

научно-практическая РЕВМАТОЛОГИЯ

2018;
56
(3, прил. 2)

R h e u m a t o l o g y S c i e n c e & P r a c t i c e

Учредители: Общероссийская общественная организация «Ассоциация ревматологов России»,
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»

Главный редактор

Е.Л. Насонов — д.м.н., профессор, академик РАН,
Москва, Россия

Заместитель главного редактора

В.И. Мазуров — д.м.н., профессор, академик РАН,
Санкт-Петербург, Россия

Ответственный секретарь

В.Н. Амирджанова — д.м.н., Москва, Россия

Научный редактор

Ю.А. Олюнин — д.м.н., Москва, Россия

Editor-in-Chief

E.L. Nasonov — Academician of the Russian Academy of
Sciences, Professor, DM, Moscow, Russia

Deputy Editor-in-Chief

V.I. Mazurov — Academician of the Russian Academy of
Sciences, Professor, DM, St. Petersburg, Russia

Executive secretary

V.N. Amirdzhanova — DM, Moscow, Russia

Science Editor

Yu.A. Olyunin — DM, Moscow, Russia

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

З.С. Алекберова — д.м.н., профессор, Москва, Россия
Е.Н. Александрова — д.м.н., Москва, Россия
Л.И. Алексеева — д.м.н., Москва, Россия
Л.П. Ананьева — д.м.н., профессор, Москва, Россия
Р.М. Балабанова — д.м.н., профессор, Москва, Россия
А.А. Баранов — д.м.н., профессор, Ярославль, Россия
Б.С. Белов — д.м.н., Москва, Россия
Е.А. Галущко — д.м.н., Москва, Россия
Л.Н. Денисов — д.м.н., Москва, Россия
Д.Е. Каратеев — д.м.н., Москва, Россия
Н.Н. Кузьмина — д.м.н., профессор, Москва, Россия
Ю.В. Муравьев — д.м.н., профессор, Москва, Россия
И.П. Никишина — к.м.н., Москва, Россия
Т.В. Попкова — д.м.н., Москва, Россия
Т.М. Решетняк — д.м.н., профессор, Москва, Россия
А.В. Смирнов — д.м.н., Москва, Россия
Н.А. Шостак — д.м.н., профессор, Москва, Россия
Ш. Эрдес — д.м.н., профессор, Москва, Россия

Иностранные члены редколлегии:

Т. Бардин — профессор, Париж, Франция
Р.Ф. ван Волленховен — профессор, Стокгольм, Швеция
А. Гаспарян — профессор, Бирмингем, Великобритания
М.И. Гойчева — доцент, София, Болгария
Н. Дамьянов — профессор, Белград, Сербия
М. Кутоло — профессор, Генуя, Италия
Дж.С. Смолен — профессор, Вена, Австрия
Е. Файст — ассистент профессора, Берлин, Германия
А.А. Ароян — к.м.н., Ереван, Армения
Ч.Т. Баймухамедов — д.м.н., Шымкент, Казахстан
Л.Г. Гроппа — д.м.н., профессор, Кишинев, Молдова
Н.И. Гусейнов — д.м.н., профессор, Баку, Азербайджан
Б.Г. Исаева — д.м.н., профессор, Алматы, Казахстан
Е.Ю. Картвелишвили — д.м.н., профессор, Тбилиси, Грузия
О.В. Лобаченко — к.м.н., Бишкек, Кыргызстан
Н.А. Мартусевич — д.м.н., Минск, Беларусь
М.З. Ризамухамедова — д.м.н., профессор, Ташкент, Узбекистан
Ё.У. Саидов — д.м.н., Душанбе, Таджикистан
Г.А. Тогизбаев — д.м.н., Алматы, Казахстан

EDITORIAL BOARD:

Z.S. Alekberova — Professor, DM, Moscow, Russia
E.N. Aleksandrova — DM, Moscow, Russia
L.I. Alekseeva — DM, Moscow, Russia
L.P. Anan'eva — Professor, DM, Moscow, Russia
R.M. Balabanova — Professor, DM, Moscow, Russia
A.A. Baranov — Professor, DM, Yaroslavl, Russia
B.S. Belov — DM, Moscow, Russia
E.A. Galushko — DM, Moscow, Russia
L.N. Denisov — DM, Moscow, Russia
D.E. Karateev — DM, Moscow, Russia
N.N. Kuz'mina — Professor, DM, Moscow, Russia
Yu.V. Murav'ev — Professor, DM, Moscow, Russia
I.P. Nikishina — PhD, Moscow, Russia
T.V. Popkova — DM, Moscow, Russia
T.M. Reshetnyak — Professor, DM, Moscow, Russia
A.V. Smirnov — DM, Moscow, Russia
N.A. Shostak — Professor, DM, Moscow, Russia
Sh. Erdes — Professor, DM, Moscow, Russia

Foreign members of the Editorial Board:

T. Bardin — Professor of Medicine, Paris, France
R.F. van Vollenhoven — Professor of Medicine, Stockholm, Sweden
A. Gasparyan — Professor of Medicine, Birmingham, UK
M.I. Goicheva — Associate Professor, Sofia, Bulgaria
N. Damianov — Professor of Medicine, Belgrade, Serbia
M. Cutolo — Professor of Medicine, Genoa, Italy
J.S. Smolen — Professor of Medicine, Vienna, Austria
E. Feist — Professor Assistant, Berlin, Germany
A.A. Aroyan — PhD, Yerevan, Armenia
Ch.T. Baimukhamedov — DM, Shymkent, Kazakhstan
L.G. Groppa — Professor, DM, Kishinev, Moldova
N.I. Guseinov — Professor, DM, Baku, Azerbaijan
B.G. Isaeva — Professor, DM, Almaty, Kazakhstan
E.Yu. Kartvelishvili — Professor, DM, Tbilisi, Georgia
O.V. Lobachenko — PhD, Bishkek, Kyrgyzstan
N.A. Martusevich — DM, Minsk, Belarus
M.Z. Rizamukhamedova — Professor, DM, Tashkent, Uzbekistan
Yo.U. Saidov — DM, Dushanbe, Tajikistan
G.A. Togizbaev — DM, Almaty, Kazakhstan



