пока не позволяет дать объективную оценку этому методу лечения.

Выводы/заключение

В целом, признавая необходимость длительного применения антибиотиков при РеА, ассоциированном с хламидийной инфекцией, следует отметить, что единого мнения в отношении схем лечения в мировой литературе нет. Немалая частота неудач является весьма действенным стимулом к постоянному поиску новых схем и методов лечения данной инфекции у этих пациентов.

Ингибиторы фактора некроза опухоли α и инфекции: современное состояние проблемы

Белов Б.С.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

Внедрение в практику ингибиторов фактора некроза опухоли α (иФНО α) характеризовалось явным прогрессом в терапии ревматических заболеваний (РЗ), в частности ревматоидного артрита (РА) и спондилоартритов (СПА). Однако применение этих препаратов ассоциируется с нарастающим риском развития коморбидных инфекций (КИ) разнообразной природы и локализации. Цель настоящего исследования — оценка значимости проблемы КИ у больных РА и СПА при лечении иФНО α на современном этапе.

Материал и методы

Проанализировано 483 литературных источника, содержащихся в базах данных eLibrary.ru и PubMed, по изучаемой проблеме за последние 5 лет.

Результаты/обсуждение

Во втором десятилетии XXI в. у больных РА при лечении иФНО α по-прежнему сохраняется повышенная частота серьезных КИ, что подтверждается данными национальных регистров. По данным Британского регистра биологических препаратов, у больных РА частота серьезных КИ при лечении иФНО α составила 12,8%, или 4,2 на 100 пациенто-лет, и была максимальной в течение первых 6 мес лечения. Германскими исследователями показано, что применение иФНО α при РА повышает риск развития серьезных КИ в 2 раза по сравнению с базисными противовоспалительными препаратами.

При одновременном применении преднизолона в суточной дозе ≥ 15 мг риск КИ повышается до 4,7. В рамках аргентинского регистра BIOBADASAR риск развития КИ у больных РА при лечении иФНО α составил 5,49. По-прежнему большие опасения вызывает возможность развития туберкулеза, наибольшая частота которого зарегистрирована при лечении инфликсимабом. Туберкулез и другие оппортунистические инфекции значительно реже развивались при лечении этанерцептом. В абсолютном большинстве исследуемых когорт пневмонии занимали ведущее место в структуре серьезных КИ. У больных СпА при лечении иФНО α отмечена меньшая частота серьезных КИ – 0,7–4,3%. В соответствии с рекомендациями EULAR всем больным РА и СпА, получающим иФНО α , показана иммунизация противогриппозной и пневмококковой вакцинами.

Выводы/заключение

Повышенный риск развития КИ как наиболее частых нежелательных явлений по-прежнему остается феноменом, специфичным для всей группы иФНО α . Изучение влияния новых методов лечения РЗ на распространенность КИ с оценкой клинического течения и исходов последних рассматривается как одно из важных направлений будущих исследований в ревматологии.

Костная резорбция – кардинальный стигмат псориатического артрита

Бадюкин В.В.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва, Россия

Введение/цель

Псориатический артрит (ПсА) имеет большое число перекрестных симптомов с группой заболеваний, относящихся к спондилоартритам, и прежде всего – с реактивными артритами и анкилозирующим спондилитом. Наиболее значимым признаком, имеющим кардинальное значение при проведении дифференциальной диагностики, является костная резорбция, проявления которой до последнего времени мало изучены, включая и эффективность медикаментозной терапии.

Материал и методы

Всего обследовано 370 больных с достоверным диагнозом ПсА (207 мужчин и 163 женщины). Длительность заболевания колебалась от 2 нед до 44 лет. Среди обследованного контингента были пациенты с различными вариантами суставного синдрома и со всеми известными клиническими разновидностями псориаза. У 73,5% больных выявлена умеренная и максимальная воспалительная активность, у 43,5% имелись ПБ и ПП, у 14,9% – IV рентгенологическая стадия (по Штейнброкеру). Основу исследования составили общеклинические методы, принятые в ревматологии. Исключали патологию почек и эндокринных органов, которые могли быть причиной остеопатии. Полипроекционная рентгенография костей и суставов включала обязательное исследование кистей, дистальных отделов стоп и таза, а также других вовлеченных в процесс суставов. В некоторых случаях проводили крупнокадровую рентгенографию.

Результаты/обсуждение

Костная резорбция проявлялась внутрисуставным и акральным остеолитом, а также истинной костной атрофией (уменьшение костной массы диафизов костей)

и имела место у 21,6% больных. Значительный литический процесс приводил к обезображивающему (мутилирующему) артриту. Клинические признаки костной резорбции при этом заболевании включали уменьшение объема дистальных фаланг и уменьшение площади ногтевых пластинок, укорочение пальцев кистей и/или стоп, увеличение объема мягких тканей пальцев (телескопические или сосискообразные пальцы, ivory деформация), разнонаправленные подвывихи, увеличение объема движений в пораженных суставах, латентное развитие остеолита с малой выраженностью болевого синдрома. Рентгенологические признаки проявлялись остеолитом ногтевой бугристости дистальной фаланги или всего ее объема, расширением суставной щели, внутрисуставным остеолитом (в пределах суставной капсулы), деформацией по типу «pencil-in-scap», остеолитом, распространяющимся за пределы суставной капсулы, облитерацией медуллярных каналов, уменьшением объема костной массы фаланг (истинная костная атрофия), сочетанием деструктивных и пролиферативных явлений (остеолиз и одновременно периоститы), сочетанием остеолита с формированием анкилозов и отсутствием или незначительной выраженностью остеопороза.

Выводы/заключение

В основе костной резорбции и ее ремоделирования лежит энтез-ассоциированная патология осложненного псориаза. Хотя патогенез этих изменений до конца не раскрыт, большинство исследователей полагают, что в ответ на экспрессию ФНО α , вырабатываемого в воспаленных энтезисах, костный мозг продуцирует повышенное количество CD14-моноцитов, которые, поступая в сустав, стимулируют образование и активацию остеокластов, ответственных за остеолитическую и эрозию суставных поверхностей. Эти данные свидетельствуют о целесообразности введения в лечебный комплекс ингибиторов ФНО α .

Нерешенные вопросы реактивных артритов

Бадюкин В.В.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва, Россия

Введение/цель

Оптимизировать диагностику и терапию реактивных артритов (РеА).

Материал и методы

Многочисленные собственные наблюдения и анализ данных литературы.

Результаты/обсуждение

До последнего времени не принято окончательное решение об этиологических факторах РеА. Помимо общеизвестных микроорганизмов, к триггерным факторам относят *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Cyclospora*, *Clostridium difficile* и *Ureaplasma urealyticum*. Хотя РеА диагностируются все реже, заболеваемость ими не уменьшается (во всяком случае, постэнтероколитически). У больных с острым течением РеА, при котором наблюдаются бленноррагическая кератодермия, ладонно-подошвенный гиперкератоз и онихопатия, обычно диагностируют псориатический артрит, а хроническое течение, протекающее с вовлеченностью осевого скелета, моно- или олигоартритом нижних конечностей, нередко протекает под маской анкилозирующего спондилита или недифференцированного спондилоартрита (СпА), тем

более что все они отвечают критериям периферического СпА и имеют перекрестные симптомы с вышеперечисленными нозологическими формами. В синовиальной жидкости больных недифференцированным СпА методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) примерно в 50% случаев обнаруживают бактериальный антигенный материал, что свидетельствует о значении триггерной инфекции в инициации и клинической презентации этого заболевания. Трудности диагностики РеА связаны со следующими факторами: 1) малосимптомной и быстропроходящей клинической картиной триггерной инфекции, как урогенитальной, так и кишечной; 2) трудностью выявления причинного фактора, включая методы, позволяющие установить персистенцию микроорганизмов и их антигенов, а также малой доступностью в использовании этих методов и их квалифицированной интерпретации; 3) разнообразием дебюта; 4) появлением отдельных симптомов и синдромов в разные сроки от начала клинической презентации; 5) относительно небольшим числом больных с наличием типичной триады РеА (не более чем в половине случаев); 6) недостаточной осведомленностью врачей о проявлении четвертого характерного синдрома заболевания (поражение кожи и слизистых оболочек) и его гетерогенности; 7) отсутствием специфических клинических симптомов и специфических лабораторных и рентгенологических маркеров; 8) отсутствием настороженности в отношении возможности развития РеА в конкретных случаях. При РеА в большинстве случаев наблюдается полное выздоровление, хотя у каждого третьего больного развивается хроническое течение заболевания или происходит его трансформация в другие СпА, прежде всего анкилозирующий спондилит, что обычно случается спустя месяцы и годы после возникновения начальных проявлений инфекции, при этом персистенция триггерных микроорганизмов может и не быть. Антибактериальная монотерапия макролидами, тетрациклинами или фторхинолонами лишь в редких случаях приводит к положительному эффекту, в то время как комбинированное применение азитромицина или доксициклина с рифампином способствует полной клинической ремиссии и отрицательным ПЦР-результатам на выявление хламидийной инфекции при урогенном РеА.

Выводы/заключение

Для своевременного выявления РеА необходимо комплексное клиническое, рентгенологическое, бактериологическое, серологическое, молекулярно-биологическое и иммуногенетическое обследование больных. Эрадикация триггерных микроорганизмов и их антигенов способствует профилактике хронизации заболевания, которое нередко протекает под маской других ревматических заболеваний.

Персонализированный подход

к терапии анкилозирующего спондилита:

возможно ли поддержание долгосрочного ответа?

Дубинина Т.В., Румянцева О.А.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Несмотря на существование общих подходов к терапии анкилозирующего спондилита (АС), врачи часто сталкиваются с трудностями при выборе медикаментозной терапии, связанными с индивидуальными особенностями течения заболевания и переносимости лекарственных пре-

паратов. В связи с этим все чаще поднимается вопрос о персонализированном подходе к выбору тактики лечения, основанном на клинических проявлениях болезни, их выраженности, наличии факторов неблагоприятного прогноза, коморбидных состояниях, предпочтениях и ожиданиях больного. Применение ингибиторов фактора некроза опухоли α (иФНО α) значительно расширило возможности лечения АС и способствовало пересмотру тактики ведения данной категории больных. Было выявлено, что иФНО α достоверно уменьшают число и выраженность воспалительных изменений в позвоночнике и крестцово-подвздошных суставах через 24 нед терапии. Длительный опыт применения этих препаратов показывает, что достигнутый в начале терапии эффект может сохраняться в течение многих лет. Предикторами хорошего клинического ответа на иФНО α являются молодой возраст, небольшая длительность болезни, высокий уровень С-реактивного белка, а также наличие воспаления (остеита) в позвонках и других костных структурах по данным магнитно-резонансной томографии.

Алгоритм инструментального обследования пациента с воспалительной болью в спине

Дубинина Т.В.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Воспалительная боль в спине (ВБС) — характерный клинический признак анкилозирующего спондилита (АС). В 80% случаев она является первым симптомом этого заболевания. Для диагностики АС у пациента с ВБС используются различные методы визуализации.

Инструментальное обследование пациентов с ВБС должно начинаться с проведения стандартной рентгенографии (обзорный снимок костей таза). При относительно небольшой длительности ВБС (1–3 года) и отсутствии достоверных признаков сакроилиита на рентгенограмме костей таза целесообразно проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) крестцово-подвздошных суставов (КПС) с обязательным использованием T1 и T2 STIR импульсных последовательностей в полукоронарной плоскости с толщиной среза не более 4 мм. Компьютерную томографию КПС целесообразно проводить в случае наличия сомнительных изменений по данным рентгенографии и отсутствия МРТ-признаков достоверного сакроилиита. До настоящего времени специфические лабораторные тесты для диагностики АС не разработаны. Показатели, отражающие активность системного воспаления (СОЭ и уровень С-реактивного белка), примерно в половине случаев могут быть в пределах нормальных значений и не соответствуют клинической активности заболевания. Без наличия ВБС или других признаков, характерных для АС (энтезиты, артрит, передний увеит и др.), HLA-B27 имеет низкую диагностическую значимость.

Тактика ведения больных периферическим и аксиальным спондилоартритом

с коморбидной патологией кишечника

Каратеев А.Е., Цурган А.В., Гонтаренко Н.В.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Коморбидные заболевания пищеварительной системы — серьезная проблема ревматологической практики. Ее значение определяется непосредственной угрозой

жизни, связанной с поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), гепатобилиарной системы и повышением риска септических состояний, снижением качества жизни и существенными затруднениями при проведении противоревматической терапии. В настоящем сообщении рассмотрены вопросы выбора тактики лечения СпА с учетом сопутствующей патологии ЖКТ. Хорошо известна ассоциация СпА и воспалительных заболеваний кишечника, таких как болезнь Крона и язвенный колит. Большинство больных СпА регулярно используют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые способны вызывать развитие патологии тонкой кишки — так называемую НПВП-энтеропатию. Диагностика этой патологии должна основываться на комплексном обследовании, включающем оценку симптомов и применение неинвазивных лабораторных (таких как определение фекального кальпротектина) и эндоскопических методов. Наиболее рациональной терапевтической концепцией в случае сочетания СпА и заболеваний кишечника является применение лекарственных препаратов, которые доказали свою эффективность как при ревматической, так и при гастроэнтерологической патологии.

Новые Федеральные клинические рекомендации 2015 г. по лечению псориатического артрита

Кортаева Т.В.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Псориатический артрит (ПсА) — хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, относится к группе периферических спондилоартритов (СпА) и наблюдается у 30% больных псориазом. Во всем мире существует понимание того, что ПсА — это серьезная междисциплинарная проблема, в решении которой должны принимать участие врачи дерматовенерологи и ревматологи.

В 2013 г. междисциплинарной группой из 10 специалистов были впервые разработаны в соответствии с утвержденными стандартами Федеральные клинические рекомендации по лечению псориатического артрита по профилю «Дерматовенерология» и «Ревматология», которые были обновлены в 2015 г. Данные рекомендации размещены в открытом доступе на сайте Минздрава России и доступны для практикующих врачей.

Клинические рекомендации построены по стандартному принципу. Кратко представлена общая клиническая характеристика основных проявлений ПсА: артрита, энтезита, спондилита, дактилита, — а также методы оценки активности заболевания и критерии ответа на терапию. Выделены факторы неблагоприятного прогноза ПсА — полиартрит, эрозии суставов, потребность в активном лечении при первом визите к врачу, предшествующий прием глюкокортикоидов, повышение СОЭ/СРБ. Представлены общие принципы диагностики ПсА, а также критерии CASPAR. Показано, что у больных ПсА повышен кардиоваскулярный риск по сравнению с популяцией, а также отмечается высокая распространенность метаболических нарушений, которые оказывают влияние на выбор и результаты терапии. В разделе рекомендаций по терапии сформулирован принцип, что ПсА — гетерогенное и потенциально тяжелое заболевание, которое ну-

ждается в мультидисциплинарном подходе в терапии. Лечение пациентов с ПсА с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата осуществляет ревматолог. Больных ПсА с клинически значимым псориазом кожи и ногтей наблюдают дерматовенеролог и ревматолог. Выбор терапии основывается на тесном взаимодействии врача и пациента.

Цель фармакотерапии ПсА — достижение ремиссии или минимальной активности основных клинических проявлений заболевания, замедление или предупреждение рентгенологической прогрессии. Для лечения ПсА применяют нестероидные противовоспалительные препараты, базисные противовоспалительные препараты, генно-инженерные биологические препараты, а также внутрисуставные глюкокортикоиды. При ПсА эффективность лечения рекомендуется оценивать каждые 3–6 мес и при необходимости изменять схему лечения в зависимости от достижения цели терапии — ремиссии или минимальной активности ПсА.

Выбор биологической терапии при псориатическом артрите, профиль пациента, практические рекомендации, клинические наблюдения

Логинова Е.Ю.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

В докладе представлены критерии назначения генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) больным псориатическим артритом (ПсА) в соответствии с рекомендациями EULAR 2015 г. К этим критериям относятся активный ПсА, наличие факторов неблагоприятного прогноза (полиартрит, функциональные нарушения из-за активности болезни, эрозии суставов, предшествующий системный прием глюкокортикоидов), преимущественно аксиальная форма и тяжелый энтезит, умеренный и тяжелый псориаз, недостаточная эффективность и/или токсичность базисных противовоспалительных препаратов в течение 3 мес. Перечислены факторы, влияющие на выбор ГИБП у больных ПсА, среди которых — вариант течения болезни (преимущественно периферический артрит, спондилит, энтезит), наличие кардиоваскулярного риска, сердечно-сосудистой недостаточности, ожирения, латентной туберкулезной инфекции, возможность проведения комбинированной или монотерапии, простота и периодичность введения препарата, длительность персистенции в организме, быстрота наступления эффекта. Представлены клинические наблюдения больных с разными особенностями течения ПсА, повлиявшими на выбор ГИБП и эффект терапии.

Алгоритм диагностики поражения периферических суставов при спондилоартритах (артрит, энтезит, дактилит)

Логинова Е.Ю.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Основными проявлениями периферического спондилоартрита (СпА) в соответствии с критериями ASAS являются артрит, энтезит и дактилит в сочетании с одним из следующих признаков СпА: увеит, псориаз, болезнь Крона, язвенный колит, предшествующая инфекция, HLA-B27, сакроилиит по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) или рентгенографии, воспалительная

боль в спине (когда-либо) и семейный анамнез СпА. Представлен алгоритм диагностики поражения периферических суставов при спондилоартритах (СпА), включающий сбор анамнеза, клинический осмотр, инструментальные методы обследования суставов (рентгенография, ультразвуковое исследование, МРТ, сцинтиграфия), дифференциальную диагностику, с использованием клинических примеров.

Ранняя диагностика псориатического артрита

Логина Е.Ю.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Ранний псориатический артрит (ПсА) – это артрит длительностью до 2 лет. Клиническими проявлениями раннего ПсА являются периферический артрит (часто олигоартрит) с асимметричным поражением суставов, вовлечение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, острый дактилит стоп и кистей, энтезит пяточных областей, может отмечаться воспалительная боль в шейном или поясничном отделах позвоночника. Раннее выявление симптомов ПсА важно для своевременного назначения адекватной противовоспалительной терапии. Представлен алгоритм ранней диагностики ПсА, включающий скрининг больных псориазом, клинический осмотр, инструментальные методы обследования (рентгенография, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, сцинтиграфия), дифференциальную диагностику с другими ревматическими заболеваниями.

Вопросы длительной терапии аксиального спондилоартрита

Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Анкилозирующий спондилит (АС) является хроническим аутовоспалительным заболеванием с постепенным прогрессированием. Скорость и локализация этого прогрессирования, помимо генетических особенностей пациента, связаны в первую очередь с длительностью и выраженностью воспалительной активности заболевания и физической активности больного. Физическая активность, которая должна постоянно поддерживаться специально разработанным комплексом физических упражнений (лечебная физкультура), с одной стороны, влияет на функциональный потенциал больного, а с другой – замедляет прогрессирование и благотворно влияет на воспалительную активность болезни. Среди лекарственных препаратов основное место занимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и ингибиторы фактора некроза опухоли α (иФНО α). Прием НПВП, которые являются препаратами первой линии при АС, должен быть постоянным, длительным, в полных терапевтических дозах до достижения клинической ремиссии. При сохранении ремиссии в течение 6 мес доза НПВП может быть снижена или пациент может перейти на прием по требованию. При неэффективности НПВП в течение как минимум 4 нед непрерывного приема пациенту следует назначить иФНО α . Хотя клиническая эффективность последних проявляется быстро, однако тормозить прогрессирование болезни они начинают через 4–6 лет постоянного лечения. При достижении

клинической ремиссии, которая должна длиться не менее 3 мес, можно начинать постепенное увеличение интервала введения. На фоне терапии иФНО α отмена НПВП не рекомендуется. Для увеличения срока эффективности иФНО α возможно назначение метотрексата или сульфасалазина, вне зависимости от наличия периферической симптоматики.

Диагностика нерентгенологического аксиального спондилоартрита

Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Современная концепция спондилоартритов (СпА) разделяет их на два клинических варианта – аксиальный СпА (аксСпА) и периферический СпА. В свою очередь аксСпА делят на нерентгенологический аксСпА (нр-аксСпА) и анкилозирующий спондилит (АС), которые удовлетворяют классификационным критериям ASAS (2011). В последнее время накапливается все больше клинических и научных данных, подтверждающих предположение, что нр-аксСпА является начальной стадией АС. Диагностика нр-аксСпА основывается на выявлении сходной с АС клинической картины при отсутствии рентгенологически выявляемого определенного сакроилиита. Однако сакроилиит при данном состоянии можно выявить с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) в режимах T1 и STIR. При этом первый режим (T1) позволяет обнаружить очаги хронического воспаления, а второй (STIR) – острого воспаления, к которым относится отек костного мозга, локализованный околосуставно. Соответственно, при подозрении, что у пациента имеется нр-аксСпА, алгоритм диагностического поиска при наличии похожей на АС клинической картины, включающей в первую очередь наличие воспалительной боли в спине, должен состоять из общего анализа крови и мочи, определения уровня С-реактивного белка, типирование на наличие HLA-B27 и обзорный рентгеновский снимок таза. При отсутствии характерных для АС изменений на рентгенограмме следует провести МРТ-исследование с обязательным включением в протокол обследования режима STIR.

Федеральные рекомендации по лечению анкилозирующего спондилита

Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

В январе 2014 г. при Ассоциации ревматологов России (АРР) была организована экспертная группа по спондилоартритам ЭкСпА (Экспертная группа по изучению спондилоартритов), в которую вошли специалисты, активно работающие в этой области (*Бадюкин В.В., Бочкова А.Г., Бугрова О.В., Гайдукова И.З., Годзенко А.А., Дубиков А.И., Дубинина Т.В., Коротаева Т.В., Лапицина С.А., Никишина И.П., Оттева Э.Н., Раскина Т.А., Ребров А.П., Румянцева О.А., Смирнов А.В.*), представители практической медицины (*Иванова О.Н., Несмеянова О.Б.*), активно изъявившие желание участвовать в работе такого совета, и представитель пациентской организации (*Ситало А.В.*). Тогда было решено, что первоочередной задачей ее работы должны стать упорядочение и разработка определенных терминов (понятий), используемых в данной области.

ти, и разработка отечественных рекомендаций по спондилоартритам (СпА), в том числе анкилозирующему спондилиту (АС). Работа над терминологией была завершена к началу 2015 г., соответствующая статья опубликована в 2015 г. в журнале «Научно-практическая ревматология». Работа над рекомендациями в настоящее время продолжается; разработанная часть, касающаяся терапии АС, подана в Минздрав России. В рекомендациях по АС обращается внимание на такие обязательные терапевтические опции при лечении, как лечебная физкультура и постоянный прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) при высокой активности болезни. Их следует назначать пациентам незамедлительно после установления диагноза. При назначении НПВП обязательно следует учитывать индивидуальную непереносимость и факторы риска возникновения желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых осложнений. Использование сульфасалазина рекомендовано при наличии периферических артритов. При неэффективности двух последовательно назначенных НПВП в течение одного месяца пациентам следует назначать ингибиторы фактора некроза опухоли α . Перед их назначением обязательен скрининг на туберкулез и другие острые или хронические инфекции (в том числе микозы). Системный прием глюкокортикоидов, миорелаксантов и др. для лечения АС не рекомендуется.

Основные принципы использования нестероидных противовоспалительных препаратов при анкилозирующем спондилите

Эрдес Ш.Ф.¹, Гайдукова И.З.², Ребров А.И.³, Оттева Э.Н.³, Бадюкин В.В.⁴, Бочкова А.Г.⁵, Бугрова О.В.⁶, Годзенко А.А.⁴, Дубиков А.А.⁷, Дубинина Т.В.¹, Иванова О.Н.⁸, Коротаева Т.В.¹, Лапина С.А.⁹, Несмеянова О.Б.¹⁰, Никишина И.П.¹, Раскина Т.А.¹¹, Румянцева О.А.¹, Ситало А.В.¹², Смирнов А.В.¹
¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия; ²ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия; ³КГБУЗ «Краевая клиническая больница №1 им. профессора С.И. Сергеева», Хабаровск, Россия; ⁴ГБОУ ВПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва, Россия; ⁵Медицинский центр «Агат», Егорьевск, Россия; ⁶ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, Оренбург, Россия; ⁷ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток, Россия; ⁸ГБУЗ «Воронежская областная клиническая больница №1», Воронеж, Россия; ⁹ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия; ¹⁰ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Россия; ¹¹ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово, Россия; ¹²МРОБОИ «Общество взаимопомощи при болезни Бехтерева», Москва, Россия

Основной целью терапии анкилозирующего спондилита (АС) является достижение ремиссии или минимальной клинической активности. Для этого в настоящее время в первую очередь используют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), а при их неэффективности – ингибиторы фактора некроза опухоли α .

Основные принципы использования НПВП при АС следующие:

1. НПВП являются препаратами первой линии при наличии боли и скованности у пациентов с АС.
2. Пациентам с АС показано длительное применение НПВП. Постоянный прием НПВП рекомендован пациентам с наличием факторов риска прогрессирования заболевания, с высоким риском развития осложнений АС и/или наличием предикторов хорошего ответа на терапию. Уменьшение частоты приема НПВП или отмена препарата возможны после достижения ремиссии по данным клинического, лабораторного исследования и магнитно-резонансной томографии.
3. Отсутствие факторов риска прогрессирования заболевания и/или наличие полного анкилоза позвоночника является показанием к назначению НПВП в режиме «по требованию».
4. Не показано преимущество какого-либо НПВП.
5. Неэффективность или неполная эффективность первого НПВП является показанием к замене его на другой препарат из группы НПВП. Абсолютно противопоказано одновременное использование двух и более НПВП.
6. При недостаточном эффекте НПВП, противопоказаниях к их назначению или плохой переносимости могут использоваться анальгетики.
7. Перед назначением НПВП необходимо оценить риск возникновения или ухудшения течения существующей желудочно-кишечной, сердечно-сосудистой или почечной патологии и учесть риск нарушений в тромبوцитарном звене гемостаза.
8. При длительном назначении НПВП необходимо регулярно мониторировать безопасность лечения.
9. Назначение синтетических или генно-инженерных биологических препаратов не является основанием для отмены НПВП.