Фото на обложке:

*Эрдес Ш.Ф.,
Красненко С.О.,
Урумova М.М.
«Поражение суставов
после отморожения
(описание случая)».*

*Рентгенограмма таза
больного Г.В. Признаков
поражения КПС нет.
Отсутствуют энтези-
ты по краям костных
структур. Тазобедрен-
ные суставы без
патологии*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Е.И. Алексеева, Москва, Россия
В.В. Бадюкин, Москва, Россия
А.И. Дубиков, Владивосток, Россия
И.А. Зборовская, Волгоград, Россия
А.Е. Каратеев, Москва, Россия
В.Н. Коваленко, Киев, Украина
В.И. Коненков, Новосибирск, Россия
Н.И. Коршунов, Ярославль, Россия
А.М. Лила, Москва, Россия
Г.В. Лукина, Москва, Россия
В.И. Макарова, Архангельск, Россия
Л.В. Меньшикова, Иркутск, Россия
Э.Н. Оттева, Хабаровск, Россия
В.П. Павлов, Москва, Россия
С.Г. Раденска-Лоповок, Москва, Россия
А.П. Ребров, Саратов, Россия
Я.А. Сигидин, Москва, Россия
Н.Ф. Сорока, Минск, Беларусь
В.Н. Сороцкая, Тула, Россия
Т.М. Черных, Воронеж, Россия
Н.П. Шилкина, Ярославль, Россия
С.С. Якушин, Рязань, Россия

EDITORIAL BOARD:

E.I. Alekseyeva, Moscow, Russia
V.V. Badokin, Moscow, Russia
A.I. Dubikov, Vladivostok, Russia
I.A. Zborovskaya, Volgograd, Russia
A.E. Karateev, Moscow, Russia
V.N. Kovalenko, Kiev, Ukraine
V.I. Konenkov, Novosibirsk, Russia
N.I. Korshunov, Yaroslavl, Russia
A.M. Lila, Moscow, Russia
G.V. Lukina, Moscow, Russia
V.I. Makarova, Arkhangelsk, Russia
L.V. Menshikova, Irkutsk, Russia
E.N. Otteva, Khabarovsk, Russia
V.P. Pavlov, Moscow, Russia
S.G. Radenska-Lopovok, Moscow, Russia
A.P. Rebrov, Saratov, Russia
Ya.A. Sigidin, Moscow, Russia
N.F. Soroka, Minsk, Belarus
V.N. Sorotskaya, Tula, Russia
T.M. Chernykh, Voronezh, Russia
N.P. Shilkina, Yaroslavl, Russia
S.S. Yakushin, Ryazan, Russia

Издательская группа АРР:

115522, Москва, Каширское шоссе, 34А
Тел.: главный редактор (499) 614-4490
ответственный секретарь (499) 614-4285
зав. редакцией

Вера Николаевна Калмыкова
(499) 614-4490

e-mail: cancelar@irramn.ru

*При перепечатке ссылка на журнал
обязательна.*

*Свидетельство о регистрации средства
массовой информации в Государственном
комитете РФ по печати ПИ № 77-1738
от 14.02.2000 г.*

Архив журнала «Научно-практическая
ревматология» в сети Интернет:
<http://www.rheumatolog.ru>
<http://www.elibrary.ru>
<http://www.rheumat-journal.ru>
<http://rsp.ima-press.net>

**Научно-практическая ревматология,
2018;56(3, прил. 2):1-96**

© ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

Предпечатная подготовка:

ООО «ИМА-ПРЕСС»

Тел.: (495) 926-7814

Подписано в печать 10.09.2018

Отпечатано в типографии «Логан»

Тираж — 3000 экз.

Подписной индекс в агентстве «Роспечать» 36 896

*Журнал входит в перечень периодических научных изданий РФ, рекомендованных для публикации
основных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора медицинских наук.
Журнал включен в реферативную базу Scopus*

Тезисы IV Евразийского конгресса ревматологов, Москва, 26–28 сентября 2018 г.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ВТОРИЧНЫМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Абдуганиева Д.И.¹, Шамсутдинова Н.Г.¹,
Нуруллина Г.И.¹, Кириллова Э.Р.¹, Краснов А.Е.¹,
Суриков А.А.¹, Дьякова Е.В.², Абдракипов Р.З.²,
Заманова Э.С.², Фахрутдинова О.Ю.², Исламова Г.М.²
¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»; ²ГЯУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Республика Татарстан

Введение/цель

Понимание врачом психологического портрета пациента как качественного описания личности вместе с психологическим статусом, имеющим выражение в количественной характеристике того или иного признака, имеет большое значение для возможности персонифицированного подхода. Цель – оценить психологический профиль и особенности психологического портрета пациентов с вторичными интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ).

Материал и методы

Обследовано 30 пациентов с ревматическими заболеваниями: системная склеродермия (ССД) – 9 пациентов, системный васкулит (СВ) – 15, ревматоидный артрит (РА) – 6 пациентов. Средний возраст пациентов 56,55±10,59 года. Все пациенты имели высокую активность основного заболевания и получали патогенетическую терапию в виде пульс-терапии ГК, циклофосфаном. Все пациенты проходили стандартное клиническое обследование, также проведены: рентгеновская компьютерная томография (РКТ) легких с высоким разрешением. Оценка функции легких проводилась с помощью спирометрии, бодиплетизмографии, диффузии «одиночный вдох». Для оценки психологического профиля и особенностей психологического портрета применялись шкалы: Симптоматический опросник SCL-90-R – оценка показателя значимой соматизации, тревоги и депрессии; Торонтская алекситимическая шкала – оценка уровня алекситимии (отсутствие способности к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений, «эмоциональный интеллект»); тест Сонди (проективный личностный тест).

Результаты/обсуждение

Все пациенты по данным РКТ имели проявления ИЗЛ в виде неспецифической интерстициальной пневмонии. Симптоматический опросник выявил значительную степень соматизации у пациентов с вторичными ИЗЛ – 46,2%, что является одним из механизмов психологической защиты по типу «бегство в болезнь», «отелеснивание» негативных эмоций. Явная алекситимия была выявлена у 33,3% пациентов, «группа риска» по алекситимии составила 30%. Притом алекситимия является значимым факто-

ром риска психосоматических заболеваний и аддиктивных расстройств, что необходимо учитывать при ведении пациентов. Тест Сонди выявил, что пациенты с вторичными ИЗЛ имеют следующие наиболее выраженные личностные факторы: h+– (полные амбивалентные реакции) у 43,3% пациентов указывают на двойную природу реагирования – сложность дифференцировки собственных чувств из-за вероятной алекситимии может дать неоднозначные реакции в виде сочетаний гуманизма и нарциссизма; k+ (полные позитивные реакции) у 33,3% говорят о чертах эгоцентризма, педантизма, обидчивости; p+– (полные амбивалентные реакции) у 30% свидетельствуют о заниженной самооценке, сочетающейся со стремлением к власти; d+– (полные амбивалентные реакции) у 33,3% пациентов определяют депрессивно-меланхолические черты личности.

Выводы/заключение

Психологический профиль у ревматологических пациентов с вторичными ИЗЛ имеет многостороннюю характеристику, значительное место в которой занимают алекситимия и структура личности. Учитывая значительную выраженность алекситимии, пациенты склонны к затруднению в дифференцировке своих эмоциональных и телесных ощущений, что может иметь выражение как в скудности жалоб, так и в многочисленности неспецифических жалоб. Психологический портрет обследованных пациентов складывается из сложных, нередко противоречивых качеств, присутствующих у одной и той же личности. Пациентам присущи такие черты личности, как эгоизм, педантизм, упрямство (k+) с переоценкой себя и недоверием к окружающим (p+–), склонностью к страхам и подавленности (d+–).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В СОЧЕТАНИИ С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Абдуразакова Д.С.

*Первая клиника Ташкентской медицинской академии,
Ташкент, Узбекистан*

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся прогрессирующим эрозивным артритом с синовитом и системным воспалительным поражением внутренних органов. На сегодняшний день широко изучается триггерная роль урогенитальной инфекции в развитии данного заболевания. Среди инфекционных агентов урогенитального тракта важнейшее значение имеет *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*). РА протекает на фоне сопутствующей хламидийной инфекции не реже чем в 15% случаев. Наличие *C. trachomatis* у пациентов с РА придает артриту своеобразную клиническую симптоматику, оказывая влияние на эффективность традиционно применяемых лекарственных средств, поскольку иммуносупрессивная терапия в данной ситуации не дает адекватного эффекта, способствуя активации хламидийной инфекции в организме. В настоящее

время проблема хламидийной инфекции у пациентов с РА весьма актуальна и требует дальнейшего изучения с целью разработки четких критериев диагностики и эффективных методов лечения. Целью нашего исследования явилось изучение влияния хламидийной инфекции на течение РА.

Материал и методы

В исследование были включены 56 больных РА, находившихся на лечении в ревматологическом и кардиоревматологическом отделении Первой клиники Ташкентской медицинской академии. Диагноз РА был установлен с использованием критериев ACR/EULAR (2010). Выявление хламидийной инфекции проводилось с помощью иммуноферментного анализа крови.

Результаты/обсуждение

Было установлено, что у 13 (23,2%) больных РА выявлена хламидийная инфекция. В контрольной группе этот показатель составил 4%. В ходе исследования обнаружено, что при сочетании РА с хламидийной инфекцией наряду с классическим проявлением РА встречались и атипичные поражения суставов. Поражение дистальных межфаланговых суставов выявлено у двух пациентов, что составило 3,5% от общего количества больных. Асимметричное поражение локтевого сустава в дебюте заболевания встречалось у 3 (5,3%) больных. У 4 (7,1%) больных наблюдалось асимметричное, лестницеобразное поражение голеностопных и коленных суставов. Также были установлены внесуставные проявления хламидийной инфекции у 3 (5,3%) больных РА в виде поражения глаз (конъюнктивит) и у 12 (21,4%) больных в виде хламидийных уретритов.

Выводы/заключение

Таким образом, сочетание РА с хламидийной инфекцией имеет свои клинические особенности течения, проявляющиеся частым вовлечением в процесс «суставов исключения РА». При обнаружении хламидийной инфекции у больных РА наряду с базисными препаратами необходимо проведение этиотропной терапии.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Абдуразакова Д.С., Матчанов С.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Одной из задач терапии ревматоидного артрита (РА) является улучшение качества жизни больных. Качество жизни (КЖ) – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. Показатели КЖ позволяют вместе с другими общепринятыми клиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования расширить представление врача о состоянии больного в целом и преодолеть односторонне-биологический подход к пациентам, так как целью лечения является не только снижение воспалительной активности и боли, улучшение функционального состояния пациента, но и достижение больными РА с метаболическим синдромом качества жизни. Метаболический синдром (МС) в сочетании с РА – нередкое явление в ревматологической практике. В связи с этим изучение КЖ больных РА в сочетании с МС весьма актуально. Целью нашей работы явилось определение частоты МС и его влияние на качество жизни больных РА.