Вклад представителей Казанской медицинской школы в изучение спондилоартритов

Абдулганиева Д.И., Бомбина Л.К., Лапина С.А., Мясоутова Л.И., Абдракипов Р.З., Мухина Р.Г., Протопопов М.С.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия
Введение/цель

Описать роль представителей Казанской медицинской школы в изучении анкилозирующего спондилита (АС) и спондилоартропатий.

Материал и методы

Проанализированы работы казанских ученых, посвященные описанию спондилоартритов (СпА), изучению патогенеза и коморбидности при СпА, а также эффективности различных методов терапии СпА.

Результаты/обсуждение

Первое описание АС было представлено В.М. Бехтеревым в статье «Одервенелость позвоночника с искривлением его как особая форма заболевания», изданной в журнале «Врач» в 1892 году. На момент издания статьи В.М. Бехтерев являлся профессором кафедры психиатрии Казанского Императорского университета, куда был назначен летом 1885 г., а также консультировал больных в Казанском военном госпитале, большой земской больнице и вел частный прием больных. В упомянутой работе он подробно охарактеризовал 5 случаев значительного огра-

ничения подвижности позвоночника, сопровождавшихся неврологической симптоматикой. Проводилась дифференциация описанного состояния с «привычными ревматическими и паралитическими искривлениями позвоночника». Он отмечал, что болезнь развивается, «хотя и медленно, но, по-видимому, прогрессивно». В настоящее время первенство В.М. Бехтерева в описании клинической картины поздней стадии АС не оспаривается. В 1979 г. в Казани прошел пленум Всесоюзного научно-медицинского общества ревматологов «Болезнь Бехтерева и близкие к ней заболевания», организованный, совместно с Научно-исследовательским институтом ревматологии, профессорами В.А. Насоновой и Р.Ш. Абдрахмановой. Основатель Республиканского общества ревматологов Республики Татарстан Р.Ш. Абдрахманова занималась изучением патологии органов дыхания у пациентов с АС. Изучение различных аспектов болезни Бехтерева было продолжено профессором Ильдаром Газимджановичем Салиховым. Исследовались варианты дебюта АС, коморбидность при АС, апробировались различные, в том числе генно-инженерные, препараты. В 2005 г. была издана монография «Болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилит)», авторы — И.Г. Салихов, Р.А. Хабиров, Р.З. Абдракипов. На настоящий момент изучение различных аспектов АС продолжается группой учеников И.Г. Салихова. Изучаются особенности дебюта и вариантов течения АС (по данным регистра городского ревматологического центра), методы ранней диагностики АС (включая визуализацию), эффективность образовательных программ для пациентов с АС, взаимосвязь АС и воспалительных заболеваний кишечника, ранние особенности поражения сердечно-сосудистой системы, возможности ранней терапии АС. В 2015 г. группой казанских ученых было опубликовано описание останков, найденных в Болгарском городище (Республика Татарстан). Описанный скелет — наиболее древние останки с признаками АС, найденные на территории Российской Федерации.

Выводы/заключение

Представители Казанской медицинской школы сыграли значительную роль в развитии представлений о СпА.

Патология тазобедренных суставов при анкилозирующем спондилите по данным магнитно-резонансной томографии

Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Румянцева О.А., Дёмина А.Б., Подряднова М.В., Красненко С.О., Старкова А.С., Урмова М.М.
ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

Патология тазобедренного сустава (ТБС) при анкилозирующем спондилите (АС) в России выявляется в 46% случаев, но является причиной эндопротезирования «только» в 7% случаев. Цель — сравнить клинические проявления коксита с результатами МРТ ТБС у больных АС.

Материал и методы

Обследовано 63 больных (средний возраст $31,7 \pm 12,7$ года) с диагнозом АС (по модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.) и клиническими признаками поражения ТБС [боль в покое или при пассивных движениях ≥ 3 по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ) и/или ограничение движения], последовательно

поступивших на лечение в клинику. Средний возраст начала заболевания — $30,8 \pm 9,6$ года, HLA-B27 выявлен у 84% больных. Медиана [25-й; 75-й перцентили] продолжительности АС — 170,5 [35; 444] мес. BASDAI — $4,5 \pm 2,1$. Помимо клинического обследования всем больным проводилось магнитно-резонансная томография (МРТ) на аппарате Signa Exite (General Electrics, Германия) с напряженностью магнитного поля 0,35 Тесла, матрицей 288*192, в режимах T1 и T2 STIR.

Результаты/обсуждение

Медиана длительности коксита к моменту исследования составила 60 [20; 232] мес, а интенсивность боли по ЧРШ в ТБС — 4 [2; 6]. Наиболее частым воспалительным изменением (ВИ) по данным МРТ у больных с кокситом была жидкость в полости суставов — у 34 (54%) больных. Костномозговой отек (КМО) имели 23 (36,5%) пациента: КМО вертлужной впадины — 11 (18,7%), КМО головки — 13 (19,4%; $p=0,7$). Выявлена слабая отрицательная корреляционная связь между выраженностью боли по ЧРШ и МРТ ВИ ТБС (тест Спирмена $r=-0,28$; $t=-2,42$; $p=0,01$). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия КМО (1-я группа) или синовита (2-я группа). По результатам анализа было выявлено, что в 1-й группе ($n=23$) длительность АС составила, Me (min–max), 221 (157–444) мес и во 2-й группе ($n=34$) — 93,95 (14–155) мес. Сравнительный анализ выявил следующие особенности лабораторных данных 1-й и 2-й групп: BASDAI — 4,85 (1,9–7,6) и 4,3 (0,9–8; $p=0,2$), BASFI — 4,8 (0,1–6,9) и 5,3 (1,2–9,74; $p=0,03$), ASDAS-СРБ — 3,7 (2,4–4,7) и 3,9 (2,8–4,6; $p=0,6$), СОЭ — 20,5 (5–65) и 14,5 (2–64) мм/ч ($p=0,02$), СРБ — 17,4 (0,8–45,6) и 22,52 (0,2–218) мг/мл ($p=0,03$).

Выводы/заключение

МРТ ТБС позволяет уточнить причину боли при сходных клинических проявлениях, локализованных в данной области, а также определить наличие у пациента синовита ТБС на ранних стадиях заболевания. Пациенты с КМО имеют большую длительность заболевания, тяжелые функциональные нарушения по индексу BASFI и высокую активность по СОЭ и СРБ. Необходимы дальнейшие исследования с целью уточнения взаимосвязи клинических проявлений (уровень боли) коксита с данными МРТ.

Работоспособность пациентов со спондилоартритами — взаимосвязь с активностью заболевания и функциональным статусом пациентов

Акулова А.И., Мысин М.А., Гайдукова И.З., Ребров А.П.
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Введение/цель

Цель — изучить трудоспособность пациентов со спондилоартритами (СпА), ее особенности и взаимосвязь с клиническими характеристиками заболевания.

Материал и методы

Обследовано 98 больных старше 18 лет со СпА, соответствовавших критериям ASAS для аксиального (2009) или периферического (2011) СпА, госпитализированных в ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) в 2014–2015 гг. Активность оценивали с применением индексов BASDAI, ASDAS-СРБ, функциональный статус — с помощью индекса BASFI. Для комплексной

оценки влияния болезни на здоровье пациента использовали индекс здоровья ASAS. Производительность труда оценивали по вопроснику WPAI по четырем показателям: абсентеизм, презентеизм, общее снижение производительности (ОСП), снижение повседневной активности (ПА). Для статистической обработки применяли ППП SPSS17.

Результаты/обсуждение

Возраст пациентов составил 38,5 [28; 48] года (Ме [25-й; 75-й перцентили]), возраст начала заболевания – 24,5 [18; 33] года, средняя длительность болезни на момент обследования – $145,8 \pm 112,0$ мес; 68 (69,4%) обследованных составляли мужчины, BASDAI – $5,1 \pm 2,2$, ASDAS – $3,3 \pm 1,0$, BASFI – 5 [2,6; 7,2], HLA-B27 выявлен у 45 (46%) больных. Работали 54 (55,1%) пациента, оставили работу 44 (44,9%) пациента по причине основного заболевания, 6 (6,1%) пациентов перешли на сокращенный рабочий день. У работающих и неработающих больных достоверно различались показатели функции (BASFI – 3,2 [1,1; 5,9] и 6,1 [4,6; 8,0] соответственно; $p=0,000$), длительность заболевания (71,6 [19; 167] и 190 [128; 273] мес соответственно; $p=0,000$), возраст пациентов (35 [25; 42] и 43,5 [36,5; 50] года; $p=0,001$). Инвалидность имел 21 (21,4%) пациент: III группы – 11 (11,2%) больных, II группы – 7 (7%), I группы – 2 (2%). Длительность заболевания составила у больных с III группой инвалидности 244 [178; 288] мес, со II группой – 244 [144; 338] мес, с I группой – 194 [180; 238] мес, у работающих – 85 [36; 174] мес ($p=0,002$ для различия показателей работающих и имеющих группу инвалидности). Показатели WPAI: у работающих абсентеизм составил 77,5 [5,5; 100]%, у 12 (22%) больных абсентеизм равен 0%, у 22 (40%) – 100%. Презентеизм составил 40 [20; 80]%. ОСП труда составило 100 [55; 100]%. ПА снижена на 60 [30; 80]%. Выявлены взаимосвязи между индексом BASDAI и абсентеизмом ($R=0,32$, $p=0,024$), ОСП ($R=0,44$, $p=0,001$) и снижением ПА ($R=0,69$, $p<0,05$).

Выводы/заключение

СПА приводят к значительным трудовым потерям: стойкой и временной утрате трудоспособности у 44,9% пациентов, снижению производительности труда, снижению повседневной активности. Неработающие пациенты имеют большие возраст, продолжительность болезни и более выраженные функциональные нарушения, чем работающие больные. Показатели трудоспособности взаимосвязаны с активностью болезни и функциональным статусом пациентов со СПА. Наиболее тесные взаимосвязи выявлены между работоспособностью и активностью заболевания по индексу BASDAI.

Результаты фенотипирования позвонков у больных со спондилоартритами

Акулова А.И., Гайдукова И.З., Мысин М.А., Дорогойкина К.Д., Ребров А.П.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Введение/цель

Цель – выявить наличие, частоту и виды деформаций позвонков у пациентов со спондилоартритами (СПА).

Материал и методы

Обследовано 47 пациентов старше 18 лет со СПА, соответствовавших критериям ASAS для аксиального

(2009) или периферического (2011) СПА, госпитализированных в ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) в 2012–2013 гг. Пациентам выполняли рентгенографию шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника в двух проекциях. Снимки оценивались тремя независимыми экспертами вслепую, данные сопоставлялись. Были проанализированы выписки из карт стационарного больного. Для статистической обработки применяли ППП SPSS17.

Результаты/обсуждение

Средний возраст пациентов в исследуемой группе – $39,53 \pm 13,55$ года. Средняя длительность заболевания – $158,82 \pm 102,22$ мес. Состав по полу: 17 (36,2%) женщин, 30 (63,9%) мужчин. У 13 (27,7%) пациентов по данным карт стационарного больного зафиксирован системный остеопороз в качестве осложнения основного заболевания, у 1 (2,1%) пациентки – остеопения (подтверждено дваабсорбционной денситометрией). В грудном отделе ($n=18$) выявлено 16 (12,9%) деформированных позвонков из 124 проанализированных, 92 (42,6%) позвонка невозможно было анализировать. 12 (75% всех деформаций) позвонков имели деформацию по типу «рыбьего позвонка», 4 (25%) – клиновидную деформацию. Чаще всего деформации подвергались позвонки: Th_{VI} (6 случаев – 37,5% всех деформаций), Th_{II} – 3 случая, Th_{VII}, Th_X – по 2 случая, Th_{XII}, Th_{IV}, Th_{III} – по 1 случаю. Среднее количество деформированных позвонков на пациента составило $0,94 \pm 1,11$. В шейном отделе ($n=22$) выявлено 30 (33%) деформированных позвонков из 91 анализируемого, 63 (40,1%) позвонка не анализировались. Деформации по типу «рыбьего» – 28 (93,3%) позвонков, клиновидная деформация – 2 (6,7%) позвонка. Чаще всего деформации подвергались позвонки C_{IV} (9 случаев – 30%), C_V, C_{III} (по 8 случаев – по 26,6%) и C_{VI} (5 позвонков – 16,7%). Среднее количество деформированных позвонков на пациента составило $1,36 \pm 1,22$. В поясничном отделе ($n=28$) выявлено 12 (8,9%) деформированных позвонков из 134 анализируемых, 6 (4,3%) позвонков не анализировались. Чаще всего деформации подвергались L_V (9 случаев – 32,1%), L_{IV} (2 случая), L_{III} (1 случай). Все деформации по типу «рыбьих позвонков». Среднее количество деформированных позвонков на человека – $0,39 \pm 0,63$. Среднее количество деформированных позвонков на человека наибольшее в шейном отделе позвоночника, разница достоверна по сравнению с поясничным отделом позвоночника ($p=0,000$, t-критерий Стьюдента 3,641). Суммарно проанализировано 354 позвонка, из них деформировано 59 (16,7%). У пациентов с установленным диагнозом «остеопороз» ($n=13$) было оценено суммарно 102 позвонка, из них деформировано 13 (12,7%). У больных без диагноза «остеопороз» ($n=34$) проанализировано 252 позвонка, из них 46 (18,2%) деформировано.

Выводы/заключение

Деформации позвонков у проанализированных нами пациентов со спондилоартритами выявлены во всех отделах позвоночника. Чаще всего деформации позвонков встречались в шейном отделе, наиболее частая деформация – по типу «рыбьего позвонка». Наличие подтвержденного при дваабсорбционной денситометрии остеопороза не ассоциировалось с большей встречаемостью деформаций тел позвонков.

Cardiovascular risk factors in patients with spondyloarthritis

Aliakhunova M., Khan T., Khakimova R., Islamova D.

JSC «Republican Specialized Scientific-Practical Medical Centre of Therapy and Medical Rehabilitation», Tashkent, Uzbekistan

Введение/цель

To evaluate the incidence of risk factors for cardiovascular disease in patients with psoriatic arthritis (PsA), and ankylosing spondylitis (AS): hypercholesterolemia, abdominal obesity, hyperuricemia, fibrinogen, C-reactive protein (CRP) and smoking.

Материал и методы

We examined 56 patients who were hospitalized in the rheumatology department of the center, including 29 patients with psoriatic arthritis and 27 patients with ankylosing spondylitis. The control group (CG) consisted of 29 healthy subjects, the average age of $42,9 \pm 9,3$ years old, living in Tashkent. The diagnosis of AS was fulfilled by modified New York criteria for AS. For the diagnosis of PsA was used the classification proposed by Badokin V.V. (2004). All patients underwent clinical examination and at all of them were evaluated the traditional risk factors for cardiovascular disease: smoking status, the presence of overweight and abdominal obesity, hypercholesterolemia, and additional levels of fibrinogen, CRP, immunological and immunogenetic indicators of activity of joint.

Результаты/обсуждение

According to the survey results revealed increasing BMI $> 25 \text{ kg/m}^2$ occurred significantly more frequently than in the control group, with PsA ($p = 0,001$) and AC ($p = 0,002$). Among patients with PsA proportion of patients with a high body mass was significantly greater than in the group of patients with AS ($p = 0,034$). Abdominal obesity in a group of patients with PsA was detected significantly more frequently than AC ($p = 0,047$). Hypercholesterolemia $> 5.0 \text{ mmol/L}$ significantly more frequently than in the control group, was recorded in patients with PsA and AS. No significant differences between groups of patients with hypercholesterolemia, PsA and AS have been identified. The average values of total cholesterol levels were significantly higher than in the control group, PsA patients ($p = 0,002$) and AC ($p = 0,039$). Increasing CRP $> 10 \text{ mg/l}$ registered in all groups of patients with PsA and AS. In the control group CRP levels $> 10 \text{ mg/l}$ is not registered in any case. The average level of CRP was significantly higher than in the control group, patients with PsA ($p = 0,037$), patients with AS do not differ from the CG. Factor smoking in the control group of healthy individuals is marked with the same frequency as in the group of patients with PsA. In the group of patients AS smoking occurred significantly more frequently than in the CG ($p = 0,034$), which can be explained by the predominance of male patients among patients with AS. Perhaps for this reason, among patients smoking occurred more often in patients with AS, PsA than $p = 0,001$, most of whom were women. Duration smoking group PsA patients did not differ from the control group, but in patients with AS was significantly higher than in the group of CG ($p = 0,001$).

Выводы/заключение

In patients with immunological diseases of the joints significantly more often detected high cholesterol, weight gain, than in healthy individuals. Among the traditional factors of cardiovascular risk of smoking fact often noted in AS than in the PsA. According to the frequency of occurrence of hypercholesterolemia, abdominal obesity differences between groups PsA and AS have been identified.

Оценка функции внешнего дыхания у больных анкилозирующим спондилитом

Алиахунова М.Ю., Хан Т.А., Исламова Д.Н., Хакимова Р.А.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Целью явилась оценка показателей функции внешнего дыхания у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материал и методы

В исследование было включено 100 больных с диагнозом АС, соответствующих модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г. Средний возраст пациентов составил $32,1 \pm 8,5$ года, средний возраст начала заболевания — $30,0 \pm 9,7$ года. Для оценки активности заболевания использовались индексы BASDAI и ASDAS-СРБ. Оценка функциональных нарушений у больных проводилась с помощью суммарного индекса BASFI и опросника HAQ. У всех имелись поражения илеосакральных сочленений разной стадии. Внешнее дыхание изучалось в покое на спирографе SPIROST FI SP-5000 Fukuda DENSHI с автоматической обработкой параметров. Определялись жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1), индекс Тиффно (соотношение ОФВ1/ЖЕЛ) пиковая объемная скорость выдоха (ПОС), максимальная вентиляция легких (МВЛ).

Результаты/обсуждение

Преобладали лица, имеющие среднюю активность болезни, среднее значение индекса BASDAI > 2 , СРБ — $19,45 \text{ мг/л}$, СОЭ — $23-28 \text{ мм/ч}$. Для выявления особенностей нарушения и изучения исследуемых параметров болезни были разделены на две группы в зависимости от формы заболевания: первую группу составили больные с центральной формой, во вторую группу включены пациенты с ризомелической и периферической формами. ПОС и МВЛ у больных обеих групп сохранялись в пределах нормальных значений, при достоверно более низких параметрах у больных с центральной формой ($p < 0,05$). Такой симптом, как уменьшение высоты и склероз тел позвонков, выявил положительные корреляции с уровнем ФЖЕЛ и ОФВ1 ($r = 0,4$ и $r = 0,38$ соответственно). Таким образом, исследование выявило высокую частоту изменения ФВД у больных АС.

Выводы/заключение

Полученные результаты позволяют расширить возможности ранней диагностики поражений легких при АС, определить характер течения легочного процесса в связи со степенью вентиляционных нарушений, что имеет значение для своевременного назначения адекватной терапии.

Clinical features of ankylosing spondylitis in the progression of the disease

Aliakhunova M., Khan T., Khakimova R., Islamova D.

JSC «Republican Specialized Scientific-Practical Medical Centre of Therapy and Medical Rehabilitation», Tashkent, Uzbekistan

Введение/цель

Ankylosing spondylitis (AS) is an inflammatory disorder of unknown cause primarily affects the axial skeleton. The purpose of our study was to investigate clinical features of

ankylosing spondylitis (AS) in patients in the progression of the disease.

Материал и методы

40 patients with AS (36 males, 4 females) at the ages from 18 to 50 years (mean 35 ± 0.8 years) were enrolled in the study. Diagnosis of AS was fulfilled by modified New York classification criteria. Duration since diagnosis was 13 ± 0.5 years. BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), Ritchie and Lansbury indexes were used in the assessing of disease activity, Tomayer's, Ott's and Forestier's tests were used to detect thoracic-spine mobility. X-ray examination of axial spine, sacroiliac and peripheral joints were conducted to all patients. 35% of patients had low disease activity (BASDAI 4). 80% of patients had axial spondyloarthritis, 20% had peripheral arthritis. Extraarticular manifestation were diagnosed in 60% of patients. The sacroiliitis was found in 95% (in 80% of all cases bilateral symmetric sacroiliitis took place). Enthesopathies were diagnosed in 40%.

Результаты/обсуждение

38 AS patients complained to back pain. At lesion of thoracic spine intercostals neuralgia which amplified at coughing and a deep inspiration was taped. At an early stage of the disease restriction of the chest rise was observed only in the morning, but already then it was possible to notice a kyphosis and kyphoscoliosis, and also an atrophy of muscles erector spinae. Appreciable changes in thoracic spine appeared later when in all cases the sacroiliitis already took place. 8 of 40 patients had a severe thoracic kyphosis and a cervical hyperlordosis. Flattening of the lumbar spine was found in 4 patients. On roentgenograms the flattening of a normal curvature forward contour of vertebrae, an ossification of intervertebral cartilage and formation of sindesmofits and spondylodiscitis were found.

Выводы/заключение

In summary, lesions of spine belongs practically to constant signs of ankylosing spondylitis, proceeds in the form of inflammatory or is more rare than a mechanical pain syndrome, is often observed early in the disease in the form of persistent pain caused by a spondylitis and spondyloarthritis.

Нарушения периферической микроциркуляции у больных анкилозирующим спондилитом с внесуставными проявлениями в виде острого переднего увеита

Анчугина Д.А., Бубликов Д.С.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия

Введение/цель

Поражение глаз отмечается у четверти больных анкилозирующим спондилитом (АС). При этом до четверти больных, имеющих острый передний увеит, имеют необратимую утрату зрения в отсутствие адекватного лечения данного проявления АС. Учитывая высокую распространенность в популяции АС, занимающего по частоте встречаемости второе место после ревматоидного артрита, проблема диагностики и профилактики офтальмологических нарушений у пациентов с АС является актуальной задачей. Цель — изучить параметры периферической микроциркуляции (ПМ) у больных АС с внесуставными проявлениями в виде острого переднего увеита.

Материал и методы

В исследование включены лица с достоверным диагнозом АС согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г. ($n=34$). Средний возраст составил $44,05 \pm 2,40$ года. В исследование включены мужчины по причине большей распространенности у них данного заболевания. Поток крови в микрогемодиализаторном русле оценивали с помощью аппарата лазерной доплеровской флоуметрии ЛАКК-2 (Россия). Микроциркуляция исследовалась в пальмарной зоне IV пальца левой кисти. Пациенты были рандомизированы на две группы в зависимости от наличия острого переднего увеита — в первую группу включены лица с острым передним увеитом ($n=13$), во вторую — больные, не имеющие острого переднего увеита ($n=21$). Пациенты не различались статистически значимо по возрасту ($p=0,654$).

Результаты/обсуждение

ПМ в первой группе пациентов составила $11,86 \pm 2,18$ перфузионных единиц (пф. ед.), во второй группе — $13,08 \pm 2,01$ пф. ед. Различия считали статистически значимыми при $p=0,021$. Флакс в группе АС без острого переднего увеита составил $1,01 \pm 0,05$ пф. ед., что было статистически значимо ниже по отношению к группе больных, не имеющих данного офтальмологического проявления АС, в которой флакс составил $1,54 \pm 0,61$ пф. ед.

Выводы/заключение

Таким образом, пациенты с АС и острым передним увеитом имеют статистически значимые нарушения ПМ по сравнению с больными АС без данного офтальмологического проявления.

Клинико-функциональная эффективность артропластики тазобедренных суставов у пациентов со спондилоартритами

Ахтямов И.Ф.^{1,2}, Лапина С.А.^{1,2}, Гимадеева А.М.¹, Мингалеева Г.Ф.³, Гильмутдинов И.Ш.², Мясоутова Л.И.^{1,3}, Ардашев С.А.¹

¹ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

²ГАОУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия; ³ГАОУЗ «Городская клиническая больница №7» Минздрава Республики

Татарстан, Казань, Россия

Введение/цель

Поражение тазобедренного сустава (коксит) при спондилоартритах (СПА) является неблагоприятным прогностическим признаком и показателем активности основного заболевания. Прогрессирующий коксит в ряде случаев приводит к необходимости эндопротезирования (ЭП) сустава. При этом воспалительный субстрат внутри сустава является источником персистирующей активности в целом, что может создавать сложности после операции, затруднять реабилитацию, увеличивать риск инфекционных осложнений. Актуальным является совместное ведение таких пациентов ревматологом и ортопедом в периоперационном периоде. Цель — оценить результаты ЭП тазобедренных суставов у пациентов со СПА при совместном динамическом наблюдении ревматологом и ортопедом в течение первого года после операции.