Материал и методы

В исследование было включено 65 пациентов с достоверным диагнозом РА по критериям ACR/EULAR (2010). Из них 54 женщины и 11 мужчин, средний возраст $51,2 \pm 4,6$ года, длительность заболевания $8,6 \pm 1,1$ года. МС устанавливали на основании рекомендаций ВНОК 2009 г., где основным признаком считается абдоминальное ожирение (объем талии >80 см для женщин, >94 см для мужчин). Из дополнительных критериев были представлены следующие: повышение АД $>140/90$ мм рт. ст., уровень триглицеридов $>1,7$ ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) >3 ммоль/л, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) $<1,2$ ммоль/л, гипергликемия натощак и нарушение толерантности к глюкозе $>6,1$ ммоль/л. В зависимости от наличия МС больные РА были разделены на две группы: 1-я – с признаками МС ($n=7$), 2-я – без признаков МС ($n=58$). Для оценки КЖ использовали опросник SF-36.

Результаты/обсуждение

Из 65 больных РА МС выявлен у 7 (10,7%) больных. В целом по группе частота компонентов МС распределена таким образом: абдоминальное ожирение – у 4 (57,1%) больных, повышение уровня АД – у 2 (28,5%), гипертриглицеридемия – у 2 (28,5%), повышение концентрации ЛПНП – у 1 (14,3%), снижение уровня ЛПВП – у 3 (42,8%), гипергликемия – у 1 (14,3%). У больных РА на фоне МС наблюдалось статистически значимое ухудшение показателей физического и социального функционирования ($p<0,05$), боли, общего здоровья, жизнеспособности ($p<0,01$), а также ролевого эмоционального функционирования и психологического здоровья ($p<0,05$).

Выводы/заключение

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что у больных РА в сочетании с МС определился достоверно более низкий уровень КЖ. Показатели КЖ отражают динамику состояния больного и могут быть использованы для оценки эффективности терапии больных РА с МС наряду с общепринятыми критериями оценки ответа на терапию, что позволяет преодолеть сложившийся односторонне-биологический подход к пациенту и подобрать для него оптимальное комплексное лечение. Изучение показателей качества жизни и психологического профиля больных РА дает дополнительную информацию о течении заболевания и повышает объективность оценки эффективности проводимой терапии.

АНТИГЕНСПЕЦИФИЧЕСКИЙ В-КЛЕТОЧНЫЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ К АГРЕГИРОВАННОМУ ИММУНОГЛОБУЛИНУ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Абдурашитова Д.И., Мамасаидов А.Т., Мамасаидова Г.М.

Ошский государственный университет, ОШ, Кыргызстан

Введение/цель

Изучить клиническое значение антигенспецифического В-клеточного иммунного ответа (АВКИО) к aIgG при ревматоидном артрите (РА).

Материал и методы

Под наблюдением находились 237 больных РА. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц, а в качестве сравнения обследованы 46 больных с полиартрикулярным вариантом реактивного артрита (ReA) и 52 больных остео-

артрозом (ОА). Оценку АВКИО проводили методом количественной цитофлюориметрии путем регистрации Ig-синтезирующей активности В-лимфоцитов периферической крови в присутствии aIgG.

Результаты/обсуждение

Уровень АВКИО к aIgG у больных РА был достоверно выше, чем у здоровых лиц ($p < 0,001$), больных ОА ($p < 0,001$) и РеА ($p < 0,01$). Положительный результат АВКИО к aIgG обнаружен у 81,9% больных РА, у 19,6% больных РеА, у 13,5% больных ОА и лишь у 6,7% здоровых лиц. У больных РА с II и III степенями активности болезни значение АВКИО к aIgG было достоверно ($p < 0,05$) больше, чем у больных РА с I степенью активности. При ранней стадии РА (до 2 лет от начала болезни) данный показатель был существенно выше ($p < 0,05$), чем при поздней стадии РА (после 2 лет от начала болезни). Уровень АВКИО к aIgG у больных РА с системными проявлениями достоверно превышал таковой показатель у больных с суставной формой ($p < 0,05$), а при РФ- и АЦЦП-серопозитивных вариантах болезни значение АВКИО к aIgG было достоверно больше ($p < 0,05$), чем при РФ- и АЦЦП-серонегативных формах болезни. При РА показатель АВКИО к aIgG коррелировал (от $r = 0,43$ до $r = 0,66$) с индексом DAS28.

Выводы/заключение

1. У больных РА обнаружено достоверно более высокое значение АВКИО к aIgG, чем у здоровых лиц, больных РеА и ОА. 2. При РА уровень АВКИО к aIgG зависит от активности болезни (чем выше активность, тем выше его значение), от стадии болезни (в ранней стадии заболевания выше, чем в поздней), генерализованности заболевания (при системном варианте болезни больше, чем при суставном), наличия РФ и АЦЦП (при серопозитивном варианте болезни выше, чем при серонегативном) и коррелирует с индексом DAS28.

ФЕНОТИПЫ ОСТЕОАРТРИТА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Авдеева О.С., Беляева Е.А.