Материал и методы

В рамках программы ревмоортопедической помощи пациентам с системными заболеваниями на базе

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан выполнено ЭП тазобедренных суставов 12 пациентам (средний возраст – $44,2 \pm 15,3$ года) со СпА, из них 8 – с анкилозирующим спондилитом (АС) и 4 – с псориатическим артритом (ПсА). На момент операции продолжительность заболевания составляла $13,3 \pm 7,9$ года, позитивными по HLA-B27 были 9 (75%) человек. СпА высокой активности по ASDAS был у 58,3% пациентов, у остальных – умеренной. Сакроилиит 1–2-й стадии выявлен у 3 (25%), 3-й – у 7 (58,3%), 4-й – у 2 (16,7%) пациентов. Принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в постоянном режиме на момент операции 11 (91,6%) пациентов, сульфасалазин – 5 (41,6%), метотрексат – 2 (16,7%). Этанерцепт до ЭП получал 1 (8,3%) пациент. Динамическое наблюдение ревматологом и ортопедом проводилось до операции, после нее, через 6 и 12 мес с оценкой интенсивности боли в суставах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), активности заболевания – BASDAI, ASDAS, функциональных нарушений – BASFI. Ревматологом рекомендовался комплекс упражнений, корригировалась дозы препаратов по необходимости.

Результаты/обсуждение

Уменьшение интенсивности боли по ВАШ наблюдалось уже в первый месяц после ЭП ($47,3 \pm 18,6$ мм), изначально она составляла $74,0 \pm 24,1$ мм, через 6 мес снизилась практически в 2 раза до $42,5 \pm 9,5$ мм ($p < 0,05$), через 12 мес – до $22,5 \pm 9,9$ мм ($p < 0,05$). После ЭП достоверно ($p < 0,05$) снизилась активность заболевания по ASDAS с первоначального $2,94 \pm 2,01$ до $1,68 \pm 1,35$ через 6 мес и $1,26 \pm 0,88$ балла к 12 мес после операции; по индексу BASDAI: с $6,24 \pm 3,91$ до $2,75 \pm 2,20$ через 6 мес и $2,65 \pm 1,53$ балла через 1 год наблюдения. После артропластики существенно ($p < 0,05$) улучшилась функциональная способность: индекс BASFI до операции – $5,48 \pm 3,29$, через 6 мес – $2,78 \pm 2,31$, через 1 год – $2,32 \pm 1,60$ балла. Осложнений после операции зарегистрировано не было.

Выводы/заключение

ЭП тазобедренных суставов у пациентов со СпА является эффективным не только в плане улучшения функциональной способности и купирования боли, но и для снижения активности заболевания в целом. Динамическое наблюдение ревматологом в периоперационный период способствует позитивной динамике в отношении активности СпА и качества жизни пациентов в течение первого года после операции.

Мультиморбидная патология у больных с псориатической болезнью: ретроспективное исследование госпитальной когорты больных псориазом

Баткаева Н.В.¹, Кортаева Т.В.², Баткаев Э.А.¹

¹ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия; ²ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

В последние десятилетия многие исследователи рассматривают псориаз как системное заболевание, при котором не только поражается кожа, но и развиваются патологические изменения в разных органах и системах. Цель исследования – изучение распространенности сопутствующей

патологии у стационарных больных с тяжелыми формами псориаза.

Материал и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ медицинской документации 585 больных псориазом, находившихся на стационарном лечении в «Филиале Короленко» МНПЦДК в период 2010–2011 гг. На основании имеющейся медицинской документации была проанализирована структура сопутствующей патологии у данных больных. Средний возраст пациентов составил $49,2 \pm 0,6$ года. Мужчин было 348 (59,5%), женщин – 237 (40,5%). Средний возраст мужчин – $48,1 \pm 0,7$ года, женщин – $51,3 \pm 0,4$ года. Средняя продолжительность течения псориаза составила $11,6 \pm 0,6$ года. У всех пациентов ($n=585$) регистрировались тяжелые формы псориаза: у 220 (37,6%) пациентов был диагностирован псориатический артрит (ПсА; 1-я группа), у 365 (62,4%) кожный процесс носил распространенный характер (индекс PASI составлял 45–60 баллов; 2-я группа). Среднее значение индекса PASI составило $49,4 \pm 0,5$. Средний возраст больных 1-й группы – $53,3 \pm 0,9$ года, 2-й группы – $46,9 \pm 0,9$ года ($p < 0,001$). При сопоставлении исследуемых групп по полу в 1-й группе доля мужчин составляла 68,8%, женщин – 31,2%, во 2-й группе мужчин было 41,8%, женщин – 58,2%.

Результаты/обсуждение

Общее число пациентов с сопутствующими заболеваниями составило 434 человека (74,2%). Чаще всего регистрировались заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) – в 60,5% случаев от всей группы обследуемых. Так, в 1-й группе болезни системы кровообращения (код по МКБ-10 – I00–I99) регистрировались в 70,5% случаев, во 2-й группе – в 53,5% ($p < 0,05$). На втором месте по частоте были заболевания органов пищеварения (K00–K93) – в 52,5% случаев от всей группы обследуемых ($n=307$). Так, в 1-й группе болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) регистрировались в 57,3% случаев, во 2-й группе – в 45,2% ($p < 0,05$). Заболевания костно-мышечной системы (КМС) и соединительной ткани (M00–M99), не связанные с псориазом (ревматоидный артрит, остеоартроз), в 1-й группе регистрировались в 47,3% случаев, во 2-й группе – в 17,5% ($p < 0,05$). Сахарный диабет (СД) (E10–E14) в 1-й группе регистрировался в 15,4% случаев, во 2-й группе – в 13,4% ($p > 0,05$). Ожирение и метаболический синдром (E66) в первой группе регистрировались в 13,2% случаев, во второй группе – в 10,4% ($p < 0,05$). В связи с тем что средний возраст больных 1-й группы был значимо выше возраста больных 2-й группы, для устранения влияния фактора возраста на результаты был применен прямой метод стандартизации. Было установлено отсутствие статистически значимых различий частоты встречаемости заболеваний ССС, СД и ожирения при сравнении пациентов 1-й и 2-й групп ($p > 0,05$).

Выводы/заключение

Основные коморбидные заболевания, встречающиеся у стационарных больных тяжелыми формами псориаза, – заболевания ССС, ЖКТ, КМС, СД, ожирение, причем заболевания КМС и ЖКТ достоверно чаще встречаются у больных ПсА, который регистрировался у 37,6% пациентов. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дополнительного тщательного обследования больных псориазом врачами других специальностей.

Успешный опыт взаимодействия федерального и региональных центров в рамках проекта «Телемедицина»

*Башкова И.Б., Прокотьева Т.В., Архитова А.В., Ряполов Б.Ф.
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет
им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия*

Введение/цель

В регионах часто возникает необходимость получения пациентами с ревматическими заболеваниями, такими как ревматоидный артрит (РА), анкилозирующий спондилит (АС) и др., консультаций в федеральных центрах по назначению генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) или изменению режима проводимой терапии. Нередко это сопряжено с рядом сложностей: часть пациентов из-за тяжести состояния не могут добраться до Москвы, квоты на оказание высокотехнологичной медицинской помощи ограничены, выездные мастер-классы с участием специалистов-ревматологов федерального уровня происходят редко. В июне 2012 г. стартовал проект «Телемедицина». Он позволяет проводить клинические разборы ведущими специалистами Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А. Насоновой (Москва) с использованием современных технологий удаленного доступа.

Материал и методы

В рамках договоров между НИИР им. В.А. Насоновой и Республиканской клинической больницей (Чебоксары) за 3 года были проведены телемедицинские консультации 38 пациентов и/или их медицинских документов. Из них было 16 пациентов с РА, 22 – с АС. Проведение консультаций включало несколько этапов: подготовка врачом подробной выписки из медицинских документов, подача заявки на проведение консультации, согласование в трехдневный срок даты и времени консультации, проведение вебинара, получение официального заключения от консультанта в течение 5 дней. За это время консультации проводились проф. Ш.Ф. Эрдесом, проф. Д.Е. Каратеевым, проф. Г.В. Лукиной, к.м.н. Е.Л. Лучихиной, к.м.н. Н.М. Кошелевой.

Результаты/обсуждение

В рамках проекта проведено 9 вебинаров. Консультации проводились с целью выбора тактики ведения больных в связи с неэффективностью/непереносимостью терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП; n=30), развитием вторичной резистентности к ГИБП (n=8). Профиль пациентов с РА: преимущественно женщины (94%) в возрасте от 25 до 62 лет (средний возраст $46,6 \pm 9,6$ года), с поздней клинической стадией (у 75% пациентов), со средней длительностью РА $15,0 \pm 9,1$ года, с высокой активностью (DAS28 – $6,3 \pm 1,9$), выраженными деструктивными изменениями (у 81% пациентов – III–IV стадия), в 69% случаев серопозитивных по ревматоидному фактору и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду, с отсутствием ответа на терапию тремя-четырьмя БПВП (в 81% случаев), в 88% случаев получающих глюкокортикоиды (ГК), с осложнениями РА (вторичный амилоидоз – у 5 человек, асептический некроз бедренной кости – у 5). Профиль пациентов с АС: преимущественно мужчины (86%) в возрасте от 21 года до 54 лет (средний возраст $40,4 \pm 11,4$ года), в 64% случаев – с поздней стадией, средней длительностью АС $15,5 \pm 8,9$ года, с высокой активностью (BASDAI – $6,6 \pm 1,6$), с внепозвоночными проявлениями в 100% случаев, в том числе с кокситом (45%), с внескелетными про-

явлениями (23%), в 36% случаев с развитием вторичной нефропатии, с отсутствием ответа на БПВП и получающих системные ГК в 82% случаев. 20 пациентам ГИБП были назначены впервые (инфликсимаб – 13 человек, этанерцепт – 3, адалимумаб – 1, ритуксимаб – 2, тоцилизумаб – 1); 8 пациентам рекомендована замена на другой ГИБП (этанерцепт – 6, адалимумаб – 1, тоцилизумаб – 1). В 7 случаях инициация терапии ГИБП рекомендована после дообследования: количественного определения ДНК HBV (n=4), исключения внепеченочного туберкулеза (n=3). Двум пациентам рекомендовано продолжить подбор БПВП вследствие умеренной активности заболевания. Одной пациентке с РА этанерцепт был отменен в связи с беременностью.

Выводы/заключение

До октября 2012 г. в Чувашии ГИБП получали 15 человек. В настоящее время ГИБП получают уже 53 человека, из них у 28 пациентов подобная терапия стала возможной благодаря проведенным вебинарам.

Влияние курения на показатели функции внешнего дыхания у больных анкилозирующим спондилитом

*Белоглазов В.А., Кошукова Г.Н., Паневская Г.Н., Доля Е.М.
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского, Медицинская академия
им. С.И. Георгиевского», Симферополь, Россия*

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое системное заболевание суставов с преимущественной локализацией процесса в крестцово-подвздошных сочленениях, суставах позвоночника и паравертебральных мягких тканях. Из вовлечения других органов и систем при АС чаще всего наблюдаются поражения глаз, нарушение сердечной проводимости, реж – поражения почек, нервной системы и легких. Вместе с тем данные литературы о патологии легких недостаточны. Наиболее характерным изменением со стороны органов дыхания у больных АС считается развитие апикального фиброза легких. Цель – изучить функцию внешнего дыхания (ФВД) у больных АС и влияние курения на показатели ФВД.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 43 больных АС с длительностью заболевания от 7 до 15 лет. Все наблюдаемые были пациентами мужского пола, средний возраст $36,4 \pm 6,1$ года. У всех пациентов диагностирована центральная форма АС с 1-й степенью активности заболевания. Пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту и длительности течения АС. Пациенты 1-й группы (n=22) отрицали регулярное табакокурение, пациенты 2-й группы (n=21) имели стаж табакокурения более 10 пачко-лет. Всем пациентам наряду со стандартным клинико-лабораторным и рентгенологическим исследованием проводилась спирометрия.

Результаты/обсуждение

Пациенты обеих групп предъявляли жалобы на затруднение дыхания при умеренной физической нагрузке как на вдохе, так и на выдохе, что расценивалось как одышка смешанного характера. Наличие продуктивного кашля более 3 мес отмечали 18,6% пациентов, причем 3 пациента входили в 1-ю группу и 5 – во 2-ю. Показатели дыхательной экскурсии грудной клетки были снижены у пациентов обеих групп и имели статистически достоверную

разницу значений: $3,5 \pm 0,19$ см (I – 3,0; III – 3,5) у пациентов 1-й группы и $3,0 \pm 0,23$ см (I – 2,5; III – 3,5) у пациентов 2-й группы ($p < 0,001$). Показатели жизненной емкости легких были снижены у больных обеих групп и соответствовали 1-й степени вентиляционной недостаточности, однако не имели статистически значимых различий: $74,77 \pm 1,45\%$ в 1-й группе и $72,1 \pm 1,26\%$ во 2-й ($p = 0,172$). Максимальное различие выявлено при сравнении показателей объема форсированного выдоха за 1-ю секунду: $71,05 \pm 1,25\%$ у пациентов 1-й группы и $62,57 \pm 1,51\%$ – во 2-й ($p < 0,001$).

Выводы/заключение

Таким образом, у всех больных АС при длительном течении заболевания обнаружены рестриктивные нарушения ФВД. Присоединение синдрома бронхиальной обструкции выявлено в группе пациентов-курильщиков, что усугубляет поражение легких у больных АС.

Оценка воспалительных болей в спине и структурных изменений аксиального скелета при воспалительных заболеваниях кишечника

Белюсова Е.Н., Абдулганиева Д.И., Одинова А.Х., Закиров Р.Х., Протопопов М.С.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

Введение/цель

Поражение опорно-двигательного аппарата – одно из наиболее распространенных внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). Выявление поражения аксиального скелета при ВЗК часто требует коррекции тактики лечения. Цель – изучить частоту воспалительных болей в спине и выявить признаки поражения аксиального скелета по данным рентгенографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ) поясничного отдела позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений (КПС) у пациентов с ВЗК.

Материал и методы

В проспективное исследование было включено 27 пациентов с установленным диагнозом язвенного колита (ЯК) – 17 (62,9%) – и болезни Крона (БК) – 10 (37,1%). Средний возраст пациентов – $46 \pm 1,34$ года. Наличие и характеристика воспалительной боли в спине оценивали по критериям ASAS (2009). При наличии признаков воспалительной боли пациентам проводилась визуализация поясничного отдела позвоночника и КПС посредством рентгенографии (7 пациентов) и МРТ в импульсных последовательностях T1 и STIR (8 пациентов). МРТ также была проведена одному пациенту, у которого ранее уже фиксировались рентгенологические изменения в КПС.

Результаты/обсуждение

Наличие болей в спине отмечали 25 пациентов с ВЗК (92,6% опрошенных), у 15 (55,6%) они были длительными (в течение 3 мес и более). На момент осмотра боли в спине присутствовали у 12 (44,4%) пациентов. Дебют болей в спине в возрасте до 40 лет отмечали 20 (74%) пациентов; постепенное начало болей отмечалось у 17 (63%); уменьшение болей после физических нагрузок – у 15 (55,6%); усиление болей в покое наблюдалось у 12 (44,4%); боли в спине в ночное время отмечали 13 (48,1%) пациентов. Требованиям критериев ASAS для воспалительной боли в спине (4 критерия из 5) соответствовали 10 (37%) пациентов: 6 с ЯК, 4 с БК. На рентгенографии изменения были выявлены у 5 (71%) пациентов: 2 пациента – односторонний сакроилиит 2-й стадии, 1 пациент – двусторонний са-

кроилиит 2-й стадии, 2 пациента – сакроилиит 4-й стадии. У 2 пациентов выявлены синдесмофиты в поясничном отделе позвоночника. Требованиям рентгенологического критерия Нью-Йоркских классификационных критериев для анкилозирующего спондилита соответствовали 3 пациента. По данным МРТ у 7 (87,5%) были выявлены признаки остейта КПС (у 2 – верифицированный диагноз анкилозирующего спондилита). У пациента с 3 из 5 признаков воспалительной боли по критериям ASAS также были признаки остейта КПС на МРТ.

Выводы/заключение

Воспалительная боль в спине по критериям ASAS была выявлена у 37% пациентов с ВЗК. В этой группе отмечалась высокая частота изменений по данным рентгенографии (71%) и МРТ (87,5%).

Анализ эффективности ингибиторов фактора некроза опухоли α у пациентов с анкилозирующим спондилитом (собственный опыт)

Богданова Е. А., Несмеянова О. Б.

ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Россия

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) поражает в основном лиц молодого трудоспособного возраста и является одной из причин инвалидизации и смертности населения. К лекарственным средствам, рекомендуемым Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению АС (2013), относятся: нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, глюкокортикоиды, базисные противовоспалительные препараты, ингибиторы фактора некроза опухоли α (иФНО α). При анализе данных множества исследований установлено, что при развернутой и поздней стадии АС иФНО α часто дают хороший клинический эффект. Целью нашего наблюдательного нерандомизированного исследования была оценка эффективности препаратов группы иФНО α (голимумаб, этанерцепт, адалимумаб) у пациентов с АС, находящихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГБУЗ ЧОКБ в период 2014–2015 гг.

Материал и методы

13 больных АС (11 мужчин и 2 женщины) в комплексе лечения получали терапию различными иФНО α . Средний возраст больных составил $38,5 \pm 2,2$ года (от 26 до 50 лет), средняя длительность болезни – $5,8 \pm 1,2$ года (от 8 мес до 16,8 года). Терапия иФНО α была непрерывной в течение 6 мес. 5 больных получали голимумаб, 4 – адалимумаб, 4 – этанерцепт. Введение препаратов проводилось согласно инструкции по применению. У всех больных оценивались клинические признаки (число болезненных – ЧБС – и припухших – ЧПС – суставов, энтезитов по MASES), лабораторные показатели (СОЭ, уровень С-реактивного белка – СРБ), Басовский индекс активности АС (BASDAI), общая активность основного заболевания пациентом (ОАОЗП) до начала терапии, через 3 и 6 мес от начала лечения. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ Statistica 13.0. Сравнения проводились с помощью непараметрических критериев. Различия считались достоверными при уровне значимости $p = 0,05$.

Результаты/обсуждение

Анализ проводился в группах в зависимости от назначенного препарата. Исходно группы были сопостави-

мы по всем оцениваемым параметрам ($p=0,14-0,89$, критерий Краскелла–Уоллиса). При анализе в группах лечения наблюдалось выраженное уменьшение средних значений всех оцениваемых показателей на сроке 3 мес с дальнейшим не менее интенсивным снижением к 6 мес относительно исходных значений, однако статистически достоверные различия были получены только по некоторым показателям (ЧБС, СОЭ, СРБ, BASDAI, ОАОЗП) в группе пациентов, получавших голимумаб ($p=0,04$ для всех перечисленных параметров, критерий Вилкоксона) на сроках 3 и 6 мес. При анализе различий оцениваемых параметров в группах лечения на сроках 3 и 6 мес от начала терапии статистической разницы не выявлено ($p=0,2-1,0$, критерий Краскелла–Уоллиса). При анализе в генеральной совокупности больных получено статистически значимое улучшение по всем оцениваемым критериям ($p=0,001-0,003$, критерий Вилкоксона) на обоих сроках наблюдения. Полученные данные свидетельствуют об эффективности терапии иФНО α в отношении уменьшения ЧБС и ЧПС, энтезитов, снижения показателей СОЭ, СРБ, BASDAI, оценки общей активности основного заболевания пациентом. Учитывая малое количество больных в каждой группе лечения, статистически достоверных различий в эффективности исследуемых препаратов не получено.

Выводы/заключение

Препараты группы иФНО α , а именно – голимумаб, адалимумаб, этанерцепт, эффективны в лечении пациентов с АС. Значимый эффект терапии наступает через 3 мес терапии и продолжает нарастать к 6-му месяцу. Для сравнительной оценки эффективности каждого из препаратов необходимо большее количество наблюдений.

Лечение больных анкилозирующим спондилитом низкоинтенсивным лазерным излучением

Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Никитин А.В., Бурдина Н.С., Барсукова Н.А.

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) поражает и инвалидизирует пациентов молодого, трудоспособного возраста, сопровождается постоянными болями, скованностью в позвоночном столбе. Это ограничивает функциональные возможности позвоночника и ухудшает качество жизни больных АС. Кроме того, хронический воспалительный процесс, применяемые для лечения нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) увеличивают риск развития сердечно-сосудистой патологии, поражение органов пищеварения. Использование света лазеров в медицинских целях значительно расширило возможности терапии больных с АС. Низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) оказывает выраженный обезболивающий, противовоспалительный, десенсибилизирующий, гипохолестеринемический эффект. Цель – оценить клиническую эффективность и сроки временной нетрудоспособности у работающих пациентов с АС, пролеченных НИЛИ.

Материал и методы

Контролируемое исследование применения НИЛИ было осуществлено у 32 пациентов с достоверным АС (женщин – 5,4%, мужчин – 94,6%). Средний возраст боль-

ных составил $44,4 \pm 6,12$ года, средняя длительность заболевания – 6,6 года. Использовались рентгенологические, функциональные, в том числе биохимические и лабораторные, исследования. У большинства пациентов констатировались умеренная активность воспалительного процесса, двусторонний сакроилит 2–3-й стадии. В испытуемой группе (группа 1) больные получали НИЛИ и НПВП, в группе контроля (группа 2) – только традиционную терапию (ТТ) НПВП. Эффективность лечения оценивали по индексу активности АС – BASDAI. Этот индекс используется не только для диагностики степени активности АС, но и, прежде всего, для оценки эффективности терапии. Отдельно оценивалась ночная боль в позвоночнике и боль в позвоночнике в течение суток с применением визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в миллиметрах. Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты/обсуждение

Отмечено, что в группе 1 боль по ВАШ ночью достоверно уменьшилась через 8–10 дней на $22,3 \pm 1,12$, боль в позвоночнике в течение суток также значительно снизилась. Динамика уменьшения BASDAI в те же сроки составила $2,5 \pm 0,88$ ($p < 0,05$). Сроки временной утраты трудоспособности в группе пациентов, пролеченных НИЛИ и ТТ, составили $18,4 \pm 2,32$ дня; в группе 2, пролеченной ТТ, динамика перечисленных показателей была несущественной, средние сроки временной утраты трудоспособности были $-24,8 \pm 3,42$ дня ($p > 0,001$). Показатели группы 1 достоверно отличались от показателей группы 2 ($p < 0,05$). Достоверная положительная динамика уменьшения BASDAI, боли по ВАШ в группе 1 наблюдалась и на 25–28-й день лечения ($p < 0,001$). Значительное улучшение течения заболевания в группе 1 объясняется выраженным противовоспалительным и обезболивающим действием НИЛИ и потенцированием НИЛИ действия НПВП. В дальнейшем это позволит уменьшить дозы применяемых НПВП.

Выводы/заключение

Таким образом, оценка индекса BASDAI, ночной боли в позвоночнике, боли в течение суток по ВАШ показала достоверное улучшение течения заболевания под воздействием двухнедельного курса НИЛИ и ТТ при сравнении с исходным значением и показателями группы 2. Значительно сократились сроки временной утраты трудоспособности в группе 1 при сравнении сроков нетрудоспособности с пациентами контрольной группы. Применение НИЛИ в комплексной терапии пациентов АС показало достоверное преимущество данной схемы лечения.

Опыт использования первого биосимиляра инфликсимаба СТ-Р13 в лечении анкилозирующего спондилита

Волкова М.В., Кундер Е.В., Сапего Т.В., Петрович Д.М.
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Республика Беларусь

Введение/цель

Биосимиляр инфликсимаба СТ-Р13 (Фламмэгис), произведенный компанией Celltrion, был одобрен для использования Европейским медицинским агентством в 2013 г., после того как биоаналогичность СТ-Р13 оригинальному препарату инфликсимаба компании Remicade была доказана в рандомизированных многоцентровых исследованиях PLANETRA (для пациентов с ревматоидным артритом) и PLANETAS (для пациентов с анкилозирую-

шим спондилитом – АС). Цель работы – оценить клиническую эффективность лечения биосимиляром СТ-Р13 (Фламмэгис) при АС в реальной клинической практике.

Материал и методы

В исследование включено 10 пациентов с АС (8 мужчин и 2 женщины). Диагноз устанавливался с соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями. Медиана возраста пациентов составила 40 лет. Показаниями для назначения биосимиляра СТ-Р13 служили высокая и очень высокая активность заболевания по ASDAS при стандартной терапии. Стандартная терапия при АС включала использование нестероидных противовоспалительных препаратов в стандартных дозировках в предшествующие 6 мес. Двое из 10 пациентов имели очень высокую активность заболевания, 8 – высокую активность заболевания. Биосимиляр СТ-Р13 применяли в дозировке 3–5 мг/кг массы тела. Все пациенты получили как минимум три инфузии препарата на 0, 2, 6-й неделях лечения. Оценивались клинические и лабораторные данные до начала лечения и на 14-й неделе терапии. Проводилась оценка комбинированных индексов определения активности ASDAS и подвижности позвоночника BASMI. Результаты сравнивали при помощи методов непараметрической статистики (тест Вилкоксона).

Результаты/обсуждение

Все 10 пациентов ответили на лечение биосимиляром СТ-Р13. У 2 из 10 наблюдали значительное клиническое улучшение по ASDAS ($\Delta > 2$), у 8 – клиническое улучшение ($\Delta > 1,1$). Показатели индекса ASDAS значимо отличались до лечения [Ме 2,70 (ДИ 2,34–3,93)] и на 14-й неделе лечения [Ме 1,75 (ДИ 0,99–2,63), $p=0,0039$]. Наблюдалось уменьшение индекса BASMI на 14-й неделе лечения [Ме 2,60 (ДИ 1,60–5,19)] по сравнению с первоначальными значениями [Ме 3,80 (ДИ 2,40–5,1), $p=0,0312$]. В течение периода лечения у 1 пациента наблюдалась нежелательная реакция – крапивница, которая развилась через 2 ч после 3-й инфузии и была купирована введением 60 мг преднизолона внутривенно.