ФГБОУ ВО «Тюльский государственный университет»,
медицинский институт, Тула, Россия

Введение/цель

Остеoarthritis (ОА) — заболевание, отличающееся многообразием проявлений и имеющее целый ряд фенотипов (Ф). Представляется интересным рассмотреть в приложении к клинической практике 5 фенотипов ОА: «минимальная болезнь сустава», «ОА с сильными мышцами», «отсутствие ожирения и слабые мышцы», «ожирение и слабые мышцы» и «депрессивный фенотип».

Материал и методы

Проведен анализ встречаемости различных фенотипов ОА в реальной клинической практике. Пациенты с ОА, обращавшиеся за амбулаторной медицинской помощью (186 человек: 65 мужчин и 121 женщина), были разделены на следующие возрастные группы: 41–50 лет (30: М — 18, Ж — 12), 51–60 лет (29: М — 10, Ж — 19), 61–70 лет (51: М — 14, Ж — 37) и старше 71 года (76: М — 24, Ж — 52).

Результаты/обсуждение

В возрастной группе 41–50 лет как среди мужчин, так и среди женщин преобладал Ф «минимальная болезнь сустава» 18 (60%), Ф «ожирение и слабые мышцы» — у 6 (20%) человек (Ж — 4, М — 2), «депрессивный фенотип» — у 2 (7%) женщин, Ф «ОА с сильными мышцами» — у 4 (13%) мужчин. В группе 51–60 лет Ф «ожирение и слабые мыш-

цы» выявлялся у 8 (27,5%) пациентов (Ж — 7, М — 1), Ф «отсутствие ожирения и слабые мышцы» — у 2 (6,8%) женщин, Ф «депрессивный» — у 6 (20,7%) человек (М — 1, Ж — 5), Ф «ОА с сильными мышцами» — у 5 мужчин и 1 женщины (20,7%) и «минимальная болезнь сустава» — у 7 (24,3%) человек (М — 3, Ж — 4). В группе 61–70 лет Ф «ожирение и слабые мышцы» выявлялся у 21 (41,2%) (М — 4, Ж — 17) человека, «депрессивный фенотип» у 12 (23,5%) пациентов (М — 4, Ж — 8), «отсутствие ожирения и слабые мышцы» — у 11 (21,5%) больных (М — 1, Ж — 10), «минимальная болезнь суставов» — у 2 (4%) мужчин, «ОА с сильными мышцами» — у 5 (9,8%) человек (Ж — 2, М — 3). После 71 года: Ф «ожирение и слабые мышцы» — 34 (44,7%) (М — 9, Ж — 25), Ф «отсутствие ожирения и слабые мышцы» — 21 (27,6%) (М — 6, Ж — 15), «депрессивный» Ф — 18 (23,6%) (М — 6, Ж — 12), «минимальная болезнь сустава» — 3 (4%) мужчины.

Выводы/заключение

В группе молодых пациентов (до 50 лет) преобладал Ф «минимальная болезнь сустава», у них раннее начало терапии должно иметь максимальный терапевтический эффект. С увеличением возраста нарастало число пациентов с «депрессивным» Ф, требующих применения адьювантных анальгетиков, отмечался рост числа больных с Ф «отсутствие ожирения и слабые мышцы», в этой группе упор делался на занятия ЛФК и оптимизацию физической активности. Наибольшее число пациентов с Ф «ожирение и слабые мышцы» пришлось на возрастную группу 61–70 лет. Среди них большинство составили лица с СД 2 типа (32 (62,7%) человека), треть из них не знали о наличии СД — 11 (34%). Выделение фенотипов ОА полезно для практикующего врача, поскольку позволяет проводить персонализированную терапию и достигать клинического улучшения с минимизацией или полным купированием болевого синдрома и сохранением или расширением двигательной активности пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОСТАЗА FOXP3 РЕГУЛЯТОРНЫХ Т-ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ И РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Авдеева А.С.¹, Рубцов Ю.П.², Попкова Т.В.¹,
Дыйканов Д.Т.³, Насонов Е.Л.^{1,4}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»; ²ФГБУН Институт биоорганической химии им. академикова М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН;

³Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова; ⁴ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва, Россия

Введение/цель

FoxP3+ Т-регуляторные клетки (T_{reg}) играют ключевую роль в поддержании периферической толерантности к собственным антигенам. Цель — проанализировать уровни T_{reg} у пациентов с ранним и развернутым ревматоидным артритом (РА), а также изучить их взаимосвязь с активностью заболевания.

Материал и методы

В исследование было включено 45 МТ-наивных пациентов с ранним РА (39 женщин, медиана возраста составила 52,0 (32,5–57,5) года, длительность заболевания 5 (4–6)

мес, DAS28 5,0 (4,2–5,8), РФ-позитивных – 71,1%, АЦЦП-позитивных – 88,9%) и 15 пациентов с развернутым РА (12 женщин, медиана возраста составила 57,0 (29–68,5) лет, длительность заболевания 49 (18–108) мес, DAS28 6,0 (5,7–6,4), РФ-позитивных – 64,1%, АЦЦП-позитивных – 86,7%). Относительное и абсолютное количество $T_{\text{рег}}$ клеток (FoxP3+CD25+; CD152+surface; CD152+intracellular; FoxP3+CD127; CD25+CD127–; FoxP3+ICOS+; FoxP3+CD154+; FoxP3+CD274+) определялось методом многоцветной проточной цитофлуориметрии. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными больными.