Выводы/заключение

Нами проведен анализ собственных результатов использования биосимиляра СТ-Р13 (Фламмэгис) при лечении пациентов с АС в ревматологическом отделении учреждения здравоохранения «Витебская областная клиническая больница». Все пациенты продемонстрировали клиническое улучшение в динамике лечения. Использование биосимиляра СТ-Р13 позволяет сократить стоимость терапии без потери «драматической» эффективности лечения биологическими препаратами у пациентов с АС.

Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность больных спондилоартритами, включая анкилозирующий спондилит и псориатический артрит, – результаты 10-летнего наблюдения

Гайдукова И.З., Ребров А.П., Апаркина А.В.,

Хондарян Э.В., Акулова А.И.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Введение/цель

Сердечно-сосудистые события являются основной причиной смертности больных артритами. Сведений о сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности при спондилоартритах (СПА) в литературе недостаточно, в свя-

зи с чем целью нашей работы явился анализ сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности при СПА.

Материал и методы

В исследование включили 676 пациентов со СПА, наблюдавшихся на базе ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) в течение более 10 лет (2004–2015), из которых 363 больных СПА наблюдались не менее 10 лет и не имели манифестных сердечно-сосудистых событий на момент вступления в исследование, кроме наличия артериальной гипертензии (АГ) I–II стадий, из них 278 пациентов наблюдались с аксиальным СПА (аксСПА), включающим анкилозирующий спондилит (АС) и нерентгенологический аксСПА (нр-аксСПА), 85 – с псориатическим артритом (ПсА). 150 случайно отобранных здоровых лиц без СПА составили группу контроля. В течение 10 лет фиксировали новые сердечно-сосудистые события, такие как кардиальная смерть, стенокардия, инфаркт миокарда (ИМ) и/или мозга, появление/дестабилизация АГ, нарушения ритма или проводимости. Статистический анализ выполняли с применением пакета прикладных программ SPSS и GraphPrizm. Учитывали абсолютные и относительные частоты событий, рассчитывали риск их развития относительно показателей лиц контроля и популяционных значений (RR, HR) и их 95% доверительный интервал (ДИ).

Результаты/обсуждение

Возраст больных СПА на момент начала исследования составил $40,1 \pm 14,1$ года ($n=363$), больных аксСПА – $40,0 \pm 11,4$ года ($n=278$), больных ПсА – $40,55 \pm 10,6$ года ($n=85$), лиц группы контроля – $39 \pm 11,2$ года ($n=150$). Мужчины составили 69,7% больных СПА, 76,3% больных аксСПА, 48,2% больных ПсА и 56% лиц группы контроля. За 10 лет наблюдения стенокардия зафиксирована у 57 (15,7%) больных СПА, ИМ – у 41 (11,3%), инфаркт мозга – у 9 (2,47%), АГ – у 200 (55%) пациентов, нарушения ритма – у 55 (15,2%), нарушения проводимости – у 48 (13,22%) пациентов, умерло 9 (2,47%) пациентов. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) появилась у 16 из 150 лиц группы контроля, у 64 пациентов с аксСПА из 278 (RR 2,5; ДИ 1,39–4,51), у 33 из 85 больных ПсА (RR 4,16; ДИ 2,36–7,33). ИМ за 10 лет произошел у 28 больных с аксСПА (RR 1,77; ДИ 1,5–2,1), у 14 пациентов ПсА (RR 4,3; ДИ 2,5–14,5), у 3 лиц группы контроля (RR 1,24; 0,96–1,59, по сравнению с популяционным). Риск ИМ у больных ПсА превысил риск у здоровых лиц: OR 6,7 (ДИ 3,05–12,44; $p < 0,0001$), при аксСПА превысил риск у здоровых лиц: OR 2,5 (ДИ 1,39–4,51; $p < 0,0001$). АГ зафиксирована у 132 лиц с аксСПА (RR 2,23; ДИ 1,6–3,1), у 56 пациентов со СПА (RR 3,09; ДИ 2,19–4,35) и у 32 лиц контрольной группы. Сердечно-сосудистая смертность больных со СПА превосходила показатели лиц контроля (тест Мантель–Кокс; $p < 0,0001$). При аксСПА умерло 2 пациента из 278, смертность сопоставима с показателями в группе контроля (умерло 0 человек из 150), HR 4,6 (ДИ 0,4–10,6). При ПсА умерло 7 больных из 85, смертность превосходит как показатели лиц без СПА: HR 8,0 (ДИ 5,7–16,1), так и показатели смертности при аксСПА: HR 9,9 (ДИ 6,0–18,1).

Выводы/заключение

Заболеваемость ИБС, ИМ, АГ у лиц с аксСПА и ПсА превосходит заболеваемость лиц без СПА и популяционные показатели. При этом смертность больных ПсА превосходит показатели лиц без СПА и ожидаемые популяци-

онные показатели, а смертность больных аксСпА сопоставима с показателями лиц без СпА.

Первый опыт деэскалационного применения нестероидного противовоспалительного препарата (амтолметин гуацила) в лечении активного анкилозирующего спондилита – результаты исследования КОРОНА

Гайдукова И.З., Ребров А.П., Апаркина А.В., Хондкарян Э.В
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Введение/цель

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются препаратами первой линии в лечении анкилозирующего спондилита (АС). НПВП при АС принято назначать длительно в высоких и/или максимальных дозах. Вместе с тем нельзя исключить эффективность деэскалационной схемы применения НПВП, при которой изначально максимальная доза снижается до минимальной поддерживающей, которую пациент принимает длительно, предотвращая потерю полученного эффекта от лечения. Цель – изучить эффективность деэскалационной схемы применения амтолметин гуацила (АМГ) у пациентов с активным АС.

Материал и методы

В исследование включено 60 пациентов с активным АС (индекс BASDAI $\geq 4,0$), которым исходно назначали АМГ в дозе 1800 мг в сутки в течение 2 нед, затем снижали дозу до 600 мг в сутки. Исходно и на неделях 2, 4, 12 исследовали активность АС: боль в спине по числовой ранговой шкале (ЧРШ), индексы BASDAI, ASDAS, уровень С-реактивного белка (СРБ), СОЭ. Для изучения функциональных способностей больных определяли индекс BASFI. Применяли пакет прикладных программ SPSS17. Для каждого показателя рассчитывали медиану и квартили (Ме [25-й; 75-й перцентили]), для оценки различий связанных выборок рассчитывали критерий Уилкоксона. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

На фоне применения максимальной дозы АМГ было достигнуто снижение активности АС и улучшение функциональных способностей больных ко 2-й неделе: индекс BASDAI уменьшился с 5,2 [4,6; 6,35] до 3,6 [3,12; 4,4], ASDAS – с 3,2 [2,8; 3,73] до 2,46 [2,11; 2,87], BASFI – с 4,25 [2,6; 6,85] до 3,95 [2,42; 5,25], СРБ – с 11,8 [5,23; 22,7] до 8,65 [4,4; 16,25] мг/л ($p < 0,0001$ для всех), СОЭ снизилась с 13,5 [6,25; 23,0] до 9,5 [5,0; 17,0] мм/ч ($p = 0,02$). Снижение боли во ЧРШ на 2 пункта и более на 2-й неделе было достигнуто у 51 из 60 больных. Уменьшение дозы АМГ до поддерживающей ассоциировалось с продолжающимся нарастанием положительного эффекта лечения. На неделе 12 индекс BASDAI составил 2,3 [1,22; 3,18], ASDAS – 1,79 [1,43; 2,28], BASFI – 2,95 [1,4; 4,2], СРБ – 6,25 [2,87; 9,45] мг/л, СОЭ – 10 [5,0; 15,0] мм/ч ($p < 0,001$) для различий показателей недели 12 с соответствующими показателями недели 2 и недели 0 (критерий Уилкоксона).

Выводы/заключение

Деэскалационная схема применения АМГ в лечении больных АС в краткосрочной перспективе клинически и лабораторно эффективна.

Опыт диагностики сочетанных ревматических заболеваний

Гапонова Т.В., Беляева И.Б., Ломарева Н.И. Петрова М.С.
СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Сочетание нескольких аутоиммунных ревматических заболеваний у одного пациента – явление в ревматологии нечастое. Представляем клинический случай сочетания неспецифического аортоартериита и анкилозирующего спондилита.

Материал и методы

Нами обследован пациент С., 37 лет, с жалобами на умеренные рецидивирующие боли во всех отделах позвоночника воспалительного характера с 22 лет, утреннюю скованность в спине, длящуюся 3 ч, общую слабость, нагрузочные боли в левой стопе, левом плечевом суставе, эпизоды беспричинной субфебрильной температуры до 37,4 °С, похудание на 5 кг за 4 мес, периодическое повышение артериального давления (АД) в течение 4 лет максимально до 200/140 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями. Пациент постоянно принимал гипотензивные препараты и диклофенак при болях в суставах и спине. При объективном осмотре у пациента выявлено отсутствие пульса на левой лучевой артерии, положительный симптом Кушелевского с обеих сторон, ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника (симптом Томайера 10 см, остальные симптомы анкилозирующего спондилита без отклонений), артритов выявлено не было. Проводилось обследование: общеклиническое, генетическое, иммунологическое, рентгенологическое, эхокардиография, триплексное сканирование брахиоцефальных артерий, магнитно-резонансная ангиография шеи.

Результаты/обсуждение

Лабораторное исследование показало активность II степени: уровень С-реактивного белка 22,9 мг/л (норма < 6 мг/л), СОЭ 20 мм/ч (< 15 мм/ч); антинуклеарный фактор отрицательный ($< 1:160$), ЦИК 0,063 ($< 0,08$), определен положительный HLA-B27-антиген. При рентгенологическом исследовании выявлены двусторонний сакроилиит 3-й стадии, обызвествление передней продольной связки поясничного отдела позвоночника, артрозные изменения суставов стоп II стадии. При триплексном сканировании выявлены слева стенозы общей сонной артерии (85%), внутренней сонной (75%) и наружной сонной (75%) артерий, справа – пролонгированный стеноз общей сонной артерии (40–60%), стеноз бифуркации общей сонной артерии (75%) и стеноз внутренней сонной артерии (в устье 60%), не ассоциированные с атеросклерозом, что подтверждалось данными магнитно-резонансной ангиографии. У пациента были верифицированы два диагноза: 1) неспецифический аортоартериит активность 2; 2) анкилозирующий спондилит стадия 3, активность 2, функциональный класс 2. Пациенту была начата терапия глюкокортикоидами и метотрексатом с положительным эффектом.

Выводы/заключение

Наличие у больного симптомов, не укладывающихся в одну нозологию, может указывать на сочетание у него нескольких ревматических заболеваний и требует последовательного обследования пациента с целью окончательной верификации диагноза.

Эффективность противовоспалительной терапии увеита

*Годзенко А.А.¹, Бочкова А.Г.², Румянцова О.А.³,
Бадюкин В.В.¹, Эрдес Ш.Ф.³*

¹ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
последипломного образования» Минздрава России, Москва,
Россия; ²Медицинский центр «Агат», Егорьевск, Россия;

³ФГБНУ Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

Рецидивирующий увеит существенно ухудшает прогноз у больных анкилозирующим спондилитом (АС) и требует своевременной активной терапии. Препараты, используемые для лечения АС, не всегда эффективно воздействуют на увеит. Цель – сравнить влияние разных противовоспалительных препаратов на частоту обострений увеита у больных АС

Материал и методы

Ретроспективно оценены 159 пациентов с АС, имевших по крайней мере один эпизод увеита в течение болезни. 62 пациента принимали только нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) на протяжении всего периода наблюдения, средняя длительность лечения – $7,2 \pm 6,4$ года. У 9 из них средняя частота увеита составила более 3 атак в год, у 53 – не более 3 атак в год. 49 из 159 человек получали комбинированную терапию, включавшую сульфасалазин (СУЛЬФ) 2 г в сутки и НПВП в течение не менее 1 года. У 6 из 49 пациентов было часто рецидивирующее течение увеита – более 3 эпизодов в год, у 43 – не более 3 эпизодов в год. 48 из 159 пациентов получали ингибиторы фактора некроза опухоли α (ФНО α): 25 – инфликсимаб, 15 – адалимумаб, 9 – этанерцепт, средней продолжительностью $3,7 (3,5-5)$ [1; 9] года. Средняя длительность лечения от первой атаки увеита до начала приема ингибиторов ФНО α составила $6,5 (5-9,7)$ [1; 30] года: 18 из 48 пациентов принимали только НПВП, 30 – НПВП и базисные противовоспалительные препараты (БПВП), включая СУЛЬФ (n=23), метотрексат (n=4), циклоспорин (n=4).

Результаты/обсуждение

Среднее число обострений увеита в группе пациентов, принимавших только НПВП (n=62), составило $2,06 \pm 2,04$ в год, в группе комбинированной терапии НПВП и СУЛЬФ (n=49) – $1,41 \pm 1,83$ в год (p=0,08). Среди пациентов с частотой атак увеита не более 3 в год среднее число обострений на фоне комбинированной терапии НПВП + СУЛЬФ было достоверно меньше, чем при монотерапии НПВП: $0,99 \pm 0,87$ и $1,37 \pm 0,91$ соответственно (p=0,04). Среди пациентов с часто рецидивирующим течением увеита (более 3 атак в год) среднее число обострений в год достоверно не различалось на фоне монотерапии НПВП и комбинированной терапии НПВП + СУЛЬФ: $5,7 \pm 2,5$ и $5,5 \pm 2,7$ соответственно (p=0,9). В группе пациентов, получавших ингибиторы ФНО α (n=48), среднее число обострений увеита в период терапии НПВП и БПВП составило 2,2 в год, в период терапии ингибиторами ФНО α – 0,6 в год (p=0,0007). У 19 из 48 пациентов (40%) не было обострений увеита в период лечения ингибиторами ФНО α . У пациентов, получавших инфликсимаб, частота атак увеита снизилась с 1,9 до 0,4 эпизода в год (p=0,002), адалимумаб – с 3,25 до 0,7 (p=0,04), этанерцепт – с 1,2 до 0,09 (p=0,001).

Выводы/заключение

У больных АС с нетяжелым течением увеита (не более 3 атак в год) комбинированная терапия НПВП

и СУЛЬФ достоверно снижает частоту обострений, но существенно не уменьшает частоту атак при часто рецидивирующем течении. Ингибиторы ФНО α достоверно уменьшают частоту обострений увеита у пациентов с АС.

Частота и тяжесть внескелетных проявлений анкилозирующего спондилита

*Годзенко А.А.¹, Бочкова А.Г.², Румянцова О.А.³,
Бадюкин В.В.¹, Эрдес Ш.Ф.³*

¹ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
последипломного образования» Минздрава России, Москва,
Россия; ²Медицинский центр «Агат», Егорьевск, Россия;

³ФГБНУ Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) – системное воспалительное заболевание с вовлечением не только скелета, но и других органов. Данные о частоте и клинической значимости внескелетных проявлений АС противоречивы. Цель – оценить частоту и тяжесть внескелетных проявлений АС в собственной клинической практике

Материал и методы

418 пациентов с АС (Нью-Йоркские критерии, 1984) обследованы в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в период с 2005 по 2014 г. 144 пациентам проведена трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ). В качестве внескелетных проявлений учитывались увеит, поражение сердца (нарушение проводимости, изменения аорты и клапанов), воспалительные заболевания кишечника, гломерулонефрит, псориаз.

Результаты/обсуждение

Внескелетные проявления выявлены у 202 из 418 пациентов (48%). У 126 (29%) был увеит, 123 (97%) из них были HLA-B27-позитивны. У 33 (26%) из 126 было течение с частыми рецидивами, 39 (30%) имели осложнения с нарушением зрения. У 58 (13,8%) было нарушение сердечной проводимости, в том числе у 28 – атриовентрикулярная (АВ-) блокада (у 5 – полная АВ-блокада с имплантацией электрокардиостимулятора), у 30 – внутрисердечная блокада. Все пациенты с АВ-блокадой были HLA-B27-позитивны. У 67 (46,5%) из 144 пациентов на ЭхоКГ были выявлены изменения аорты и клапанов сердца, 66 (98,5%) из них были HLA-B27-позитивны. Утолщение/дилатация аорты была выявлена у 49 (34%) человек, утолщение аортального/митрального клапана определялось у 54 (37,5%). Регургитация 3–4-й степени отмечена у 9 (6%) из 144; 7 было выполнено протезирование клапана. Гломерулонефрит с гематурией (предположительно IgA-нефропатия) наблюдался у 16 (3,8%) из 418 человек, у 3 была почечная недостаточность. Воспалительное заболевание кишечника (язвенный колит или болезнь Крона) диагностировано у 14 (3,3%) из 418 (у всех нетяжелого течения), псориаз – у 12 (2,8%), все – HLA-B27-позитивны. У 89 (44%) из 202 было сочетание двух и более внескелетных проявлений.

Выводы/заключение

Почти у половины больных АС наблюдаются различные внескелетные проявления, из них наиболее частые и клинически значимые – увеит и поражение сердца. Внескелетные проявления тесно ассоциированы с HLA-B27 и имеют тенденцию к накоплению у одного пациента.

Динамика минеральной плотности кости у пациентов российской когорты CoРСАр

Губарь Е.Е., Дубинина Т.В., Дёмина А.Б., Румянцова О.А., Урумова М.М., Шубин С.В., Тодзенко А.А., Смирнов А.В., Глухова С.И., Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

Изучить динамику минеральной плотности кости (МПК) поясничного отдела (ПО) позвоночника и шейки бедренной кости (ШБК) за 12 мес наблюдения у больных аксиальным спондилоартритом (аксСпА).

Материал и методы

Проанализированы результаты обследования 47 пациентов (20 мужчин и 27 женщин) аксСпА (критерии ASAS 2009 г.) с длительностью воспалительной боли в спине ≤ 2 лет хотя бы в одном из исследуемых отделов.

Результаты/обсуждение

Исходно медиана Z-критерия составила: -0,6 (-1,3; -0,2) для ШБК, -0,7 (-1,8; -0,3) для ПО позвоночника. Показатели МПК ШБК у женщин были достоверно ниже, чем у мужчин: -1,0 (-1,5; -0,3) и 0,0 (-0,75; -0,4) соответственно ($p=0,0065$). Исходно низкие показатели МПК хотя бы в одном отделе выявлены у 8 (17%) больных (4 мужчин и 4 женщин): у всех 8 больных – в ПО позвоночника, у троих одновременно – в ШБК. При обследовании через 12 мес среди 8 (17%) пациентов, исходно имевших остеопению, у 3 больных (все лица женского пола) были выявлены нормальные показатели МПК. Среди пациентов с исходно нормальными показателями МПК у 1 больного (мужского пола) была выявлена остеопения ПО позвоночника. Таким образом, при обследовании через 12 мес низкие показатели МПК наблюдались у меньшего числа больных, чем исходно: 8 (17%) и 6 (12,8%) соответственно. Через 12 мес наблюдения остеопения ПО позвоночника выявлялась достоверно чаще у мужчин (5 из 20; 25%), чем у женщин (1 из 27; 3,8%; $p=0,043$). Все 3 пациента, у которых за 12 мес активного наблюдения нормализовались показатели МПК, постоянно получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Одному больному были проведены 3 инфузии инфликсимаба.

Выводы/заключение

У больных аксСпА когорты CoРСАр показатели МПК ШБК исходно были достоверно ниже у лиц женского пола. Через год активного наблюдения низкая костная масса была выявлена у меньшего числа больных, чем исходно. При обследовании через 12 мес остеопения ПО позвоночника достоверно чаще определялась у мужчин. Дальнейшее наблюдение за больными аксСпА позволит на большем клиническом материале оценить роль НПВП в нормализации показателей МПК на фоне снижения активности воспаления.

Миорелаксанты в терапии анкилозирующего спондилита

Дубинина Т.В., Кузьяков С.Н., Сухарева М.Л., Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

В амбулаторной практике у 53,1% больных анкилозирующим спондилитом (АС) миорелаксанты используются для комбинированной терапии в сочетании с не-

стероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Отсутствие четких рекомендаций по применению миорелаксантов при АС, с одной стороны, делает прием этих лекарств бесконтрольным, а с другой – существенно ограничивает терапевтические возможности. Цель – изучить краткосрочный эффект и безопасность применения толперизона гидрохлорида (ТГХ, Мидокалм®) у больных АС на фоне групповых занятий лечебной физкультурой (ЛФК).

Материал и методы

В исследование включено 40 больных с достоверным диагнозом АС, в возрасте старше 18 лет, находившихся на стационарном лечении в клинике ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и добровольно согласившихся на участие в исследовании. Все больные были рандомизированы в соотношении 1:1 в 2 группы: в первой ($n=20$) пациенты получали НПВП в сочетании с ЛФК, во второй ($n=20$) – НПВП, ЛФК и ТГХ в дозе 450 мг/сут. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, длительности заболевания, активности и функциональным нарушениям. Исходно и после завершения исследования определялись следующие параметры: индекс BASDAI, BASFI, общая оценка активности болезни пациентом по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ), оценка эффективности ЛФК пациентом (ЧРШ, где 0 – очень эффективна, 10 – не эффективна), контроль переносимости ТГХ (учет неблагоприятных реакций). Определялась подвижность позвоночника с использованием тестов, входящих в индекс BASMI, и экскурсии грудной клетки.

Результаты/обсуждение

На фоне ЛФК в обеих группах было отмечено достоверное увеличение объема движений ($p<0,03$) при измерении экскурсии грудной клетки и выполнении модифицированного теста Шобера, уменьшение индекса BASDAI ($p<0,01$) и индекса BASFI ($p<0,009$), а также общей оценки активности болезни пациентом ($p<0,02$) по сравнению с исходным уровнем. При этом в группе II по данным модифицированного теста Шобера увеличение подвижности было достоверно выше ($p<0,05$), чем в группе I. Оценка эффективности ЛФК по мнению пациента в группе I за время наблюдения достоверно не изменилась, тогда как в группе II в конце исследования она достоверно увеличилась по сравнению с исходными данными ($p<0,01$). Достоверных различий в динамике индексов BASDAI и BASFI между группами не было. При выполнении тестов, входящих в индекс BASMI, интенсивный прирост объема движений отмечался после третьего занятия ЛФК. У пациентов группы I он шел скачкообразно, тогда как в группе II – более быстро и равномерно. У больных группы II в ходе исследования серьезных неблагоприятных реакций на фоне приема ТГХ зарегистрировано не было.

Выводы/заключение

Включение ТГХ в лечение больных АС способствует повышению эффективности ЛФК. Требуется дальнейшее исследование по применению миорелаксантов, в том числе ТГХ, при АС с целью создания рекомендаций по использованию данного класса препаратов при этом заболевании.

Клинико-экономический анализ прямых затрат на диагностику и фармакотерапию реактивного артрита в условиях современной амбулаторно-поликлинической практики

*Журавлева М.О., Коровина Е.В., Твердохлебова Е.Д.
ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург, Россия*

Введение/цель

Реактивный артрит (РеА) является весьма распространенным заболеванием. Показатель заболеваемости им в Российской Федерации у детей составил 92,2, а у взрослых – 41,6 на 100 тыс. лиц соответствующего возраста. Частота реактивных артритов в структуре ревматических заболеваний в разных странах мира составляет от 8 до 41%. В 15–50% случаев наблюдается хроническое течение заболевания, которое нередко является причиной длительной нетрудоспособности пациентов. Кроме снижения качества жизни больных, финансовые расходы на лечение РеА приводят к значительным экономическим потерям и являются тяжелым экономическим бременем для системы здравоохранения России. В настоящее время идет поиск новых схем лечения и оценка фармакологических средств не только с точки зрения их действенности и безопасности, но и с точки зрения их эффективности и экономичности. Цель – оценить прямые клинико-экономические затраты на диагностику и фармакотерапию реактивного артрита в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы

Рассчитывались прямые затраты на лекарственные препараты с учетом дозировок и длительности курса лечения, с использованием Стандартов первичной медико-санитарной помощи; на медицинские услуги, коррекцию развивающихся побочных эффектов, дополнительное лечение в случае недостаточной эффективности исходной терапии. Медицинские услуги включали в себя: врачебный прием, необходимые консультации, услуги сестринского процесса, оплата рабочего времени, клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. В исследование включены 195 больных, обратившихся в поликлинику с РеА, удовлетворяющие диагностическим критериям, принятым на III Международном совещании по РеА в Берлине в 1996 г. Средний возраст пациентов составил 38,7±11,3 года. Больные РеА были разделены на 4 группы. Пациентам 1-й группы (n=30) азитромицин (Сумамед) назначался в первый день 1 г, затем еще 4 дня по 500 мг, пациентам 2-й группы (n=60) – по 1 г на 1, 7, 14-й дни, пациентам 3-й группы (n=55) – по 500 мг в течение 3 дней в неделю, курс лечения – 1 мес, пациентам 4-й группы (n=50) назначался доксициклин по 100 мг 2 раза в день. Кроме того, все больные получали нимесулид (Найз, Dr. Reddy'S Laboratorie) по 100 мг 2 раза в день, антимикотическую терапию (флуконазол 150 мг в неделю), местное лечение мирамистином с первого дня антибактериальной терапии и долгит-кремом.

Результаты/обсуждение

Прямые затраты в 1-й и 2-й группах составили 4266 руб. на настоящий момент (февраль 2016 г.) в 3-й – 4728 руб., в 4-й – 3410 руб. У пациентов 1-й и 4-й групп после антибактериальной терапии элиминации инфекции не было, что потребовало повторного курса. Прямые затраты увеличились больше чем у половины больных

1-й группы на 2362,78 руб. и 4-й группы на 1506,78 руб. Однако среди пациентов 1-й группы побочные эффекты встречались реже и затрат на их коррекцию не требовалось. В остальных группах затраты на лечение побочных действий препаратов были сопоставимы и составили 943,72 руб.