Результаты/обсуждение

У пациентов с ранним РА по сравнению со здоровыми донорами регистрировалось более низкое процентное количество (ПК) FoxP3+CD25+ клеток [5,57 (4,6–6,93) и 6,92 (5,84–7,96)], ПК и абсолютное количество (абс) FoxP3+ICOS+ клеток [5,33 (2,14–11,3) и 10,83 (9,27–13,7); 0,002 (0,0013–0,0056) и 0,0068 (0,0039–0,009)], ПК и абс FoxP3+CD154+ клеток [0,38 (0,19–0,83) и 1,51 (1,12–2,08); 0,0002 (0,0001–0,0005) и 0,00087 (0,00047–0,0014)] и FoxP3+CD274+ T-клеток [0,61 (0,28–1,25) и 1,94 (1,16–2,25); 0,00023 (0,0001–0,00065) и 0,001 (0,0006–0,0016), $p < 0,05$ во всех случаях]. У пациентов с развернутым РА по сравнению со здоровыми донорами также регистрировалось более низкое ПК FoxP3+CD25+ клеток [4,73 (4,0–6,02) и 6,92 (5,84–7,96)], ПК и абс FoxP3+ICOS+ клеток [5,69 (3,02–10,4) и 10,83 (9,27–13,7); 0,003 (0,002–0,005) и 0,0068 (0,0039–0,009)], ПК и абс FoxP3+CD154+ клеток [0,3 (0,21–0,95) и 1,51 (1,12–2,08); 0,0002 (0,00009–0,0005) и 0,00087 (0,00047–0,0014)] и FoxP3+CD274+ T-клеток [0,59 (0,38–1,35) и 1,94 (1,16–2,25); 0,00027 (0,00015–0,0007) и 0,001 (0,0006–0,0016), $p < 0,05$ во всех случаях]. Среди пациентов с развернутым РА по сравнению с больными с ранней стадией заболевания регистрировалось более высокое содержание CD4+ лимфоцитов [50,7 (44,4–53,11) и 45,0 (38,02–49,2)] и более низкое ПК CD25+CD127– T-лимфоцитов [5,03 (4,0–5,67) и 6,5 (5,11–7,91), $p < 0,05$ во всех случаях]. В группе раннего РА регистрировалась отрицательная корреляционная взаимосвязь: ПК FoxP3+CD25+ с СРБ ($r = -0,4$) и СОЭ ($r = -0,43$); ПК CD152+ intracellular с DAS28 ($r = -0,4$), СОЭ ($r = -0,52$) СРБ ($r = -0,55$); ПК FoxP3+CD127– с СОЭ ($r = -0,41$), СРБ ($r = -0,48$); ПК CD25+CD127– с DAS28 ($r = -0,53$), SDAI ($r = -0,5$), CDAI ($r = -0,44$) $p < 0,05$ во всех случаях.

Выводы/заключение

У пациентов с РА (как с ранней, так и с развернутой стадией заболевания) наблюдается более низкий относительный уровень FoxP3+CD25+ $T_{\text{рег}}$ -клеток, а также низкое процентное и абсолютное количество FoxP3+ICOS+, FoxP3+CD154+, FoxP3+CD274+ T-клеток по сравнению со здоровыми донорами, что свидетельствует о снижении как уровня, так и функциональной активности $T_{\text{рег}}$ -клеток при РА. У больных с развернутой стадией заболевания по сравнению с пациентами с ранней стадией РА регистрируется повышение уровня CD4+ лимфоцитов и более низкий уровень CD25+CD127– клеток, что свидетельствует о более выраженных нарушениях гомеостаза $T_{\text{рег}}$ -клеток при развернутой стадии РА.

ВЛИЯНИЕ БИОАНАЛОГА РИТУКСИМАБА (АЦЕЛЛБИЯ®, «БИОКАД») И ОРИГИНАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА МАБТЕРА®, («Ф. ХОФМАНН-ЛЯ РОШ ЛТД.», ШВЕЙЦАРИЯ) НА ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Авдеева А.С.¹, Черкасова М.В.¹, Алексанкин А.П.¹, Кусевич Д.А.², Рыбакова В.В.², Насонов Е.Л.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»; ²ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва, Россия

Введение/цель

Российской компанией «БИОКАД» разработан препарат химерных моноклональных антител к CD20 (BCD-020, Ацеллбия®), являющийся биоаналогом препарата Мабтера®, продемонстрировавший полную биоэквивалентность оригинальному препарату и зарегистрированный в 2016 г. для терапии РА. Цель – сравнить влияние оригинального препарата и биоаналога на уровень острофазовых показателей, аутоантител, иммуноглобулинов и CD19+ (В-лимфоцитов) у больных РА.

Материал и методы

В исследование включено 54 пациента с РА, из которых 34 (31 женщина, средний возраст 48 [42–64] лет; длительность заболевания 66 [36–132] мес, DAS28 6,23 [5,52–6,81]) получили терапию оригинальным препаратом, 35% в дозе 500 мг и 65% – 1000 мг внутривенно с интервалом в 2 нед (1-я группа) и 20 больных (из них 18 женщин, средний возраст 61,5 [54; 66,5] года; длительность заболевания 39,5 [20–84] мес, DAS28 5,64 [4,93; 6,8]) – биоаналогом, в суммарной дозе 1200 мг по стандартной схеме (2-я группа). Уровень С-реактивного белка (СРБ), IgM ревматоидного фактора (РФ), IgG, IgM, IgA определялся в сыворотке – нефелометрическим методом; антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), IgАРФ, антитела к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ) – методом иммуноферментного анализа; количество CD19+ (В-лимфоцитов) – методом проточной цитофлуориметрии.

Результаты/обсуждение

Концентрация СРБ в группе оригинального препарата снижалась с 20,7 [14,2–46,2] до 6,9 [3,6–22,2]; в группе биоаналога – с 12,3 [8,9–45,2] до 4,9 [2,28–21,9], $p < 0,05$ в обоих случаях. Уровень IgM РФ в 1-й группе уменьшился на 66% от исходного уровня (с 174 [47,6–519,8] до 58,7 [11,3–123,2]), во 2-й группе – на 87,1% (с 232 [105,2–510,5] до 39,2 [25,35–101], $p < 0,05$); IgA РФ на 85% в обеих группах (с 150,5 [28,5–408,8] до 24,9 [0,8–134,7]; с 81,5 [26,25–185,2] до 16,75 [7,95–45] соответственно, $p < 0,05$). Отрицательная сероконверсия по IgM РФ регистрировалась у 20% при использовании Мабтеры® и у 10% – Ацеллбии®. Значения АЦЦП оставались высокими на всем протяжении терапии в обеих группах; отрицательная сероконверсия по АЦЦП регистрировалась у 7% при использовании оригинального препарата и у 15% – биоаналога. Снижение содержание АМЦВ составило 62% (572,6 [135,6–1000] и 216,8 [61,6–852,7]) и 60,8% (392,6 [75,7–1000] и 153,75 [43,1–702,75]) от исходного уровня в 1-й и 2-й группе соответственно, $p < 0,05$. Деплеция CD19+ (В-лимфоцитов) достигнута к 12-й неделе терапии у всех пациентов (абсолютное содержание 0), к 24-й неделе отмечено нарастание уровня CD19+ (В-лимфоцитов),

деплеция к 24-й неделе терапии сохранялась у 23 (68%) пациентов в группе оригинального препарата и у 14 (70%) пациентов в группе биоаналога. Средние уровни к 24-й неделе терапии составили: IgG – 12,3 [7,1–16,7] и 9,95 [8,7–11]; IgM – 1,6 [1,1–2,00] и 0,81 [0,56–1,3]; IgA – 2,9 [2,0–4,92] и 2,69 [1,75–3,3] в 1-й и 2-й группах соответственно.

Выводы/заключение

Анализ эффективности двух инфузий биоаналога ритуксимаба в суммарной дозе 1200 мг по сравнению с оригинальным препаратом свидетельствует о сходном влиянии препаратов на уровень лабораторных показателей воспалительной активности, концентрацию аутоантител (IgM/IgA РФ, АЦЦП, АМЦВ). Оба препарата вызывают полную деплецию В-лимфоцитов и оказывают незначительное влияние на уровень IgG, IgM и IgA в сыворотке крови.

КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТА В НАЧАЛЕ БОЛЕЗНИ

Агаки С.А., Гроппа Л.Г., Ротару Л.А.,
Дутка Л.И., Коротаеш В.В.

*Государственный университет медицины
и фармации им. Николая Тестемицану,
Кишинев, Республика Молдова*

Введение/цель

Системная склеродермия представляет собой диффузную болезнь соединительной ткани с множеством вариантов клинического проявления и различных эволюционных сценариев. Одним из факторов, которые влияют на эти аспекты, считается возраст пациента в начале болезни. Цель исследования – определение клинико-параclinical особенностей у пациентов с системной склеродермией в зависимости от возраста пациента в начале болезни.

Материал и методы

Были обследованы 180 пациентов с системной склеродермией, из них 4 мужчины. Средний возраст – 45,6 года. Диагноз был установлен в соответствии с критериями ACR/EULAR, предложенными в 2013 г. Пациенты, включенные в исследование, были разделены на две возрастные группы в соответствии с началом проявлений болезни: 1-я группа (146 пациентов) – лица с началом заболевания до 60 лет и 2-я группа (34 человека) – пациенты с началом заболевания после 60 лет.

Результаты/обсуждение

Сравнительный анализ двух групп выявил статистически значимые различия. Пациенты 1-й группы страдали диффузной формой заболевания в 48 (32,9%) случаях, а 2-й группы – в 2 (5,9%) случаях ($p < 0,001$). Соответственно, лимитированная форма заболевания была установлена у 98 (67,1%) пациентов в 1-й группе и 32 (94,1%) пациентов во 2-й группе ($p < 0,001$). Суставной синдром наблюдался в 1-й группе у 72 (49,3%) пациентов, а во 2-й группе у 24 (70,6%) пациентов ($p < 0,001$). Присутствие дистальных язв или их последствий было зарегистрировано в 1-й группе у 64 (43,9%) исследованных, а во 2-й группе только у 8 (23,5%) пациентов ($p < 0,001$). Высокие показатели артериального давления были выявлены у 28 (19,1%) пациентов в 1-й группе и у 19 (55,9%) пациентов во 2-й группе ($p < 0,001$). Повышенные уровни С-реактивного белка регистрировались у 42 (28,8%) пациентов в 1-й группе и у 18 (52,9%) во 2-й группе ($p < 0,001$). Иммунный статус

характеризовался наличием антицентромерных антител у 95 (65,1%) пациентов в 1-й группе и у 31 (91,2%) – во 2-й группе ($p < 0,001$); антигопоизомеразные антитела были обнаружены у 36 (24,7%) пациентов 1-й группы и только у 1 (2,9%) из 2-й группы ($p < 0,001$). Электрокардиографические изменения отмечались у 12 (8,2%) пациентов в 1-й группе и 9 (26,5%) 2-й группы ($p < 0,001$). При эхокардиографическом исследовании наблюдались следующие изменения: перикардит – у 9 (6,2%) пациентов 1-й группы и у 1 (2,9%) 2-й группы ($p < 0,05$); диастолическая дисфункция – у 6 (4,1%) пациентов в 1-й группе и у 7 (20,6%) во 2-й группе ($p < 0,001$); снижение фракции выброса левого желудочка – у 2 (1,4%) в 1-й группе и у 12 (35,3%) во 2-й группе ($p < 0,001$); легочная гипертензия – у 9 (6,2%) пациентов в 1-й группе и у 1 (2,9%) во 2-й группе ($p < 0,05$). Наличие интерстициальной пневмопатии было диагностировано у 84 (57,5%) больных в 1-й группе и у 10 (29,4%) во 2-й группе ($p < 0,001$).