Выводы/заключение

Таким образом, прямые клинико-экономические затраты были меньше при применении более длительных схем антибиотикотерапии. Решение о том, каким способом лечить пациента, остается прерогативой врача и самого пациента, с учетом особенностей каждого конкретного клинического случая.

Контурный анализ центральной пульсовой волны и эластические свойства артерий у больных анкилозирующим спондилитом (предварительные результаты)

*Иващенко Н.Ф., Аксенова Т.А.,
Маккавеева О.Н., Царенок С.Ю.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита, Россия*

Введение/цель

Известно, что повышение жесткости артериального русла является независимым фактором кардиоваскулярного риска и ассоциируется с увеличением частоты инсульта, ишемической болезни сердца, расслаивающей аневризмы аорты и общей смертности. Риск кардиоваскулярных осложнений при анкилозирующем спондилите (АС) в 1,5–2 раза превосходит общепопуляционный уровень. В связи с этим изучение показателей артериальной ригидности при АС является актуальным, до настоящего времени в литературе данный вопрос освещен недостаточно. Цель работы – оценить показатели сосудистой жесткости и центрального аортального давления у больных АС.

Материал и методы

В наше исследование включено 16 пациентов с АС, из них 10 мужчин, 6 женщин, средний возраст 39,4±1,3 года, диагностика проведена согласно Российской версии модифицированных Нью-Йоркских классификационных критериев АС. Длительность болезни составила 5,46±2,1 года. В обследуемой группе ASDAS-CPB составил 3,16±0,59, BASDAI – 3,89±1,93, BASMI – 3,91±1,34. В среднем рентгенологическая стадия заболевания была 3,46±1,5; по данным магнитно-резонансной томографии стадия сакроилита составила 2,38±1,9. Контрольная группа включала в себя 16 человек, сопоставимых по полу и возрасту с исследуемой группой, не страдающих артериальной гипертензией. Всем включенным в исследование проводилась аппланационная тонометрия с контурным анализом пульсовой волны на каротидно-фemorальном сегменте при помощи прибора SphygmoCor (AtCor Medical, Австралия). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 10.0. Для оценки различий между группами был использован U-критерий Манна–Уитни, корреляционный анализ проведен с применением ранговой корреляции Спирмена.

Результаты/обсуждение

Центральное систолическое давление (C_SP) было выше на 15,1% (p=0,0011), центральное диастолическое давление (C_DP) – на 16,3% (p=0,036) у больных АС по

сравнению с контрольной группой. Давление аугментации (AP) было выше на 3,2% ($p=0,058$), индекс аугментации (Alx) – в 1,5 раза выше ($p=0,018$) по сравнению с контрольной группой. В исследуемой группе индекс времени центрального напряжения (PTI syst) был выше на 16,5% ($p=0,0034$), давление в точке раннего систолического пика (P1Dp) – на 20% ($p=0,016378$) по сравнению с контрольной группой. У больных АС конечное систолическое давление (ESP) было выше на 20% ($p=0,016$) по сравнению с контрольной группой. Выявлена прямая корреляционная зависимость между BASDAI и Alx ($r=0,71$, $p<0,05$), между BASDAI и AP ($r=0,74$, $p<0,05$). Индекс BASMI был взаимосвязан с индексом времени центральной диастолы (Mp dyast), $r=0,56$, $p<0,05$. Полученные данные свидетельствуют о том, что повышение сосудистой жесткости может быть связано с воспалительными процессами, присущими данному заболеванию.

Выводы/заключение

1. У больных АС выявлено повышение центрального систолического и центрального диастолического давления, индекса аугментации и давления аугментации по сравнению с контрольной группой. 2. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь между индексом активности BASDAI, функциональным индексом BASMI и некоторыми показателями артериальной ригидности.

Параметры центрального аортального давления и ригидности сосудов при суточном мониторинге у больных анкилозирующим спондилитом

Иващенко Н.Ф., Аксенова Т.А., Маккавеева О.Н., Горбунов В.В.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита, Россия

Введение/цель

Сердечно-сосудистая патология является одной из основных причин смерти больных анкилозирующим спондилитом (АС), причем риск смерти вследствие кардиоваскулярных осложнений в 1,5–2 раза превосходит общепопуляционный уровень. Цель работы – исследовать центральное аортальное давление и ригидность сосудов у пациентов АС при суточном мониторинге.

Материал и методы

В исследование было включено 15 пациентов с АС в возрасте $39,4 \pm 1,3$ года. Суточное мониторирование артериального давления (АД) проводилось на аппарате VPLab v.3.2 с одновременным изучением параметров центрального аортального давления и артериальной ригидности. Контрольная группа включала 15 человек, сопоставимых по полу и возрасту, не страдающих артериальной гипертензией. Для оценки различий между группами использованы критерии Манна–Уитни и χ^2 .

Результаты/обсуждение

Средние значения офисных цифр АД у больных, а также цифры частоты сердечных сокращений (ЧСС) были сопоставимы с контрольной группой. В группе АС систолическое АД составило $122,6 \pm 0,45$ мм рт. ст., в контрольной группе – $117,3 \pm 11,1$ мм рт. ст., диастолическое АД – $66,33 \pm 7,43$ и $65,8 \pm 7,72$ мм рт. ст. соответственно. ЧСС составила $72,5 \pm 7,1$ в 1 мин у пациентов с АС, в контрольной группе – $70,43 \pm 7,88$ в 1 мин. При монитори-

ровании периферического АД у больных АС среднее систолическое АД (САД) за сутки составило $121,5 \pm 9,56$ мм рт. ст., в контрольной группе – $119,15 \pm 6,05$ мм рт. ст., среднее диастолическое АД (ДАД) за сутки составило $71,5 \pm 9,6$ мм рт. ст., в контрольной группе – $71,7 \pm 8,2$ мм рт. ст. Таким образом, основные офисные и среднесуточные цифры САД и ДАД в группах значимо не различались. При анализе суточного профиля АД в группе пациентов с АС выявлено 40% дипперов (6 человек), 60% нон-дипперов (9 человек), $p=0,0014$; в контрольной группе – 100% дипперов. Систолическое аортальное давление (САДАо), минимальное за сутки, у пациентов с АС было выше по сравнению с контрольной группой на 21,5% ($p=0,037$), а САДАо среднее за сутки – на 11,1% ($p=0,026$). В дневные часы диастолическое аортальное давление среднее за сутки было выше на 12% ($p=0,034$) у пациентов с АС по сравнению с контрольной группой. В ночные часы показатель variability систолического давления в аорте на 37,5% ($p=0,043$), а показатель variability диастолического давления в аорте на 57,1% ($p=0,0064$) были выше у пациентов с АС по сравнению с контрольной группой. Скорость распространения пульсовой волны (Pulse Wave Velocity, PWV) средняя за сутки была выше на 14,2% ($p=0,039$), а PWV максимальная за сутки – на 20,5% ($p=0,023$) у пациентов с АС в сравнении с контрольной группой. Амбулаторный индекс ригидности артерий (Ambulatory Arterial Stiffness Index, AASI) был выше на 85% ($p=0,046$) при АС.

Выводы/заключение

1. У больных АС выявлено повышение скорости распространения пульсовой волны средней и минимальной за сутки и амбулаторного индекса ригидности артерий по сравнению с контрольной группой. 2. При АС отмечалось повышение систолического аортального давления минимального и среднего за сутки, диастолического аортального давления среднего за сутки. 3. Преобладающим профилем АД у пациентов с АС был профиль нон-диппер, выявленный у 60%.

Минеральная плотность кости при различных формах спондилоартритов

Королев М.А., Прудникова М.А., Летягина Е.А., Омельченко В.О., Коенков В.И.

ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной лимфологии», Новосибирск, Россия

Введение/цель

Спондилоартриты (SpA) – группа хронических воспалительных заболеваний позвоночника, суставов, энтезисов, характеризующаяся общими клиническими, рентгенологическими и генетическими особенностями. Остеопороз (ОП) является частым осложнением анкилозирующего спондилита (АС), что обуславливает высокий риск переломов позвонков и других зон скелета, прогрессию деформации позвоночника и увеличение смертности больных. Широко обсуждается ассоциация снижения минеральной плотности кости (МПК) при АС с повышенными уровнями биохимических маркеров метаболизма костной ткани, провоспалительными цитокинами и белками острой фазы воспаления. В то же время распространенность и этиологические аспекты низкой МПК при других формах SpA до сих пор не полностью выяснены. Цель – оценить распространенность снижения МПК у больных с различными клиническими вариантами SpA.

Материал и методы

В исследование включено 70 пациентов (44 мужчины и 26 женщин) со СпА, которые были распределены в 3 группы согласно диагнозам. Первая группа включала 44 пациента с АС (медиана возраста 37,5 [29,25; 52] года). Диагноз АС устанавливался согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям. Вторая группа включала 17 больных с ранним аксиальным и периферическим спондилоартритом (рСпА) (медиана возраста 34 [24,5; 42] года), длительность заболевания >3 мес и <3 лет. Диагноз устанавливался по критериям ASAS (2009). В третью группу были включены 9 пациентов со СпА, ассоциированным с воспалительным заболеванием кишечника (ВЗК), медиана возраста 32 [28,5; 49,5] года. У пациентов были проанализированы активность заболевания, частота носительства HLA-B27, факторы риска развития остеопороза. МПК поясничного отдела и проксимального отдела одной из бедренных костей определяли с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Измерение проводилось на аппарате Lunar Prodigy (США). Для оценки использовали автоматически вычисляемые T- и Z-критерии (ВОЗ, 1994; ISCD, 2007). Низкая МПК определялась у пациента при наличии остеопении и/или остеопороза. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ IBM SPSS Statistics 21.

Результаты/обсуждение

Снижение МПК было выявлено во всех группах больных. В группе АС снижение МПК составило 97% (остеопороз – 20%), в группе рСпА снижение МПК составило 71% (остеопороз не регистрировался), в группе СпА ВЗК снижение МПК составило 100% (остеопороз – 22%). В данном исследовании не было продемонстрировано четкой зависимости уровня МПК от длительности заболевания, возраста, индекса массы тела, активности процесса, приема глюкокортикоидов и генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП).

Выводы/заключение

Низкая костная масса отмечается во всех клинических группах серонегативных СпА. Не выявлено зависимости низкой МПК от индекса массы тела, активности процесса, приема глюкокортикоидов и ГИБП.

Варианты поражения опорно-двигательного аппарата при воспалительных заболеваниях кишечника

Кузин А.В.¹, Головенко О.В.²

¹ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва, Россия; ²ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

Введение/цель

Охарактеризовать варианты суставного синдрома при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК).

Материал и методы

В исследование были включены 82 пациента с достоверным диагнозом ВЗК [35 – с болезнью Крона (БК), 47 – с язвенным колитом (ЯК)] в возрасте от 18 до 80 лет, предъявлявшие жалобы на боли в различных отделах опорно-двигательного аппарата (ОДА). Проведено обследование больных, принятое в ревматологической клинической практике, включая рентгенографию суста-

вов и позвоночника, артросонографию. Диагноз ВЗК всем пациентам был установлен в ГНЦ колопроктологии Минздрава России.

Результаты/обсуждение

Выделены следующие варианты поражения ОДА: изолированный периферический артрит (48,8%), сакроилиит изолированный (8,5%) или сочетающийся с периферическим артритом (11%), анкилозирующий спондилит (АС; 12,2%), энтезиты (7,3%), изолированные артралгии (12,2%). При сравнении в указанных группах достоверных различий между ЯК и БК выявлено не было. У 70,7% заболевание дебютировало с симптомов ВЗК, у 17,7% отмечалось одновременное поражение кишечника и суставов, а у 12,2% артрит развивался до появления симптомов поражения кишечника. Преобладал олигоартрит (57,5% больных) с преимущественной локализацией в суставах нижних конечностей. Длительность периферического артрита у 76,8% больных составляла не более 6 мес. У большинства пациентов (85,0%) выявлена хронологическая взаимосвязь периферического артрита с активностью ВЗК. Все пациенты с АС (12,2%) соответствовали модифицированным Нью-Йоркским критериям, при этом частота выявления HLA-B27-антигена в этой группе составила 50%. Хронологическая связь между активностью ВЗК и АС отсутствовала у всех пациентов.

Выводы/заключение

Поражение ОДА при ВЗК были представлено гетерогенной группой, в которую вошли периферический артрит, изолированный сакроилиит, анкилозирующий спондилит, энтезиты, артралгии.

Взаимосвязь показателей качества жизни и психологических особенностей (алекситимия) у пациентов с анкилозирующим спондилитом

Кузнецова Н.А., Колотова Г.Б.

МАУ «Городская клиническая больница №40», Екатеринбург, Россия

Введение/цель

Оценить взаимосвязь показателей качества жизни (КЖ) и алекситимии у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материал и методы

Обследовано 90 больных АС. Контрольная группа состояла из 45 условно-здоровых добровольцев. Изучение КЖ проводилось по опроснику SF-36, алекситимии – по Торонтской алекситимической шкале (ТАШ).

Результаты/обсуждение

Среди обследованных больных АС 42 (46,7%) человека имели алекситимию. Медиана общего балла алекситимии в группе АС оказалась значимо выше медианы общего балла алекситимии контрольной группы ($p=0,00001$). Установлены отрицательные корреляционные связи между уровнем алекситимии и показателями физического компонента КЖ: физического функционирования ($R=-0,30$, $p=0,004$), ролевого физического функционирования ($R=-0,24$, $p=0,02$), интенсивности боли ($R=-0,27$, $p=0,01$). Аналогичный характер носили взаимосвязи между уровнем алекситимии по ТАШ и показателями психологического компонента: жизненной активности ($R=-0,22$, $p=0,03$), социального функционирования ($R=-0,28$, $p=0,007$) и психического здоровья ($R=-0,33$, $p=0,001$).

Выводы/заключение

Установлено, что у пациентов с АС алекситимия сопровождалась снижением КЖ, негативно влияя как на физический, так и на психологический его компоненты.

Оценка психологического состояния пациентов с анкилозирующим спондилитом и его влияния на качество лечения

Лапина С. А.^{1,2}, Абдулганиева Д. И.^{1,2}, Афанасьева Т. Ю.¹, Гимадеева А. М.¹, Мясоутова Л. И.¹, Абдракипов Р. З.², Афанасьева М. А.², Сухорукова Е. В.²

¹ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия; ²ГАЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

Введение/цель

Согласно современной стратегии терапии спондилоартритов, пациент должен принимать активное участие в процессе лечения. При этом известие о хроническом заболевании в молодом возрасте может приводить к развитию депрессии. Соответственно психологическое состояние пациента с анкилозирующим спондилитом (АС) является важной составляющей успешной терапии. Цель – оценить взаимосвязь психологического состояния пациента с АС с особенностями течения заболевания.

Материал и методы

В рамках регионального регистра больных АС под наблюдением находится 76 пациентов (58 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 22 до 57 лет (в среднем 41,84±9,76 года), из них 70,3% городских и 29,7% сельских жителей; 25,5% имеют среднее образование, 39,4% – среднее специальное и неоконченное высшее, 46,1% – высшее. Средняя давность заболевания на момент осмотра составляла 13,05±10,11 года, при этом оценивались показатели BASDAI (в среднем 5,18±1,6), BASFI (5,3±2,42), функциональные возможности по индексу BASMI, а также психологическое состояние с помощью опросника EQ-5D.

Результаты/обсуждение

В целом состояние склонности к тревоге и депрессии было указано 30 (42,1%) пациентами (44,8% мужчин и 22,2% женщин, 42,3% жителей города и 27,2% жителей сельской местности). Умеренная тревога и депрессия отмечались в 28 (93,3%) случаях, выраженная – в 2 (6,6%) случаях. При давности заболевания менее 5 лет на склонность к депрессии и тревоге указали 12 из 24 (50%) больных, 5–10 лет – 1 из 8 (12,5%), более 10 лет – 15 из 44 (34,09%). Тревога и состояние депрессии наблюдались у 10% лиц со средним образованием, 46,6% пациентов со средним специальным и неоконченным высшим и у 50% – с высшим образованием.

Низкая активность заболевания не сопровождалась тревожными и депрессивными состояниями, при умеренной активности они выявлены у 6 из 16 пациентов (37,5%), при высокой – у 20 из 42 (47,6%), при очень высокой – у 2 из 16 (12,5%) человек. Среди пациентов без ограничения функции движения (BASFI) состояние тревоги и депрессии испытывали 2 из 14 (14,28%), с умеренным ограничением – 4 из 10 (40%), при резких ограничениях – 22 из 46 (47,8%) человек. Склонность к тревожным и депрессивным состояниям указали 2 из 7 (28,5%) пациентов без ограничения движений согласно индексу

BASMI, 15 из 25 (60%) – с умеренными ограничениями и 11 из 38 (28,9%) с выраженными функциональными ограничениями. Выявлена прямая корреляционная связь между степенью депрессии и тревоги по EQ-5D и показателем BASDAI ($r=0,96$, $p<0,05$) и BASFI ($r=0,99$, $p<0,05$), при этом подобная зависимость не прослежена между индексами BASMI и EQ-5D, что, вероятно, связано с тем, что данный индекс основан на объективных измерениях. При этом среди пациентов, испытывающих тревогу и депрессию, принимают НПВП регулярно 13 из 28 (46,4%), а в группе без тревоги и депрессии – 25 из 42 (59,5%).

Выводы/заключение

Среди всех исследуемых пациентов с АС можно выделить группы с большей склонностью к депрессивным и тревожным состояниям: мужчины, жители города, пациенты с более высоким уровнем образования, малой (<5 лет) и большой (>10 лет) длительностью заболевания, высокой степенью активности и функциональных ограничений. Негативное психологическое состояние сказывается на приверженности лечению.

Эффективность стратегии терапии до достижения цели (Т2Т) при спондилоартритах

Лапина С. А.¹, Мясоутова Л. И.¹, Мухина Р. Г.², Нигматуллина З. Н.²

¹ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

²ГАЗ «Городская клиническая больница №7» Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

Введение/цель

Оценить результативность стратегии терапии до достижения цели (Т2Т) при спондилоартритах (СПА) по сравнению с рутинной практикой на примере ведения пациентов в Городском ревматологическом центре г. Казани.

Материал и методы

Обследовано 82 пациента с аксиальным СПА (аксСПА; критерии ASAS 2009 г.) и длительностью симптомов заболевания не более 10 лет (в среднем 5,1±2,7 года). В основную группу вошли 42 пациента, средний возраст 35,3±9,6 года, из них 27 (64,3%) – с анкилозирующим спондилитом (АС) согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям и 15 (35,7%) – с аксСПА (позитивным остеоитом по МРТ). Высокая и очень высокая активность по ASDAS была у 54,8%, умеренная – у 45,2% пациентов. Пациенты этой группы находились под динамическим наблюдением ревматолога, в среднем 1 раз в 3 мес, и велись согласно стратегии Т2Т для СПА. В группу сравнения были подобраны 40 пациентов (65% с АС и 35% с аксСПА), наблюдавшиеся в рутинной практике с консультацией ревматолога по необходимости, в среднем 1 раз в 6 мес. Пациенты были сопоставимы по демографическим и клиническим характеристикам, активности заболевания. Терапия назначалась в соответствии с активностью СПА по ASDAS и клинической ситуацией. Всем пациентам были рекомендованы нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), при необходимости – для длительного постоянного приема. Исходно и через 3, 6, 12 мес определялись BASDAI, ASDAS, BASFI, достижение критериев ремиссии (ASAS), оценивалась приверженность лечению.

Результаты/обсуждение

В двух группах за период наблюдения отмечалось снижение ($p<0,05$) средних значений BASDAI, BASFI,

ASDAS-СРБ. За год наблюдения в основной группе улучшение по критериям ASAS40 продемонстрировано у 95,2% пациентов, частичная ремиссия по критериям ASAS была достигнута через 3 мес у 47,6% пациентов, через 6 мес – у 73,8%, через 12 мес – у 80,9%, периоды обострения наблюдались у 19,1% больных. В группе сравнения за 1 год терапии улучшение по критериям ASAS40 показали 55% пациентов, частичная ремиссия по критериям ASAS была достигнута через 3 мес у 17,5% пациентов, через 6 мес – у 35%, через 12 мес – 47,5%, периоды обострения наблюдались у 57,5% больных. Доля больных, регулярно выполняющих физические упражнения, в основной группе составила 73,8% пациентов, в группе сравнения – 35%. В основной группе постоянно принимали НПВП 76,1% пациентов, в контрольной – 37,5% больных, остальные – только «по требованию».

Выводы/заключение

Стратегия лечения Т2Т для СпА является эффективным инструментом ведения пациентов с данной патологией, способствует повышению приверженности терапии, помогает контролировать активность заболевания, улучшает функциональный статус больных.

Эффективность и безопасность длительной анальгетической терапии эторикокибом у пациентов с анкилозирующим спондилитом

Лапина С.А.^{1,2}, Афанасьева Т.Ю.¹, Афанасьева М.А.², Сухорукова Е.В.², Хадыева Е.И.¹, Мясоутова Л.И.^{1,3}, Фейсханова Л.И.¹, Нигматуллина З.Н.³, Мингалеева Г.Ф.³
¹ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия; ²ГАОУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия; ³ГАОУ «Городская клиническая больница №7» Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

Введение/цель

Современная стратегия лечения анкилозирующего спондилита (АС) в большинстве случаев требует длительного приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). При этом ограничение длительного применения НПВП и, в частности, коксибов на практике связано с возможным развитием кардиоваскулярных нежелательных явлений и декомпенсации хронических заболеваний. Цель – оценить эффективность анальгезирующего эффекта эторикокиба, частоту развития нежелательных явлений и декомпенсации сопутствующих заболеваний на фоне его приема у пациентов с АС.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 70 пациентов с АС в возрасте от 23 до 55 лет (в среднем 37,54±9,3 года), с длительностью заболевания менее 3 лет – 24 человека, 3–6 лет – 24 больных, 7 лет и более – 22 пациента. Боль в спине была у всех пациентов, периферический артрит присутствовал у 42 (60%) человек. При этом 48,5% пациентов имели сопутствующие заболевания (желудочно-кишечного тракта – 48,5%, артериальную гипертензию – 5,7%). Все пациенты в предшествующий моменту обращения период получали НПВП (диклофенак, нимесулид, кетопрофен, мелоксикам, ацеклофенак, ибупрофен) с неудовлетворительным (57,1%) или минимальным эффектом (42,8%). Эторикокиб был назначен всем больным на постоянный прием в дозе 90 мг в сутки. Оценка

выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), состояния сопутствующей патологии, уровня артериального давления проводилась в начале и в течение 1 мес лечения.

Результаты/обсуждение

Средний временной интервал между двумя осмотрами составил 33,14±8,07 дня. На момент повторного осмотра 94,3% пациентов продолжали регулярно принимать эторикокиб, отмечая его эффективность. Интенсивность боли в спине по ВАШ за время лечения снизилась практически в 2,5 раза – с 7,03±0,19 до 2,68±0,13 см (p<0,05), при этом уменьшение данного показателя больше наблюдалось в группах пациентов с длительностью заболевания более 3 лет. Периферический артрит купировался у 24 из 42 (57,1%) пациентов, у остальных наблюдалось существенное уменьшение болевого синдрома. Была отмечена хорошая переносимость препарата (74,28% – отличная, 25,72% – удовлетворительная). Симптомы диспепсии наблюдались у 2 (2,8%) пациентов. Не отмечено случаев значимого повышения артериального давления на фоне терапии, в том числе и у пациентов с артериальной гипертензией.

Выводы/заключение

Применение эторикокиба у пациентов с АС приводит к значительному уменьшению болевого синдрома и его купированию без повышения артериального давления и значимого обострения сопутствующих заболеваний.

Сравнительный анализ концентрации некоторых провоспалительных цитокинов у пациентов с ревматоидным артритом и аксиальными спондилоартритами

Лебединская О.А., Гайдукова И.З., Апаркина А.В., Захарова Н.Б., Ребров А.П.
 ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Введение/цель

При ревматоидном артрите (РА) и спондилоартритах (СпА) возникает дисбаланс между гиперпродукцией провоспалительных и противовоспалительных цитокинов с преобладанием синтеза первых над вторыми, степень выраженности которого при разных воспалительных заболеваниях вызывает интерес. Цель – изучить изменения концентрации некоторых провоспалительных цитокинов у пациентов с аксиальными СпА (аксСпА) и РА.

Материал и методы

В исследование включено 30 пациентов с аксСпА, отвечающим критериям аксСпА Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) 2009 г., возраст 37,7±10,12 года, женщин – 14 (46,7%), мужчин – 16 (53,3%), продолжительность аксСпА – 15 [8; 21] лет, и 30 пациентов с РА, соответствующих диагностическим критериям РА EULAR 2010 г., возраст 47,43±9,08 года, женщин – 30 (100%), продолжительность РА – 13 [7; 20] лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) в период с сентября 2013 г. по июнь 2014 г. Группу контроля составили 20 здоровых добровольцев [возраст 44,97±10,45 года, женщин – 17 (85%), мужчин – 3 (15%)]. Все группы пациентов сопос-

тавимы по возрасту и полу. Определяли концентрацию интерлейкина 8 (ИЛ8), МСР1 в сыворотке крови обследуемых пациентов и лиц группы контроля методом твердофазного иммуноферментного анализа, используя соответствующие наборы реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск). Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft, США).

Результаты/обсуждение

Концентрация ИЛ8 у пациентов с аксСпА составила 11,1 [5,6; 14,5] пг/мл, у пациентов с РА – 3,65 [1,3; 5,3] пг/мл, у лиц группы контроля – 6,05 [4,99; 9,2] пг/мл. Концентрация МСР1 у пациентов с аксСпА составила 317,5 [267; 384] пг/мл, у пациентов с РА – 125,5 [62,0; 166,0] пг/мл, у здоровых лиц – 60,3 [39,2; 109,4] пг/мл. Достоверны различия между показателями разных групп, $p < 0,05$.

Выводы/заключение

У пациентов с аксСпА и РА отмечено статистически достоверное повышение концентрации провоспалительных цитокинов (ИЛ8, МСР1) сыворотки крови по сравнению со здоровыми лицами. Уровень исследуемых цитокинов был выше при аксСпА, чем при РА.

Отдаленные исходы реактивных артритов

Мирахмедова Х.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Данных об отдаленных результатах наблюдения за больными энтерогенным реактивным артритом (ЭРеА), динамике и исходе суставного синдрома недостаточно. Многие вопросы остаются дискуссионными. Изучение различных вариантов течения заболевания и эволюции артрита, определение прогностически значимых факторов имеет большое практическое значение для выработки системы наиболее рациональных терапевтических мероприятий у каждого конкретного больного. Цель исследования – изучить отдаленные исходы реактивных артритов.

Материал и методы

Нами проанализированы отдаленные исходы ЭРеА и факторы, влияющие на прогноз заболевания. Отдаленные исходы прослежены нами в течение 3 лет. Из 110 больных ЭРеА под наблюдением оставались 86,3% больных. 13,6% пациентов выпали из наблюдения по различным причинам: из них 10 – с острым, 2 – с подострым и 3 – с хроническим течением заболевания.

Результаты/обсуждение

У больных ЭРеА возможно 6 вариантов исхода артрита: выздоровление, симптомы вторичного остеоартроза, артралгии, хроническое течение, ревматоидный артрит (РА), анкилозирующий спондилит (АС). Ликвидации воспалительных явлений в суставах удалось достичь у 60,0% больных с острым, подострым и длительно текущим патологическим процессом. Однако выздоровление наступило у 26,3% пациентов, из них 47,4% – с острым, 32,1% – с подострым и 14,6% – с хроническим течением заболевания. У остальных 3,2% сохранялись признаки вторичного остеоартроза, у 30,5% больных – периодические артралгии. Рецидивирующие артралгии отмечались 3–4 раз в год и были непродолжительными (3–7 дней), возникали при перемене погоды, длительной физической нагрузке. Артралгия сохраня-

лась у 26,3% больных с острым, у 35,7% с подострым и у 29,2% с хроническим течением заболевания. При детальном анализе различных вариантов исхода ЭРеА обращали на себя внимание следующие факты. У 26,3% больных, отнесенных к группе выздоровевших, на протяжении всего периода наблюдения не определялось каких-либо отклонений от нормы. В эволюции болезни отмечались довольно длительные, спонтанно наступившие светлые эпизоды (отсутствие симптомов) и неоднократные обострения, потребовавшие госпитализации. У 30 (31,6%) больных наблюдалось хроническое течение заболевания.

Выводы/заключение

Таким образом, выздоровление наблюдалось у 26,3% больных, вторичный остеоартроз – у 3,2% больных, артралгия встречалась у 30,5%, у 31,6% заболевание приняло хроническое течение, эволюция заболевания в АС наблюдалась у 6,3%, у 5,1% больных ЭРеА послужил дебютом РА.

Факторы риска развития псориатического артрита

Мирахмедова Х.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

В последние годы псориаз и псориатический артрит (ПсА) рассматривают как клинические проявления системного процесса в рамках псориатической болезни. Среди значимых факторов в развитии псориатической болезни выделяют генетическую предрасположенность, факторы внешней среды и иммунные нарушения. Цель исследования – выявить факторы риска развития ПсА.

Материал и методы

Для решения поставленных задач было обследовано 150 больных ПсА. Проводилось клинико-лабораторное и инструментальное обследование больных. Возраст больных колебался от 20 лет до 71 года (в среднем $42,5 \pm 11,2$ года).

Результаты/обсуждение

Обращает на себя внимание большое разнообразие факторов, с которыми пациенты связывали появление у них симптомов ПсА. Среди них на первом месте были травмы, затем переохлаждение. В нашем исследовании травма имела значение 1/4 больных. На 2-м месте по частоте был фактор охлаждения – 18,6% случаев. Также определенное значение имел нервно-психический стресс – у 16,7% больных. У 13,4% больных острая инфекция верхних дыхательных путей или обострения хронической инфекции непосредственно предшествовали дебюту болезни. У больных псориазом, особенно молодого возраста, в качестве факторов, повышающих риск развития ПсА, выступили ожирение и табакокурение, что составило 41,3 и 18,6%. Ранним симптомом ПсА явилось псориатическое поражение ногтей. При анализе периода манифестации псориаза ногтей было отмечено, что в большинстве случаев (44,6%) поражение ногтей выявлялось после кожных проявлений псориаза, но до ПсА. Эта взаимосвязь может иметь прогностическое значение и являться фактором риска развития ПсА. В настоящее время тяжелой псориаз ногтей рассматривают как воспаление энтезиса. Псориатические высыпания чаще всего локализовались в области волосистой части головы – у 25,6%, межъягодичной области, промеж-

ности — у 25,6%, проекции локтевых и коленных суставов — у 12% больных и т. д.

Выводы/заключение

Таким образом, предикторами возникновения ПсА являлись травма, стресс, переохлаждение, псориаз ногтей, волосистой части головы, межъягодичной складки и области промежности.

Сравнительная характеристика клинического течения псориатического артрита

Мирахмедова Х.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Клиническая картина псориатического артрита (ПсА) многообразна и зависит от формы, стадии болезни, активности патологического процесса. Тем не менее имеется ряд закономерностей в развитии болезни, ее дебюте и течении. Целью исследования явилось изучение клинического течения ПсА в зависимости от длительности патологического процесса.

Материал и методы

Обследовано 150 больных ПсА. Из них мужчин было 45,3%, женщин — 54,6%. Больных ПсА разделили на две группы: 1-я группа — больные ПсА с длительностью заболевания до 2 лет (ранний ПсА) и 2-я группа — больные ПсА с длительностью заболевания более 2 лет. Хронологическое определение раннего ПсА было экстраполировано из исследований раннего ревматоидного артрита.

Результаты/обсуждение

Артрит был характерен для 100% больных обеих групп, затем по частоте встречались дактилит, энтезит и, реже, спондилит. Ведущим в клинической картине заболевания было поражение опорно-двигательного аппарата в виде асимметричного артрита с «лестничным» вовлечением суставов снизу вверх. Суставы нижних конечностей были поражены в 100% случаев — как при раннем ПсА, так и при ПсА с давностью заболевания больше 2 лет, суставы верхних конечностей — более чем у половины больных. В 84% случаев ПсА проявлялся асимметричным артритом (асимметричность — характерная черта этого заболевания), который наблюдался как в ранней стадии ПсА, так и у больных развернутым ПсА, но с увеличением длительности болезни у 14% больных 2-й группы наблюдалась симметричность поражения некоторых суставов, с хаотичным вовлечением отдельных суставов кистей и стоп. Более чем у трети пациентов был выявлен дактилит одного или более пальцев, он встречался 1,6 раза чаще у больных 1-й группы в сравнении со 2-й. Он проявлялся болью, равномерной припухлостью всего пальца с цианотично-багровым окрашиванием кожных покровов. Энтезит в 1,4 раза чаще встречался у больных 1-й группы по сравнению со 2-й группой. В большинстве случаев наблюдалось сочетание спондилита с периферическим артритом — 24 (92,3%) больных. Спондилит встречался в 1,8 раза чаще у больных 2-й группы, чем в 1-й группе. Моноолигоартрит имел место преимущественно на ранних этапах развития заболевания, что составило 33,8%, во 2-й группе он отмечался у 10,6% больных. Ранний ПсА в сравнении с длительно текущим его вариантом характеризовался асимметричным моноолигоартритом. У больных ранним ПсА полиартрит составлял 41,7%, а у больных 2-й группы — 60%.

Выводы/заключение

На основании полученных данных можно сделать вывод, что ПсА характеризуется клиническим полиморфизмом. Ранний ПсА в сравнении с длительно текущим его вариантом характеризовался асимметричным моноолигоартритом, частым вовлечением энтезисов и развитием классического дактилита.

Распространенность псориатического артрита у больных псориазом по территории России на основании официальной статистической отчетности Минздрава РФ

Мишина О.С.¹, Коротаева Т.В.²

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»

Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

Распространенность псориатического артрита (ПсА) у больных псориазом варьирует в разных популяциях от 6 до 42%. Это зависит от различных факторов, в том числе от генетических и климатических особенностей. Учитывая, что Россия расположена в четырех климатических поясах и на ее территории проживает более 180 народов, можно предположить, что эти факторы оказывают влияние на распространенность псориаза и ПсА. Точная распространенность псориаза и ПсА не известна, поэтому целью исследования — оценить динамику распространенности общей и впервые выявленной заболеваемости псориазом и ПсА среди субъектов Российской Федерации за 5 лет (2009–2013).

Материал и методы

В официальной статистике Минздрава России оценивалась заболеваемость по кодам МКБ-10: L40 и L40.5. Проводился сравнительный анализ средних значений общей и впервые выявленной заболеваемости псориазом и ПсА по субъектам Российской Федерации на 100 тыс. населения за 2009–2013 гг. Анализировалась динамика первичной и впервые выявленной заболеваемости псориазом и ПсА за 5 лет (2009–2013) в разрезе федеральных округов (ФО), расчет «рост/убыль» проводился по специальной формуле.

Результаты/обсуждение

Наибольшие показатели первичной заболеваемости ПсА на 100 тыс. населения отмечены в Северо-Кавказском (6,2), Приволжском (2,2) и Центральном (1,9) ФО, что свидетельствует о неблагоприятном течении заболевания и его недостаточно эффективном лечении, так как артрит является осложнением псориаза. Наибольшие показатели общей заболеваемости ПсА выявлены в Северо-Кавказском (38,8), Центральном (12,9) и Северо-Западном (12,7) ФО. Учитывая, что разница в полярных показателях по ФО невысокая и находится в пределах -1,3...-1,6 раза, то важнее оценить ФО по соотношению заболеваемости псориазом и ПсА. Реже всего общая заболеваемость ПсА регистрируется у больных псориазом Уральского (9,1), Сибирского (6,1), и Дальневосточного (8,0) ФО. Если в целом по России первичная и общая заболеваемость за 5 лет изменилась не существенно, то в пяти ФО произошло снижение показателя первичной заболеваемости — от 6,7% (Южный ФО) до 86,4% (Северо-Кавказский ФО) при разновекторной на-

правленности общей заболеваемости от -17,5% в Приволжском ФО до +52,1 в Северо-Кавказском ФО. Рост показателей первичной и общей заболеваемости имел место в Уральском, Дальневосточном и Сибирском ФО при наиболее интенсивном росте числа впервые зарегистрированных случаев.

Выводы/заключение

В целом можно констатировать рост числа случаев ПсА у больных псориазом в Российской Федерации и сохранение проблемы диагностики ПсА у больных псориазом. Наибольшая распространенность ПсА отмечена в Северо-Кавказском и Центральном округах. Полученный высокий уровень впервые выявленных случаев ПсА на фоне сниженной общей заболеваемости в Приволжском ФО указывает на более тяжелом течение ПсА в последнем и приросте показателя за счет повторных обострений. Таким образом, имеется широкая вариация по округам, особенно в Северо-Кавказском, что может быть связано с генетическими особенностями или особенностями кодирования и учета заболевания. Сложившиеся структурные диспропорции в динамике показателей заболеваемости в разрезе ФО свидетельствуют об отсутствии четко регламентированной системы диагностики и учета заболевания. Для установления истинной распространенности ПсА необходимо совершенствование системы статического учета, кодирования диагноза, что возможно только при междисциплинарном взаимодействии дерматовенеролога и ревматолога.

Костное ремоделирование у больных спондилоартритами

Мысин М.А., Дорогойкина К.Д., Акулова А.И., Гайдукова И.З., Ребров А.П.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Введение/цель

Цель – оценить изменения тел позвонков у больных аксиальными спондилоартритами (аксСпА) и возможные взаимосвязи изменений тел позвонков и индексов активности, функциональными, метрологическими, лабораторными показателями.

Материал и методы

Обследовано 44 пациента старше 18 лет с аксСпА, соответствовавших критериям ASAS для аксиального СпА (2009), госпитализированных в ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) в 2012–2013 гг. Для оценки компрессионных изменений позвоночника три обученных эксперта анализировали по оригинальной методике рентгенограммы шейного, грудного и поясничного отделов в боковой проекции. При наличии различий в оценке позвонков между двумя из экспертов принимался вариант, поддерживаемый третьим экспертом. Данные были обработаны с получением интегрального числового индекса, минимальное значение которого равно 0 (отсутствие рентгенологических изменений), максимальное – 1 (тотальная компрессия всех позвонков). Активность оценивали с применением индексов BASDAI, ASDAS-СРБ, функциональный статус – с помощью индекса BASFI, вычислялся метрологический индекс BASMI, оценены расстояние козелок–стена (среднее значение), ротация головы (сред-

нее значение), боковое сгибание позвоночника (среднее значение), экскурсия грудной клетки, модифицированный тест Шобера (n=25). Для статистической обработки применялся пакет прикладных программ SPSS17.

Результаты/обсуждение

Возраст пациентов составил $40,59 \pm 13,2$ года (M \pm s), длительность заболевания – 132 [61; 240] мес (Me [25-й; 75-й перцентили]). Мужчин было 28 (63%). BASDAI – $4,98 \pm 2,34$, ASDAS – $3,33 \pm 1,16$, BASFI – $5,55 \pm 2,74$, BASMI – $3,32 \pm 1,35$ (n=25). Значение расстояния козелок–стена составило 23,25 [15,5; 45] см, ротация головы – 15 [10; 30]°, боковое сгибание позвоночника – 4,5 [0; 12] см, экскурсия грудной клетки – 3,75 [2; 10,5] см, модифицированный тест Шобера – 3 [0,5; 4] см. Сакроилиит I стадии выявили у 2 (4,5%) пациентов, II стадии – у 4 (9%), III стадии – у 18 (40%), IV стадии – у 6 (14%) больных. У 14 (32%) пациентов не было выявлено рентгенологически значимых изменений крестцово-подвздошных сочленений. Рентгенологические изменения позвонков выявили в шейном отделе у 15 (34%) пациентов, в грудном отделе – у 12 (27%), в поясничном – у 10 (23%). Медиана интегрального рентгенологического индекса для шейного отдела составила 0,7 [0; 0,2], для грудного отдела – 0,03 [0; 0,13], поясничного отдела – 0 [0; 0,07]. У пациентов с наличием рентгенологически подтвержденных компрессионных изменений шейного отдела позвоночника в сравнении с пациентами без рентгенологических изменений выявлены достоверные различия индекса BASDAI ($4,9 \pm 2,3$ и $7,0 \pm 1,7$ соответственно, $p=0,04$). Установлена обратная взаимосвязь между индексом BASDAI и выраженностью компрессии шейного отдела ($R=-0,59$, $p=0,01$). При сравнении показателей пациентов с наличием изменений хотя бы в одном из отделов позвоночника с показателями пациентов без подтвержденных изменений выявлены различия в экскурсии грудной клетки: 2,15 [2; 4] и 10 [4; 19] см соответственно ($p=0,01$).

Выводы/заключение

Изменения тел позвонков при аксСпА встречаются достаточно часто, причем они практически не взаимосвязаны с текущей активностью болезни. Поражение тел позвонков ассоциируется с уменьшением экскурсии грудной клетки.

Электрофизиологические особенности ремоделирования миокарда у пациентов с анкилозирующим спондилитом

Нигматьянова А.А., Фейсханова Л.И., Мангушева М.М., Абдулганиева Д.И., Лапина С.А., Терегулов Ю.Э.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

Введение/цель

В последние годы часто обсуждается повышение кардиоваскулярного риска у пациентов с ревматическими заболеваниями, в том числе с анкилозирующим спондилитом (АС). Однако при АС механизм развития кардиоваскулярной патологии несколько иной, чем, например, при ревматоидном артрите. Предположительно нарушения проводимости, характерные для АС, могут сопровождаться электрофизиологическими изменениями и нарушением геометрии сердца. Цель работы – изучение ранних доклинических параметров электрической нестабильности

миокарда и анатомических поражений структур сердца у больных АС и их взаимосвязь с активностью, длительностью заболевания.

Материал и методы

Обследовано 94 пациента: 66 мужчин (70,2%) и 28 женщин (29,8%) с достоверным АС без диагностированной сердечно-сосудистой патологии клинически и/или по медицинской документации, в возрасте от 19 до 68 лет (в среднем $46 \pm 2,76$ года). Давность заболевания от появления первых симптомов до момента осмотра была менее 10 лет у 18 (19,1%), более 10 лет – у 76 (80,9%) человек. Согласно BASDAI пациентов с низкой активностью было 11 (11,7%), с умеренной – 14 (14,9%), с высокой и очень высокой – 69 (73,4%) человек, средний BASDAI – $6,01 \pm 1,12$. Для оценки геометрии сердца использовалась эхокардиоскопия (ЭхоКС) с учетом рекомендаций ASE и EAE (2005/2006). По вектор-кардиографии (ВКГ) производили расчет площади петли QRS и петли T.

Результаты/обсуждение

У 13 (13,8%) пациентов с АС были выявлены изменения геометрии сердца по данным ЭхоКС: концентрическое ремоделирование – у 2 (2,12%), эксцентрическая гипертрофия – у 11 (11,7%) пациентов, концентрическая гипертрофия не выявлялась. Площадь петли QRS в группе пациентов с длительностью заболевания менее 10 лет составила $1084,13 \pm 132,42$ мВ, а в группе с длительностью заболевания более 10 лет средняя площадь петли QRS – $2840,56 \pm 224,41$ мВ ($p < 0,001$).

Выводы/заключение

У пациентов с длительностью заболевания более 10 лет отмечалось достоверное увеличение площади петли QRS по данным ВКГ, что свидетельствует о более выраженной электрической активности миокарда и тенденции к развитию гипертрофии левого желудочка. Также нами было выявлено, что с усилением активности заболевания происходило увеличение как площади петли QRS ($p < 0,001$), так и площади петли T ($p < 0,001$). Эти изменения позволяют говорить о том, что повышение активности АС сопровождается усилением электрической активности желудочков и удлинением процесса реполяризации, иными словами, диастолической дисфункцией. Таким образом, длительность и активность АС являются факторами, ведущими к электрофизиологическому ремоделированию сердца, несмотря на сохраняющуюся нормальную геометрию у этих лиц.

Анти-GP2-антитела у пациентов со спондилоартритами

*Петрович Д.М., Кундер Е.В., Волкова М.В.,
Генералов И.И., Роггенбук Д.*

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь

Введение/цель

Панкреатический гликопротеин 2 (GP2) идентифицирован как важнейшая аутоантигенная мишень, является специфическим рецептором клеток микроскладок кишечных пейеровых бляшек, которые представляют собой первичные сайты воспаления при болезни Крона. Публикации последнего десятилетия отражают ренессанс проблемы изучения взаимоотношений между спондилоартритами (СПА), в частности, псориатическим артритом (ПСА),

анкилозирующим спондилитом (АС) и реактивным артритом (РеА), и воспалительными заболеваниями кишечника. Продолжается поиск иммунологических маркеров кишечного воспаления при СПА.

Материал и методы

Обследовано 87 пациентов со СПА (64 – с АС, 23 – с ПСА, 66 – с РеА) и 160 здоровых лиц (контроль). Верификация диагнозов осуществлялась согласно действующим международным критериям. РеА во всех случаях был хламидиоиндуцированным. Детекция анти-GP2 (IgG и IgA) антител проводилась методом иммуноферментного анализа (Medipan GmbH, Германия).

Результаты/обсуждение

IgA к GP2 выявлялись достоверно чаще при СПА (39 из 87; 44,82%) по сравнению с контрольной группой (6 из 160; 3,75%; $p < 0,05$).

Выводы/заключение

У пациентов со СПА высокие уровни антител к GP2 могут быть предикторами кишечного воспаления. Полученные данные помогают углубить понимание взаимосвязи между кишечным воспалением и аутоиммунной ревматической патологией. При выявлении повышенных уровней анти-GP2-антител требуется дополнительное обследование желудочно-кишечного тракта. Необходимо продолжение дальнейших исследований с целью установления предсказательной ценности антител к GP2 для развития кишечного воспаления у пациентов со СПА.

Мультиморбидность анкилозирующего спондилита – результаты российского исследования, проведенного в рамках международной программы COMOSPA

*Подряднова М.В., Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В.,
Старкова А.С., Красенко С.О., Урумова М.М.,
Агафонова Е.М., Балабанова Р.М.*

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

В рамках многоцентровой международной программы COMOSPA, с участием России, проведено исследование по выявлению коморбидности у больных анкилозирующим спондилитом (АС). Цель – оценить частоту сопутствующих заболеваний при АС.

Материал и методы

Обследовано 220 больных АС (модифицированные Нью-Йоркские критерии 1984 г.), последовательно госпитализированных в клинику ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в 2012–2013 гг. Средний возраст – $36,3 \pm 10,2$ года, средний возраст начала заболевания – $30,6 \pm 11,0$ года. HLA-B27 имели 92% больных, BASDAI – $4,5 \pm 2,1$, ASDAS – $3,3 \pm 1,2$, BASFI – $4,4 \pm 2,6$. В 41% случаев имелись внескелетные проявления болезни: увеит – 24%, псориаз – 11%, воспалительные заболевания кишечника – 2%. Диагноз артериальной гипертензии (АГ) выставляли в соответствии с критериями ВОЗ, ишемическая болезнь сердца (ИБС) верифицировалась на основании данных выписных эпикризов. Поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у 220 пациентов было оценено ретроспективно по данным медицинской документации, а 110 больным при наличии жалоб была проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Патология мочевыделительной системы и инфекционные заболевания

устанавливались на основании данных медицинской документации, поражение легких – при рентгенографии органов грудной клетки.

Результаты/обсуждение

В результате опроса 220 пациентов и анализа их медицинской документации поражение ЖКТ было выявлено у 21 (10%) больного, хотя жалобы имел каждый второй. При этом язвенное поражение желудка или двенадцатиперстной кишки в анамнезе имели 17 больных (8%). В то же время из 110 пациентов, которым была проведена ЭГДС, поражение ЖКТ было обнаружено у 74 больных (67%). Из них ЭГДС-признаки антрального гастрита имели 44 пациента (40%), эрозии слизистой оболочки желудка – 14 (13%), язвенное поражение желудка или двенадцатиперстной кишки – 6 (5%). Кардиоваскулярная патология имела у 56 (26%) больных, в том числе АГ – у 52 (24%), средний возраст которых составил 44,2±7,4 года. Из них 44 (85%) являлись лицами мужского пола, причем у 10 (19%) из них АГ была выявлена в возрасте до 36 лет. Более чем у половины (54%) больных с АГ уровень липопротеидов низкой плотности был выше нормы (4,29±1,25). У 4 (2%) из 220 пациентов в возрасте 51–55 лет диагностирована ИБС. Заболевания мочевыделительной системы выявлены у 17 (8%) пациентов, из них у 8 (3,5%) – пиелонефрит, у 4 (2%) – мочекаменная болезнь, у 5 (2,5%) – хроническая болезнь почек. Инфекционные заболевания диагностированы у 15 (7%) больных: инфицированность туберкулезной инфекцией по данным позитивной пробы Манту и диаскин-теста – у 6 (3%) больных, гепатит С – у 7 (3%), гепатит В – у 2 (1%). Патология органов дыхания встречалась в единичных случаях: бронхиальная астма – у 3 (1%) больных, хроническая обструктивная болезнь легких – у 5 (2%).

Выводы/заключение

У больных АС установлена высокая частота поражения ЖКТ и сердечно-сосудистой системы, что предполагает настороженность врачей в отношении кардиоваскулярной проблемы и патологии ЖКТ у данной категории больных. Более чем у половины (56%) пациентов с АС не имелось никаких коморбидных заболеваний.

Ранний аксиальный спондилоартрит – взаимосвязь клинической активности заболевания и скорости рентгенологического прогрессирования

Протопопов М.С.¹, Haibel H.², Braun J.³, Rudwaleit M.⁴, Sieper J.², Поддубный Д.А.²

¹ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия; ²Charite Campus Benjamin Franklin, Rheumatology, Berlin, Germany;

³Rheumatology Center Ruhrgebiet, Herne, Germany, Med Klinik I, Charite, Campus Benjamin Franklin, Berlin, Germany

Введение/цель

Ранее было показано, что повышенный уровень С-реактивного белка (СРБ) при аксиальном спондилоартрите (аксСпА) ассоциирован с более высокой скоростью рентгенологического прогрессирования. Также показано, что скорость рентгенологического прогрессирования у пациентов с поздним анкилозирующим спондилитом (АС) возрастает с увеличением активности забо-

левания по показателю Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS). Цель исследования – оценить взаимосвязь ASDAS и скорости рентгенологического прогрессирования в позвоночнике у пациентов с ранним аксСпА.

Материал и методы

Исследование включало 178 пациентов с аксСпА (100 – АС, 78 – нерентгенологическая стадия аксСпА), вошедших в Немецкую когорту ранних спондилоартритов (GESPIC). Для определения рентгенологического прогрессирования оценивались рентгенограммы шейного и поясничного отделов позвоночника (прямая и боковая проекции), с подсчетом индекса mSASSS и определением числа синдесмофитов. Для определения активности аксСпА были вычислены усредненные за 2 года наблюдения значения индексов ASDAS, BASDAI и его компонентов, общей оценки активности заболевания пациентом по числовой рейтинговой шкале, а также уровня СРБ. Клинические и лабораторные данные собирали в начале исследования и затем каждые 6 мес на протяжении 2 лет наблюдения.

Результаты/обсуждение

Логистический регрессионный анализ продемонстрировал значимую связь между активностью аксСпА согласно индексу ASDAS и скоростью рентгенологического прогрессирования. Так, прогрессирование показателя mSASSS на 2 пункта и более за два года наблюдения было связано с усредненным за 2 года значением ASDAS: нескорректированное отношение шансов (ОШ) 1,64 (95% доверительный интервал – ДИ – 1,03–2,62), скорректированное ОШ с поправкой на исходное наличие синдесмофитов, курение и прием нестероидных противовоспалительных препаратов – 1,80 (95% ДИ 1,04–3,13). Еще более сильная ассоциация выявлена между формированием/прогрессированием синдесмофитов и усредненным значением ASDAS (нескорректированное ОШ – 2,62 (95% ДИ 1,46–4,68), скорректированное ОШ с поправкой на исходное наличие синдесмофитов, курение и прием нестероидных противовоспалительных препаратов – 2,45 (95% ДИ 1,26–4,77).

Выводы/заключение

Сохранение высокой активности заболевания согласно значению индекса ASDAS связано с более высокой скоростью рентгенологического прогрессирования при раннем аксСпА.

Состояние системы остеокластогенеза у мужчин с анкилозирующим спондилитом в зависимости от рентгенологической стадии

Раскина Т.А., Пирогова О.А., Зобнина О.В.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово, Россия

Введение/цель

Развитие остеопороза (ОП) при анкилозирующем спондилите (АС) связано с активацией системы иммунитета, гиперпродукцией «провоспалительных» и недостаточным синтезом «антивоспалительных» цитокинов, дисбалансом в системе RANKL/RANK/OPG, приводящим к активации остеокластогенеза и повышению костной резорбции. Цель – оценить состояние системы остеокластогенеза у мужчин с АС в зависимости от рентгенологической стадии.

Материал и методы

Обследовано 60 мужчин: 40 пациентов с диагнозом АС (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.) и 20 мужчин без АС. Средний возраст больных составил $42,3 \pm 1,9$ года, длительность заболевания – $11,2 \pm 5,3$ года. Для изучения связи между показателями регуляторов остеокластогенеза и рентгенологической стадией больные были разделены на 3 группы: в первую группу вошли 19 больных со II, во вторую – 20 больных с III, в третью – 33 больных с IV рентгенологической стадией. Исследовались лиганд рецептора активатора нуклеарного фактора каппа-В (RANKL) и остеопротегерин (OPG). Определение OPG и RANKL проводилось иммуноферментным методом с использованием набора Biomedica Gruppe Elisa (Австрия).

Результаты/обсуждение

Концентрация OPG у больных АС при различных рентгенологических стадиях была достоверно выше аналогичного показателя контрольной группы. Наименьшие показатели зафиксированы у больных со II рентгенологической стадией АС – $3,65 \pm 0,14$ Ед/л, а наибольшие значения установлены у мужчин с IV рентгенологической стадией АС, где концентрация OPG составила $4,64 \pm 0,28$ Ед/л ($p=0,059$). Показатели уровня RANKL у больных АС с различными рентгенологическими стадиями достоверно не различались как между собой, так и с контрольной группой. Так, у мужчин со II рентгенологической стадией АС уровень RANKL составил $0,26 \pm 0,06$ пмоль/л, а у больных с IV рентгенологической стадией АС – $0,21 \pm 0,03$ ($p=0,798$) соответственно. Отношение OPG/RANKL было достоверно выше у больных АС с IV рентгенологической стадией, чем у пациентов со II и III рентгенологическими стадиями.

Выводы/заключение

Содержание OPG и отношение OPG/RANKL у больных АС достоверно выше, чем у мужчин без АС. Высокие показатели уровня OPG и отношения OPG/RANKL соответствуют поздней рентгенологической стадии АС. Повышение уровня OPG и отношения OPG/RANKL у обследованных больных может быть связано с тем, что подавляющее большинство пациентов (74%) имели поздние (3-ю и 4-ю) стадии спондилита со множественными синдесмотами.

Эффективность противовоспалительной терапии у больных анкилозирующим спондилитом по результатам проспективного наблюдения

*Раскина Т.А., Малышенко О.С.,
Пирогова О.А., Летаева М.В.*

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово, Россия

Введение/цель

Оценить эффективность терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и инфликсимабом (ИНФ) у больных анкилозирующим спондилитом (АС) по данным трехлетнего наблюдения.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 72 мужчины с достоверным диагнозом АС. Все больные были распределены в две группы в зависимости от варианта базисной терапии: группа 1 ($n=29$) – получавшие комбинированную терапию ИНФ и НПВП и группа 2 ($n=43$) – получавшие только НПВП. Проспективное исследование

проводилось каждые 12 мес с включением клинического, лабораторного и инструментального обследования, аналогичного таковому при включении больного в исследование.

Результаты/обсуждение

Через год терапии ИНФ достоверно снизились показатели индексов активности BASDAI, функционального индекса BASFI, боли в позвоночнике, утомляемости, глобальной оценки активности заболевания пациентом. Высокий уровень BASDAI оставался только у 10 пациентов. К 24-му месяцу наблюдения вышеперечисленные показатели достоверно не изменились по сравнению с результатами, полученными к 12-му месяцу лечения, и сохранялись стабильными к 36-му месяцу терапии. К 12-му месяцу лечения НПВП достоверно уменьшились показатели индекса активности BASDAI, боли в позвоночнике, утомляемости, глобальной оценки активности заболевания пациентом ($p<0,05$). Снижение функционального индекса BASFI носило недостоверный характер. К 24-му месяцу лечения все показатели по сравнению с результатами, полученными после 12 мес лечения, достоверно не изменились, кроме уровня боли в исследуемом отделе позвоночника, который достоверно увеличился по сравнению с аналогичным показателем, полученным к 12-му месяцу наблюдения. Аналогичные закономерности сохранились и к 36-му месяцу наблюдения. При оценке ответа на проводимое лечение по критериям ASAS через 36 мес наблюдения показано, что количество пациентов, соответствующих 20%, 40% улучшению по критериям ASAS (ASAS20 и ASAS40 соответственно) и частичной ремиссии ASAS, было достоверно выше в группе пациентов, получавших ИНФ, по сравнению с группой пациентов с монотерапией НПВП ($p<0,05$). ASAS20 – 89,3 и 64,1%, ASAS40 – 82,1 и 35,9%, ASAS частичной ремиссии – 42,8 и 15,4% соответственно в 1-й и 2-й группах. Число пациентов, достигших 50% улучшения по BASDAI к 36-му месяцу лечения, также достоверно выше в группе 1 по сравнению с группой 2 – 89,3 и 43,6% соответственно ($p<0,05$).

Выводы/заключение

Назначение ИНФ демонстрирует быстрое достижение клинического эффекта и положительное влияние на функциональный статус больных АС.

Влияние терапии инфликсимабом на минеральную плотность кости у больных анкилозирующим спондилитом

*Раскина Т.А., Пирогова О.А.,
Малышенко О.С., Фанасков В.Б.*

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово, Россия

Введение/цель

В настоящее время препаратами выбора для лечения анкилозирующего спондилита (АС) являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и ингибиторы фактора некроза опухоли α (ФНО α). Данные группы препаратов эффективны в отношении клинических признаков АС, однако до настоящего времени влияние инфликсимаба (ИНФ) и НПВП на минеральную плотность кости (МПК) при АС мало изучено. Цель – оценить влияние противовоспалительной терапии на МПК у больных АС.

Материал и методы

Обследовано 72 пациента мужского пола с диагнозом АС (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.). Средний возраст больных — $42,23 \pm 1,31$ года. Все мужчины были рандомизированы в 2 группы в зависимости от варианта базисной терапии: группа 1 ($n=29$) — больные, получавшие комбинированную терапию ИНФ и НПВП; группа 2 ($n=43$) — пациенты с монотерапией НПВП в стандартных дозах. МПК определяли в шейке бедра и поясничном отделе позвоночника исходно и через 36 мес методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (денситометр Excell XR-46, NORLAND, США).

Результаты/обсуждение

Исходно при включении пациентов в исследование в обеих группах больных отмечалось снижение МПК как в шейке бедра, так и в поясничном отделе позвоночника. На фоне терапии ИНФ через 36 мес отмечено достоверное повышение денситометрических показателей относительно исходных данных в шейке бедра (МПК исходно — $0,862 \pm 0,14$ г/см², через 36 мес — $0,956 \pm 0,12$ г/см²; $p < 0,05$). При сравнительном анализе показателей МПК через 36 мес терапии установлено, что в группе больных, получавших ИНФ, показатели МПК достоверно выше соответствующих показателей группы пациентов с терапией НПВП. Так, МПК группы 1 — $0,956 \pm 0,12$ г/см², МПК группы 2 — $0,836 \pm 0,17$ г/см² ($p < 0,05$). Результаты анализа динамики МПК в поясничном отделе позвоночника свидетельствуют о достоверном повышении показателей МПК в обеих группах больных, независимо от варианта противовоспалительной терапии. Так, в группе 1 показатели МПК исходно составили $0,820 \pm 0,14$ г/см², через 36 мес — $1,003 \pm 0,10$ г/см² ($p < 0,05$), в группе 2 — $0,869 \pm 0,16$ и $-1,103 \pm 0,10$ г/см² ($p < 0,05$) соответственно.

Выводы/заключение

Установлено отсутствие негативного влияния противовоспалительной терапии на МПК у больных АС. Применение ИНФ у больных АС в течение 36 мес приводит к достоверному повышению показателей МПК в шейке бедра и в поясничном отделе позвоночника.

Аксиальный спондилоартрит: сравнение клиники анкилозирующего спондилита и нерентгенологического аксиального спондилоартрита по данным когорты КоРСАР

Румянцева Д.Г., Дубинина Т.В., Румянцева О.А.,

Дёмина А.Б., Губарь Е.Е., Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

По данным ранее проведенных исследований выявлено клиническое сходство нерентгенологического аксиального спондилоартрита (нр-аксСпА) и анкилозирующего спондилита (АС), однако до сих пор остается не изученным вопрос, является ли нр-аксСпА начальной стадией АС или имеется определенная нозологическая самостоятельность между этими двумя вариантами аксСпА. Цель — охарактеризовать клиническую картину аксСпА по данным когорты КоРСАР (Когорта Раннего СпондилоАртриты).

Материал и методы

В настоящее время в когорту КоРСАР включено 94 больных аксСпА с длительностью воспалительной боли

в спине (критерии ASAS 2009 г.) не более 5 лет. Всех больных, вошедших в исследование, обследовали идентично: выясняли анамнез болезни, проводили клинический осмотр согласно рекомендациям ASAS, проводили рентгенографию таза (и других отделов позвоночника и суставов при необходимости), магнитно-резонансную томографию крестцово-подвздошных суставов. Средний возраст пациентов составил $28,6 \pm 6,8$ года, средняя продолжительность заболевания — $23,1 \pm 15,8$ мес, HLA-B27-позитивными были 82 (87,2%) больных.

Результаты/обсуждение

Для анализа клинической картины аксСпА пациенты были разделены на 2 группы: 1-я — пациенты с нр-аксСпА, 2-я — пациенты с АС. В 1-ю группу вошли 44 (46,8%) больных, во 2-ю — 50 (53,2%) пациентов. Сравнительный анализ выявил следующие особенности клинико-лабораторных данных 1-й и 2-й групп (медиана [25-й; 75-й перцентили]): BASDAI — 3,9 [2,2; 4,85] vs 3,5 [1,7; 5,5] ($p=0,4$), BASFI — 1,1 [0,4; 2,6] vs 1,4 [0,3; 2,8] ($p=0,02$), ASDAS-СРБ — 2,0 [1,3; 2,7] vs 2,5 [1,4; 3,6] ($p=0,1$), MASES — 0 [0; 1,0] vs 0 [0; 2,0] ($p=0,5$), СОЭ — 7,5 [5,0; 12,5] мм/ч vs 12,5 [5,0; 24,0] мм/ч ($p=0,2$), уровень С-реактивного белка (СРБ) — 2,2 [0,8; 7,6] мг/л vs 5,15 [1,2; 27,7] мг/л ($p=0,04$), число припухших суставов — 0 [0; 1,0] vs 0 [0; 0] ($p=0,4$).

Выводы/заключение

1. Не было выявлено достоверных различий по частоте артритов, энтезитов, индексам BASDAI, ASDAS-СРБ и BASFI, т. е. не выявлено клинических различий между больными с рентгенологически подтвержденным аксСпА и с нр-аксСпА. 2. Лабораторные показатели активности заболевания СОЭ и СРБ выше у пациентов с АС.

Эволюция аксиального спондилоартрита по результатам 12-месячного наблюдения за когортой КоРСАР

Румянцева Д.Г., Дубинина Т.В., Румянцева О.А.,

Дёмина А.Б., Губарь Е.Е., Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

До сих пор слабо изучен вопрос, является ли нерентгенологический аксиальный спондилоартрит (нр-аксСпА) начальной стадией анкилозирующего спондилита (АС). Ответить на него можно только в процессе длительного динамического наблюдения за когортой больных. Цель — проанализировать эволюцию аксСпА в течение 12 мес.

Материал и методы

В ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в 2012 г. начато формирование когорты КоРСАР (Когорта Раннего СпондилоАртриты). В нее включены пациенты, удовлетворяющие критериям аксСпА (ASAS 2009 г.) с длительностью воспалительной боли в спине не более 5 лет. В настоящее время в когорту КоРСАР включено 94 больных аксСпА с длительностью воспалительной боли в спине (критерии ASAS 2009 г.) не более 5 лет. В предварительный анализ по изучению эволюции аксСпА вошли 54 больных, наблюдавшихся в течение не менее 12 мес. Все больные, вошедшие в исследование, во время первого визита и через 12 мес обследовались идентично: выясняли анамнез болезни, проводили клинический осмотр согласно рекомендациям ASAS, рентгенологическое обследование таза (и других отделов позвоночника и суста-

вов при необходимости), магнитно-резонансную томографию крестцово-подвздошных суставов. Средний возраст пациентов на момент первого визита составил $27,1 \pm 5,5$ года, средняя продолжительность заболевания – $22,4 \pm 15,1$ мес, HLA-B27-позитивными были 49 (90,7%) больных.

Результаты/обсуждение

Для анализа эволюции аксСпА пациенты были разделены на 2 группы: 1-я – пациенты с нр-аксСпА, 2-я – пациенты с АС. Во время первого визита 31 (57,4%) больной был с диагнозом АС, из них мужчин – 17 (54,8%), а у 23 (42,6%) больных имелся нр-аСпА, 7 (30,4%) мужчин. Через 12 мес диагноз АС был установлен 40 (74,0%) больным, из них 20 (50,0%) мужчин и 20 (50,0%) женщин. Число пациентов с нр-аксСпА уменьшилось до 14 (26,0%), мужчин было 4 (28,5%), женщин – 10 (71,5%). Исходная клинико-лабораторная характеристика 1-й и 2-й групп (медиана [25-й; 75-й перцентили]): BASDAI – 3,4 [1,6; 5,1] vs 3,5 [2,0; 4,9] ($p=1,2$), BASFI – 1,2 [0,3; 2,5] vs 1,4 [0,3; 2,5] ($p=1,6$), ASDAS-СРБ – 2,5 [1,4; 3,1] vs 1,8 мг/л [1,3; 3,1] ($p=0,06$), СОЭ – 3,0 [5,0; 24,0] мм/ч vs 8,0 [5,0; 14,0] мм/ч ($p=0,08$), уровень С-реактивного белка (СРБ) – 4,3 [1,0; 20,0] мг/л vs 4,8 [0,6; 9,7] мг/л ($p=1,4$), MASES – 1,0 [0,0; 2,0] vs 1,0 [0; 3,0] ($p=1,0$). Через 12 мес наблюдения у больных 1-й и 2-й групп клинико-лабораторные показатели составили: BASDAI – 1,8 [0,80; 3,65] vs 2,75 [1,2; 3,6] ($p=0,8$), BASFI – 0,65 [0; 2,05] vs 0,35 [0,1; 1,3] ($p=1,0$), ASDAS-СРБ – 1,35 [1,1; 2,05] vs 1,3 [1,0; 2,1] ($p=2,0$), СОЭ – 7,5 [5,0; 21,0] мм/ч vs 2,5 [0,8; 4,8] мм/ч ($p=0,07$), СРБ – 2,3 [0,85; 10,1] мг/л vs 6,5 [5,0; 8,0] мг/л ($p=0,2$), MASES – 0 [0; 1,0] vs 0 [0; 0] ($p=2,0$). Из 23 пациентов с нр-аксСпА у 9 (39%) за 12 мес появился рентгенологический сакроилиит, т. е. развился АС.

Выводы/заключение

1. За 12-месячный период у 9 (39%) из 23 пациентов с нр-аксСпА появился рентгенологический сакроилиит, т. е. развился АС. 2. Достоверных различий по клинической картине между аксСпА и нр-аксСпА не выявлено.

Влияние иммуногенности на эффективность и переносимость инфликсимаба у больных анкилозирующим спондилитом

Румянцева О.А., Бочкова А.Г., Урумова М.М., Черкасова М.В., Александрова Е.Н., Соловьев С.К., Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Введение/цель

Изучить эффективность и переносимость инфликсимаба (ИНФ) на основе анализа концентрации ИНФ и уровня антител (АТ) к препарату в сыворотке крови больных анкилозирующим спондилитом (АС), длительно получающих ИНФ.

Материал и методы

Больным ($n=54$) с активным АС (BASDAI >4) проводилось регулярное длительное (более года, максимум 10 лет) лечение ИНФ в дозе 5 мг/кг массы тела по стандартной схеме. На фоне терапии перед очередной инфузией ИНФ производился забор крови для количественного определения АТ к ИНФ и концентрации ИНФ. В зависимости от эффективности были сформированы 2 группы: в первую вошли 27 (50%) больных, у которых наблюдалась потеря эффекта ИНФ (обострение через 2–4 нед после

инфузии), во вторую – 27 (50%) больных без потери эффекта ИНФ.

Результаты/обсуждение

АТ к ИНФ были выявлены у 28 (52%) больных, при этом у больных с потерей эффекта они встречались чаще, чем у остальных (67 и 37% соответственно, $p<0,05$). У больных с потерей эффекта ИНФ уровень АТ к ИНФ был достоверно выше, чем при сохранении эффекта (18,33 и 4,67 ЕД/мл соответственно, $p<0,05$). При этом концентрация ИНФ в сыворотке крови в этих группах значимо не различалась (1,6 и 2,96 мкг/мл соответственно). Нежелательные явления наблюдались у 32 (59%) больных, были легкой и умеренной степени тяжести. Чаще всего наблюдались сезонные ОРВИ, рецидивы *Herpes simplex*, у 3 больных – развитие ладонно-подошвенной экземы, у 2 – гепатотоксичность, купировавшиеся на фоне симптоматической терапии и не потребовавшие отмены ИНФ. У одного больного развилась тотальная алопеция (на фоне высокого уровня аутоантител и АТ к ИНФ), в связи с чем ИНФ был отменен, после этого все проявления были купированы. У 8 (15%) ИНФ был отменен из-за развития инфузионной реакции, причем у 5 из них это сопровождалось потерей эффекта ИНФ и одновременным выявлением АТ к ИНФ.

Выводы/заключение

Иммуногенность может быть одной из причин плохой переносимости ИНФ. Развитие вторичной неэффективности ИНФ может быть связано не только с появлением нейтрализующих АТ и снижением концентрации препарата в сыворотке крови, но и с другими, пока неизвестными, причинами.

Клиническое значение определения уровня стабильных метаболитов оксида азота у больных псориазом и псориатическим артритом

Симонова О.В., Немцов Б.Ф., Сухих Е.Н., Тимин М.В.
ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров, Россия

Введение/цель

Оценить уровень стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови и моче у больных псориатическим артритом (ПсА), по сравнению со здоровыми и на фоне базисной терапии.

Материал и методы

Открытое контролируемое 12-месячное исследование проведено у 33 больных достоверным ПсА, получавших терапию метотрексатом (МТ) в дозе 10–15 мг/нед. Большинство больных были женщины ($n=21$). Средний возраст – $40,5 \pm 8,4$ года. Длительность суставного синдрома – $4,7 \pm 5,7$ года. Стаж кожного псориаза – $11,6 \pm 12,1$ года. Все они имели вульгарный очаговый ($n=21$) или распространенный ($n=12$) псориаз в прогрессирующей ($n=11$) или стационарной ($n=22$) стадии, полиартритический вариант суставного синдрома ($n=33$), I–III рентгенологические стадии. Около трети больных имели высокую степень активности и тяжелую форму болезни с системными проявлениями. Концентрацию стабильных метаболитов оксида азота сыворотки крови и мочи определяли с помощью реактива Грисса. В качестве контрольной группы по показателям стабильных метаболитов оксида азота использовались здоровые доноры ($n=35$), возрастной состав которых соответствовал обследуемой группе больных ПсА. Изучаемые показатели оценивали до начала лечения, через 1, 3, 6, 12 мес терапии.

Результаты/обсуждение

В группе больных ПсА содержание стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови ($16,7 \pm 3,3$; $13,9 \pm 2,8$) и моче ($11,3 \pm 1,5$; $8,9 \pm 1,3$) было достоверно ($p < 0,001$) выше, чем в контрольной группе здоровых доноров ($4,2 \pm 0,78$; $2,1 \pm 0,45$), и их концентрация повышалась с увеличением активности заболевания. Содержание стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови и моче больных с III степенью активности ПсА ($20,3 \pm 3,9$; $15,0 \pm 1,9$) было достоверно выше ($p < 0,001$), чем у больных со II степенью активности ПсА ($10,6 \pm 0,9$; $5,5 \pm 0,32$). При изучении динамики показателей стабильных метаболитов оксида азота в процессе терапии МТ было установлено снижение их уровня. К концу 3-го месяца лечения выявлено их достоверное ($p < 0,05$) снижение: с $16,7 \pm 3,3$ до $14,6 \pm 3,1$ и с $11,3 \pm 1,5$ до $10,2 \pm 2,1$. В более поздние сроки наблюдения (6–12 мес) уровень стабильных метаболитов оксида азота сыворотки крови и мочи продолжал снижаться ($p < 0,001$), по сравнению с показателями до лечения: $12,7 \pm 2,3$; $7,7 \pm 2,5$.

Выводы/заключение

У больных ПсА, по сравнению со здоровыми лицами, уровень стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови и моче достоверно выше и зависит от степени активности заболевания. Терапия МТ приводит к снижению уровня стабильных метаболитов оксида азота сыворотки крови и мочи у больных ПсА.

Клиническая эффективность и переносимость различных видов базисной терапии у больных псориатическим артритом

*Симонова О.В., Филимонова О.Г., Сухих Е.Н., Тимин М.В.
ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров, Россия*

Введение/цель

Оценить клиническую эффективность и переносимость различных видов базисной терапии у больных псориатическим артритом (ПсА).

Материал и методы

Исследование проведено у 73 больных с достоверным диагнозом ПсА. Среди больных преобладали женщины ($n=52$), средний возраст $49,3 \pm 7,6$ года. Длительность суставного синдрома составила $9,2 \pm 7,5$ года, стаж кожного псориаза – $23,0 \pm 13,7$ года. Большинство больных ($n=56$) имели полиартритический вариант суставного синдрома, II степень активности заболевания ($n=53$). 30 пациентов (1-я группа) получали базисную терапию метотрексатом (МТ) $10\text{--}15$ мг/нед, 23 пациента (2-я группа) получали сульфасалазин (СУЛЬФ) 2 г/сут, 20 человек (3-я группа) – комбинированную терапию МТ 10 мг/нед и СУЛЬФ 2 г/сут. Исследуемые группы были сопоставимы по основным антропометрическим и клиническим показателям ($p > 0,05$). Основу обследования больных составили общеклинические методы, принятые в ревматологической практике (суставной индекс, число болезненных и припухших суставов, общая оценка боли по визуальной аналоговой шкале – ВАШ, выраженность и продолжительность утренней скованности, индекс активности DAS4, индекс тяжести псориаза PASI). Качество жизни (КЖ) пациентов исследовали с помощью опросников HAQ, SF-36, дерматологического индекса КЖ (DLQI). Эффективность терапии оценивали с помощью критериев Американской коллегии ревматологов (ACR). Все показатели определяли до лечения и через 1, 3 и 6 мес терапии.

Результаты/обсуждение

В процессе терапии базисными препаратами во всех группах произошло достоверное уменьшение числа болезненных и припухших суставов ($p < 0,001$), боли в суставах по ВАШ ($p < 0,01$), утомляемости, выраженности и длительности утренней скованности ($p < 0,05$). Достоверное ($p < 0,05$) снижение индекса PASI наблюдалось только в 1-й и 3-й группах. Согласно критериям ACR к 6-му месяцу терапии 20% улучшение имели 75,9% пациентов 1-й группы, 72,2% пациентов 2-й группы, 80% пациентов 3-й группы. Ремиссия заболевания была достигнута у 4 (13,8%) пациентов, получающих МТ, у 3 (16,7%) – СУЛЬФ, у 4 (20%) – комбинированную терапию. Побочные действия отмечены у 8 (26,7%) больных в 1-й группе, у 5 (21,7%) – во 2-й, у 6 (30%) – в 3-й группе. Наиболее часто встречались повышение уровней трансаминаз и диспепсические расстройства. Побочные эффекты потребовали отмены препаратов у 1 (3,3%) больного в 1-й группе, у 1 (4,3%) во 2-й, у 5 (25%) пациентов в 3-й. Достоверное улучшение показателя HAQ, физического функционирования, боли, жизне-способности, социального функционирования и психологического здоровья ($p < 0,001$) к 6-му месяцу наблюдалось во всех группах. Достоверного улучшения показателя DLQI не произошло ни в одной из групп.

Выводы/заключение

Терапия МТ, СУЛЬФ и их комбинацией приводит к клиническому улучшению у большинства больных с ПсА. По сравнению с монотерапией МТ и СУЛЬФ, комбинированная терапия чаще вызывает ремиссию заболевания, но хуже переносится больными.

Случай возникновения лимфедемы у пациента с анкилозирующим спондилитом

*Фейсханова Л.И., Фейсханов А.К., Фатыхова Э.З.
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия*

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) – заболевание, которое может вовлекать различные органы и системы, поэтому лица, страдающие им, становятся пациентами не только ревматолога, но и врачей других специальностей, в том числе хирургов. Один из таких клинических случаев представлен ниже.

Материал и методы

Больная К., 54 лет, поступила с жалобами на ноющую боль в спине, усиливающуюся в ночное время; боли в мелких и средних суставах; плотные отеки конечностей; обильные сукровичные выделения из трофических дефектов кожи обеих голеней в течение 3 нед. Болеет с 2007 г., а в 2008 г. поставлен диагноз АС. Принимала сульфасалазин, адалимумаб без явного эффекта. С 2013 г. принимала метилпреднизолон 8 мг. В 2014 г. присоединился отечный синдром. Пациентка пыталась носить компрессионные чулки циркулярной вязки, но из-за гиперестезии, истончения кожных покровов, образования перетяжек в подколенной области не смогла делать это. За 3 нед до обращения образовались лимфоциты, которые постепенно про-рвались, вызвав обильную лимфорею и дальнейшее ухудшение состояния конечностей. Объективно состояние удовлетворительное, индекс массы тела – $34,9$ кг/м². Артериальное давление – $135/85$ мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 82 в 1 мин. Кожные покровы сухие, очень тонкие, тургор резко снижен. Отмечалась болезненность

при пальпации паравerteбральных точек, мелких и средних суставов, ограничение движений в них. Симптомы Кушелевского, Томайера, Отта, Шобера – положительные. Имелись периорбитальные отеки, плотные белковые отеки на обеих нижних конечностях с множественными диффузными лимфоцитами на голенях, некоторые из них прорвались с образованием лимфорей и с мацерацией кожного покрова с образованием сливных трофических дефектов кожи. После обследования поставлен диагноз «АС, смешанная форма, HLA-B27-позитивность, активность 3 (BASDAI – 6,2), прогрессирующее течение, II рентгенологическая стадия сакроилита, вторичный остеоартроз 3-й стадии. Вторичная лимфедема нижних конечностей 3-й стадии, осложненная лимфореей». Помимо коррекции терапии АС, нами проводилось лечение лимфатической недостаточности по методике «Комплексная физическая противоотечная терапия» (КФПТ), включающей мануальный лимфодренажный массаж, местный уход за кожей (обработка трофических дефектов антисептиками, хорошо адсорбирующая повязка), компрессионное бандажирование, проведение специального комплекса лечебной физкультуры (ЛФК). Проведено 20 сеансов КФПТ с подбором индивидуального компрессионного лечебного трикотажа плоской вязки 3-го класса компрессии.

Результаты/обсуждение

В ходе лечения получен значительный положительный эффект в виде купирования отека, смягчения кожных покровов с улучшением тургора кожи, прекращения лимфорей, эпителизации трофических дефектов, исчезновения лимфоцита, уменьшения объемов нижних конечностей: правой – на 2287 см³, левой – на 2212 см³, исчезновения боли в обеих голенях и значительного ослабления болей в голеностопных и коленных суставах. Эффект от лечения наблюдается уже в течение 18 мес. Пациентка ежедневно носит компрессионные чулки и проводит ЛФК.

Выводы/заключение

Сочетание АС с лимфедемой встречается очень редко, при этом лимфедема имеет свои особенности течения. Ввиду склерозирующих изменений кожи и подкожной жировой клетчатки при АС 3-я стадия лимфатической недостаточности проявляется не деформирующими отеками (слоновость), а повреждением кожных покровов с образованием лимфорей. КФПТ лимфедемы дает хороший клинический эффект, положительные отдаленные результаты и улучшает качество жизни пациентов.

Влияние базисной терапии на психоэмоциональный статус больных псориатическим артритом

Филимонова О.Г., Симонова О.В.

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров, Россия

Введение/цель

Псориатический артрит (ПсА) относится к группе серонегативных спондилоартропатий и характеризуется неуклонно прогрессирующим течением, множественными метаболическими нарушениями, ранней инвалидизацией и сокращением продолжительности жизни больных. Пациенты испытывают серьезные психологические и физические трудности не только из-за вынужденных ограничений повседневной активности в результате артрита, но и вследствие обширного поражения кожи. Цель исследования – изучить влияние базисной терапии на психоэмоциональный статус больных ПсА.

Материал и методы

Обследовано 80 пациентов с достоверным диагнозом ПсА, которые были разделены на три группы. Первая группа пациентов (n=30) получала базисную терапию метотрексатом, вторая (n=23) – сульфасалазином, контрольную группу (n=27) составили пациенты, получающие только симптоматическую терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Исследуемые группы достоверно не различались по основным клиническим показателям (возрасту, стажу псориаза и суставного синдрома, степени активности заболевания). Для оценки психоэмоционального статуса использовали опросник депрессии Бека – BDI, госпитальную шкалу тревоги и депрессии – HADS (учитывался уровень тревожных и депрессивных симптомов). Уровень тревоги исследовали по шкале ситуативной и личностной тревожности Спилберга–Ханина. Изучение психоэмоционального статуса проводили до лечения, через 1, 3 и 6 мес терапии.

Результаты/обсуждение

Улучшение психоэмоционального статуса к концу 1-го месяца терапии наблюдалось в группе метотрексата: выраженность депрессии по Беку снизилась на 22% (p<0,05), которое сохранялось к 3 мес лечения (p<0,05). К 6 мес наблюдения в первой группе наблюдалось снижение уровня депрессии согласно опроснику Бека на 28% (p<0,01), уменьшение симптомов тревоги по Госпитальной шкале на 19% (p<0,01) и ситуативной тревожности на 11% (p<0,05). В группе сульфасалазина к концу наблюдения произошло уменьшение симптомов тревоги по Госпитальной шкале на 11% (p<0,05). У больных ПсА, принимающих только НПВП, через 3 мес лечения на 14% уменьшалась ситуативная тревожность (p<0,05). Однако к концу наблюдения в контрольной группе статистически значимых изменений психоэмоционального статуса не сохранялось. При анализе динамики выраженности депрессии по Беку было выявлено, что к 6 мес лечения в группах базисной терапии уменьшалась доля пациентов с выраженной и тяжелой депрессией и увеличивался процент больных с отсутствием депрессии и ее легкой степенью. В группе НПВП такой закономерности не наблюдалось.

Выводы/заклучение

Уменьшение выраженности тревожно-депрессивных расстройств у больных ПсА происходит только на фоне базисной терапии метотрексатом или сульфасалазином. Однако у части больных сохраняется высокий уровень депрессии и тревожности, что говорит о необходимости включения в комплексную терапию больных ПсА с коморбидной депрессией, особенно выраженной и тяжелой, психотерапевтических методов, в том числе антидепрессантов.

Оценка состояния центральной гемодинамики больных анкилозирующим спондилитом

Хакимова Р.А., Хан Т.А., Алияхунова М.Ю., Исламова Д.Н.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Определить состояние центральной гемодинамики больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материал и методы

Было обследовано 27 больных АС. Диагноз верифицирован согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984). Средний возраст больных составил

30±5,2 года. У 12 больных наблюдалась периферическая форма, у 15 – центральная. Контрольную группу составили 11 практически здоровых лиц. Системная гемодинамика у больных АС оценивалась методом интегральной реографии тела по методу М.Ю. Тищенко. На полученной реографической кривой определяли амплитуду анакроты и отношение продолжительности диастолической части к продолжительности сердечного цикла. С использованием полученных показателей расчетным путем получали следующие параметры, характеризующие системную гемодинамику: ударный объем (УО) сердца, индексированный к площади поверхности тела; сердечный индекс (СИ) – минутный объем сердца, индексированный к площади поверхности тела; коэффициент резерва (КР) – отношение фактического СИ к должному, определяемому по таблицам Гарриса–Бенедикта с учетом роста, массы тела, возраста и пола больного; коэффициент интегральной тоничности (КИТ) – относительная продолжительность диастолы, отражающая величину системного артериального тонуса; показатель стабилизации тонуса (ПСТ) – величина, характеризующая колебания системного артериального тонуса в различные фазы дыхательного цикла.

Результаты/обсуждение

Параметры центральной гемодинамики – частота сердечных сокращений (ЧСС), УО и СИ – у больных обеих групп оставались в пределах нормальных значений, так же как и ПБ, характеризующий гидрофильность тканей. Однако при сопоставлении с данными, полученными у здоровых лиц, видно, что у больных АС ЧСС и УИ достоверно повышены, что способствует увеличению СИ ($p < 0,001$ по сравнению с показателями здоровых лиц). Подтверждением перестройки гемодинамики по гиперкинетическому типу является достоверное увеличение КР, как соотношения фактического УО к должной, эмпирически рассчитанной величине. Косвенным свидетельством того, что гиперкинетический тип гемодинамики формируется в ответ на развитие дыхательной недостаточности, служит тот факт, что КР у больных с центральным поражением (значительная дыхательная недостаточность) был достоверно выше, чем у пациентов с периферическим и ризомелическим поражением (выраженная дыхательная недостаточность) при значимом межгрупповом различии ($p < 0,001$). ПБ у больных АС был относительно выше, чем у лиц контрольной группы. КИТ свидетельствовал о значительном увеличении тонуса артериол у больных АС, при этом достоверно более выраженные нарушения наблюдались у больных с центральным поражением. ПСТ был увеличен, что соответствовало увеличению сосудистого тонуса и снижению вазодилаторного резерва. Проведенный корреляционный анализ выявил следующие закономерности. У пациентов с периферическим поражением наблюдалась средняя достоверная положительная взаимосвязь между ПБ и КР ($r = 0,38$, $p < 0,05$), а у обследованных с центральным поражением такой связи не обнаружено. О компенсаторном механизме увеличения ЧСС у больных АС свидетельствует отрицательная связь между ЧСС и УИ ($r = -0,45$, $p < 0,05$). У пациентов с периферическим поражением таких закономерностей не обнаружено.

Выводы/заключение

Таким образом, дыхательная недостаточность послужила фактором, провоцирующим перестройку системы

кровообращения в сторону гипердинамического типа, учащению сердечного ритма, повышению системного сосудистого тонуса.

Изменение скорости клубочковой фильтрации и альбуминурии у пациентов со спондилоартритами, принимающими нестероидные противовоспалительные препараты совместно с глюкокортикоидами

*Хонджарян Э.В., Апаркина А.В., Гайдукова И.З., Ребров А.П.
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
Саратов, Россия*

Введение/цель

Пациенты со спондилоартритами (СПА) входят в группу риска по возникновению хронической болезни почек (ХБП), как в результате многолетнего воспаления, так и в силу постоянного приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Известно, что треть пациентов со СПА принимают в различных режимах глюкокортикоиды (ГК), воздействие которых на состояние почек при совместном применении с НПВП неизвестно. Цель исследования – сравнить скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и альбуминурию у пациентов со СПА на фоне терапии НПВП при совместном приеме с ГК и без них.

Материал и методы

Обследованы 193 пациента со СПА (возраст – $41,7 \pm 12,8$ года, продолжительность АС – 12 [5; 23] года), получающих НПВП. Пациенты разделены на две группы: постоянный прием ГК ($n = 102$) или без приема ГК ($n = 91$). Средняя доза ГК составила 10–20 мг/сут в преднизолоновом эквиваленте, длительность приема – 0,75 [0,3; 2,0] года. Пациенты групп были сопоставимы по активности заболевания, возрасту, полу, факторам сердечно-сосудистого риска. Исключили пациентов с заболеваниями мочевого выделительной и сердечно-сосудистой систем, с онкогематологическими заболеваниями, с инфекциями. Определяли уровни креатинина сыворотки крови и мочи, рассчитывали СКФ по формуле СКД-ЕРІ; определяли уровень альбумина в моче с расчетом отношения альбумин/креатинин мочи (мг/г); оценивали текущую активность заболевания (индексы активности BASDAI и AsDAS).

Результаты/обсуждение

Средняя СКФ у пациентов со СПА, принимающих ГК, и пациентов со СПА, не принимающих ГК, была сопоставима: 87 [81; 104] и 87 [76,75; 102] мл/мин/1,73 м² соответственно. Уровни альбуминурии у пациентов с приемом ГК и без него существенно не различались – 34,1 [24,4; 52,2] мг/г для пациентов, принимающих ГК, и 34,2 [23,9; 43,5] мг/г для пациентов, не принимающих ГК ($p > 0,05$). Снижение СКФ менее 89 мл/мин/1,73 м² и/или альбуминурия более 30 мг/г (С2А1) установлены у 84,62% пациентов на фоне терапии НПВП и у 38% пациентов, получающих ГК (С3А2 стадия ХБП; $p < 0,05$). У пациентов, принимающих ГК, изменение СКФ и альбуминурия встречались реже ($p < 0,05$). Снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м² и/или повышение альбуминурии более 30 мг/г отмечены у 42,85% пациентов без ГК и у 6% больных, получающих ГК (С3А2 стадия ХБП; $p < 0,05$). У пациентов, принимающих ГК, изменение СКФ и альбуминурия встречались реже.

Выводы/заключение

У пациентов со СПА, получающих НПВП совместно с ГК, снижение СКФ и значимая альбуминурия встреча-

ются реже, чем у больных, получающих только НПВП. При этом средние значения СКФ и альбуминурии у больных с приемом ГК сопоставимы с показателями больных, получающих только НПВП.

Внекишечные проявления как фактор риска прогрессирования болезни Крона

Щукина О.Б.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Внекишечные проявления (ВКП) нередко встречаются у больных болезнью Крона (БК). Доказана корреляция между ВКП и клинической формой БК, потенциальными факторами риска и активностью основного заболевания. Однако недостаточно проспективных исследований, касающихся прогностической роли ВКП в прогрессировании БК. Цель исследования – выявить прогностическую значимость ВКП в прогрессировании болезни Крона.

Материал и методы

Проводилось проспективное (в среднем 54,2 мес) наблюдение 202 больных БК (в том числе 91 мужчина), средний возраст – 36,8 года. Фенотип БК устанавливался согласно Венской классификации. Оценивалось появление неблагоприятных исходов (стероидозависимость, стероидорезистентность, потребность в иммуносупрессорах и/или ингибиторах фактора некроза опухоли α – ФНО α) и прогрессирование заболевания [клиническое ухудшение, повышение лабораторной активности, прогрессирование по данным визуализации (эндоскопии, магнитно-резонансной энтерографии), потребность в хирургическом лечении, экстренной госпитализации]. Сравнивались две подгруппы больных – с ВКП и без ВКП.

Результаты/обсуждение

ВКП присутствовали у 76 (36,2%) больных. Поражением кожи страдали 18 (8,6%) больных, периферической артропатией (ПА) – 49 (23,3%), спондилоартритом (СпА) – 8 (3,81%), сакроилиитом – 11 (5,24%), поражением глаз – 4 (1,9%), афтозным стоматитом – 26 (12,38%) больных. У 29 (13,8%) пациентов наблюдалось более одного ВКП. Воспалительная форма БК чаще ассоциировалась с ВКП, особенно ПА. СпА наблюдался преимущественно у пациентов с илеоколитом ($p=0,0013$, $OR=2,0-138,14$). Повышение уровня С-реактивного белка ассоциировалось с ПА ($p=0,0042$, $OR=1,59-9,79$), СпА ($p=0,0006$, $OR=2,93-298,01$) и сакроилиитом ($p=0,0176$, $OR=1,53-21,52$), что свидетельствует об ассоциации артропатии с системным воспалением при БК. При этом ПА чаще присутствовала у больных с постепенным, нежели с fulminантным, характером начала БК ($p=0,0275$, $OR=0,1-0,83$). Частота афтозного стоматита коррелировала с мутацией gly908arg ($p=0,014$, $OR=2,011-336,106$), причем при терминальном илеите он встречался чаще ($p=0,032$, $OR=1,163-6,174$), а при колите Крона достоверно реже ($p=0,007$, $OR=0,011-0,673$). У больных БК с клиническим ухудшением, не отвечающих на индукционную базисную терапию, чаще наблюдались кожные проявления ($p=0,0239$, $OR=1,25-9,70$). Стероидозависимость ассоциировалась с ПА ($p=0,0311$, $OR=1,20-7,27$). Прогрессирование по данным визуализации, помимо кожных проявлений ($p=0,0016$, $OR=1,87-13,7$), ассоциировалось с сакро-

илиитом ($p=0,0358$, $OR=1,29-41,02$). Потребность в назначении ингибиторов ФНО α достоверно чаще возникала у больных БК с ПА ($p=0,0346$, $OR=1,2-9,07$) и поражением глаз ($p=0,0346$, $OR=1,2-9,07$), последнее также ассоциировалось с потребностью в иммуносупрессорах ($p=0,0254$, $OR=1,39-135,44$).

Выводы/заключение

1. Взаимосвязь некоторых ВКП с фенотипом БК указывает на единство патогенеза заболеваний. 2. Неблагоприятные исходы ожидаемы у больных БК с внекишечными кожными проявлениями, ПА и поражением глаз. 3. В качестве потенциальных факторов риска прогрессирования БК следует рассматривать сакроилиит и кожные проявления.

Внескелетные манифестации анкилозирующего спондилита – результаты российского многоцентрового неинтервенционного исследования ЭПИКА2

Эрдес Ш.Ф.¹, Дубинина Т.В.¹, Абдулганиева Д.И.², Виноградова И.Б.³, Евстигнеева Л.П.⁴, Елонаков А.В.⁵, Оттева Э.Н.⁶, Раскина Т.А.⁷, Сальникова Т.С.⁸, Самгуллина Р.Р.⁹, Сорокоца В.Н.¹⁰, Шкиль Л.М.¹¹

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия; ²ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия; ³ГУЗ «Областная клиническая больница №1», Ульяновск, Россия; ⁴Областной ревматологический центр при ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург, Россия; ⁵ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия; ⁶ГУЗ «Краевая клиническая больница №1 им. профессора С.И. Сергеева», Хабаровск, Россия; ⁷ГБУЗ КО «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн», Кемерово, Россия; ⁸ГУЗ ТО «Областная клиническая больница», Тула, Россия; ⁹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия; ¹⁰ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия; ¹¹МУЗ «Городская клиническая больница №20 им. И.С. Берзона», Красноярск, Россия

Введение/цель

Клиническая картина анкилозирующего спондилита (АС) под влиянием новых диагностических и терапевтических возможностей постепенно претерпевает определенные изменения, что следует учитывать для оптимизации медицинской помощи данному контингенту больных.

Материал и методы

Весной 2015 г. проведено одномоментное многоцентровое неинтервенционное исследование для уточнения клинической картины АС в реальной практике ревматолога. В 10 центрах России за 2 мес были обследованы по общепринятым стандартам 402 больных АС (по модифицированным Нью-Йоркским критериям). Обследовались как пациенты, обратившиеся к врачу на амбулаторный прием, так и находящиеся на стационарном лечении в данный период.

Результаты/обсуждение

Средний возраст пациентов составил $40,8 \pm 11,5$ года, мужчин было 292 (72,6%), HLA-B27 имели 82,6%. Возраст на момент начала болезни был $27,6 \pm 12,3$ года, причем у 65,4% АС начался до 30-летнего возраста, а у 16,9% – до

16 лет. Длительность постановки диагноза от начала заболевания составила $85,2 \pm 86,2$ мес. На момент исследования артриты периферических суставов имели 33,1% больных, энтезиты – 37,1%, дактилит – 1,2%. Активность заболевания по индексу BASDAI в среднем составила $4,3 \pm 2,1$ (у 54,2% он был выше 4, у 12,7% – выше 7, а у 18,2% – ниже 2), BASFI – $4,1 \pm 1,8$. Внеклеточные проявления болезни имелись у 13,2% больных АС (из них увеит – 45,3%, псориаз – 28,3%, болезнь Крона – 7,5%, IgA нефропатия – 5,7%, артрит – 3,8%). Такие осложнения болезни, как амилоидоз, имели 6 (1,5%) больных, нарушения ритма сердца – 10 (2,5%), аортальный порок сердца – 1 (0,2%). Наиболее частыми коморбидными заболеваниями (диагностированными соответствующими специалистами) были: артериальная гипертензия – у 25,1% пациентов с АС, язвенная болезнь желудка – у 9,7%, ишемическая болезнь сердца – у 4,0%, сахарный диабет – у 3,0%, хронический бронхит – у 2,2%, бронхиальная астма – у 2,0%, вирусный гепатит С – у 1,7%, вирусный гепатит В – у 1,5%, туберкулез – у 1,0%, онкологические заболевания – у 0,2%, демиелинизирующие заболевания – у 0,2%. Более чем у половины (52%) больных не имелось никаких коморбидных заболеваний. Эндопротезирование сустава было проведено 19 (4,7%) больным, в том числе 15 (3,7%) – тазобедренного, а остальным – коленного сустава. На момент исследования, по мнению врачей, еще 6,7% пациентов нуждались в проведении эндопротезирования тазобедренного сустава.

Выводы/заключение

Диагноз АС в реальной практике устанавливается более чем через 7 лет от начала болезни, заболевание характеризуется относительно высокой активностью и выраженными функциональными нарушениями. Разнообразные коморбидные заболевания среди больных встречаются более чем в 40% случаев, но частота их значительно ниже, чем при других системных ревматических заболеваниях.

Гендерные особенности течения анкилозирующего спондилита у пациентов Оренбургской области

Якубова У.А., Бугрова О.В., Беляева О.Н.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург, Россия

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) – воспалительное заболевание позвоночника, имеющее облигатно инвалидизирующий характер. Предполагается более частое и более тяжелое развитие АС у мужчин, чем у женщин. Цель – изучить клинические особенности АС у пациентов разного пола, проживающих на территории Оренбургской области.

Материал и методы

Обследовано 24 пациента с достоверным диагнозом АС (18 мужчин и 6 женщин) возраст в среднем 38,0 ($31,5–48,5$) года, давность заболевания – 19,5 ($13–28$) года, и 10 лиц контроля, сопоставимых с основной груп-

пой. У всех определялись общепринятые индексы BASFI, счет MASES, индексы активности ASDAS-СРБ, BASDAI. Данные были подвергнуты статистической обработке с оценкой медианы, интерквартильного размаха и достоверности различий (U-критерий Манна–Уитни, критерий χ^2).

Результаты/обсуждение

Не было выявлено существенных статистических различий по возрасту в группах мужчин и женщин с АС [37 (31–48) и 42,5 (32–50) лет соответственно] и возрасту дебюта заболевания [21,5 (16–25) и 19 (18–27) лет соответственно]. Длительность периода до установления достоверного диагноза у мужчин была меньше, чем у женщин, – 10 (4–15) и 17,5 (6–25) года ($p > 0,05$). Давность заболевания АС у мужчин составила 17 (12–28) лет и была меньше, чем у женщин, – 22 (20–29); $p > 0,05$. Не было существенных различий в клинических проявлениях АС у мужчин и женщин: энтезит имелся у 16 (66,67%) пациентов с АС (11 мужчин и 5 женщин); артрит – у 12 (50%) пациентов (9 мужчин и 3 женщины), однако коксит только у 1 (4,17%) пациента – мужчины; дактилит – также только у 1 (4,17%) пациента мужского пола. Увеит имелся только у мужчин (16,67% пациентов), болезнь Крона – у женщин (16,67%), псориаз – у 3 (12,5%) пациентов (2 мужчины и 1 женщина), электрокардиографически нарушения проводящей системы сердца регистрировались примерно с одинаковой частотой в 15 (62,5%) случаях (12 мужчин, 3 женщины). Чаше всего в обеих группах диагностирована II рентгенологическая стадия сакроилита – у 83,33% мужчин и 66,67% женщин. Имелась тенденция к росту активности по BASDAI у мужчин – 3,5 (1,8–5,8) и у женщин – 4,8 (3,6–7), хотя ASDAS-СРБ оказался сопоставим [3,3 (2–4,5) и 3,1 (2,6–3,5) соответственно], так как уровень С-реактивного белка (СРБ) у мужчин оказался значимо выше, чем у женщин [20,72 (15,35–42,72) мг/л против 3,9 (1,96–6,6) мг/л; $p > 0,05$]. Функциональная недостаточность по индексу BASFI была также больше у женщин [5,3 (3,1–6,3) против 3,5 (1,6–5,6) у мужчин], хотя и не значимо. Счет MASES достоверно не отличался: 2 (0–2) у мужчин, 3 (1–5) у женщин.

Выводы/заключение

Таким образом, возраст появления первых симптомов АС у мужчин и женщин сопоставим, однако диагноз АС у женщин запаздывал в среднем на 6–7 лет. Имеется тенденция к большей выраженности проявлений АС у женщин по показателям индексов BASDAI, ASDAS-СРБ и функциональному статусу BASFI. Отсутствие статистических различий ASDAS-СРБ у мужчин и женщин связано со значительной выраженностью болевых ощущений у последних. Большая длительность АС у женщин ассоциировалась с меньшей рентгенологической прогрессией сакроилита. Наши данные являются предварительными в силу малого числа групп.