Выводы/заключение

Согласно исследованию у пациентов с дебютом системной склеродермии в возрасте после 60 лет чаще развивается ограниченная форма заболевания, поражение суставов, гипертония, блока проводимости, диастолическая и систолическая дисфункция сердца, перикардит и повышенный уровень С-реактивного белка по сравнению с теми, у кого заболевание развилось в возрасте до 60 лет.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (ПО ДАННЫМ КОГОРТЫ «КОРСАР»)

Агафонова Е.М., Дубинина Т.В., Румянцева Д.Г.,
Демина А.Б., Румянцева О.А., Эрдес Ш.Ф.

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

Введение/цель

Коксит является одним из наиболее частых внеаксиальных проявлений анкилозирующего спондилита (АС). В большинстве отечественных исследований поражение тазобедренных суставов (ТБС) при АС рассматривается как основной фактор неблагоприятного прогноза течения заболевания. Все выявляемые изменения ТБС характеризуются одним термином – коксит. До последнего времени нет ясности в вопросе: воспаление каких структур ТБС приводит к деструкции сустава? Цель – сравнить клинические проявления коксита с результатами магнитно-резонансной томографии (МРТ) ТБС у больных аксиальным спондилоартритом (акСПА).

Материал и методы

Обследовано 92 пациента с диагнозом АС и 62 пациента с диагнозом нерентгенологический спондилоартрит (Нр-акСПА) с давностью болезни не более 5 лет. Средний возраст пациентов составил $28,0 \pm 5,9$ года. Пациентам с клиническими признаками поражения ТБС (боль в покое или при пассивных движениях по числовой ранговой шкале (ЧРШ) и/или ограничение движения) проводилась МРТ ТБС в коронарных и аксиальных проекциях в режимах T1 и STIR. Учитывая отсутствие общепринятых методов оценки МРТ, в данной работе за острые воспалительные изменения (ВИ) ТБС были приняты такие признаки, как остейт головки бедренной кости и/или вертлужной впадины и синовит. Средний возраст начала заболевания –

26,4±3,6 года, HLA-B27 выявлен у 87% больных. Длительность симптомов СПА – 23 [3–60] мес, показатель BASDAI 3,40±1,97, BASFI 1,6±1,4, ASDAS СРБ 1,8±1,4.

Результаты/обсуждение

Клинические признаки коксита были обнаружены у 85 (67,2%) пациентов. МРТ-признаки коксита были выявлены у 38 (25%) больных. Пациенты были распределены на группы по наличию и отсутствию МРТ-верифицированного коксита. Пациенты с МРТ-признаками коксита (1-я группа) и без них (2-я группа) были не различимы по возрасту и длительности заболевания. Сравнительный анализ групп: BASDAI 2,1 [0,6; 3,5] и 3,6 [2,2; 4,7] ($p=0,03$); BASFI 0,8 [0,2; 1,8] и 2,3 [1,0; 3,4] ($p=0,2$); ASDAS СРБ 0,8 [0,4; 1,8] и 1,5 [0,6; 2,8] ($p=0,02$); СОЭ 10 мм/ч [5; 15] и 15 мм/ч [8; 20] ($p=0,01$); СРБ 2,5 [1,8; 8,5] мг/мл и 3,8 [1,9; 5,5] мг/мл ($p=0,06$).

Выводы/заключение

Среди больных акСПА с давностью заболевания не более 5 лет частота МРТ-верифицированного коксита достигает 25%. Пациенты с кокситом даже на рентгенологической стадии имеют более высокую активность болезни и более выраженные функциональные нарушения, чем пациенты без поражения ТБС.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф.,
Дубинина Т.В., Подряднова М.В.,
Румянцева Д.Г., Демина А.Б., Румянцева О.А.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

По данным эпидемиологического исследования, в России у больных с анкилозирующим спондилитом (АС) поражение тазобедренных суставов выявлялось в 46% случаев и являлось причиной эндопротезирования в 7% случаев. Цель – сравнить клинические проявления коксита с результатами ультразвукового исследования (УЗИ) тазобедренных суставов (ТБС) у больных со спондилоартритом (СПА) [(АС и нерентгенологическим аксиальным спондилоартритом (Нр-акСПА)].

Материал и методы

В ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» обследовано 313 пациентов с диагнозом АС и 62 пациента с диагнозом Нр-акСПА. Средний возраст начала заболевания – 28,4±8,6 года, HLA-B27 выявлен у 90% больных, медиана продолжительности АС – 34 [3–396] мес, BASDAI 4,0±2,1. Помимо клинического обследования, всем больным проводилось УЗИ ТБС на аппарате Sono Diagnost 360 (Philips) с использованием линейного (7,5 МГц) и конвексного (5,0 МГц) датчиков. Наличие выпота в полости сустава устанавливалось в том случае, если расстояние между сигналами от капсулы сустава и внутренней части шейки бедренной кости составляло более 7 мм.

Результаты/обсуждение

Клинические признаки коксита имелись у 252 (67,2%) пациентов. Среди них с клинически манифестным кокситом выпот в ТБС обнаружили у 131 (42%) человека, а у остальных (121) при УЗИ не было обнаружено признаков синовита. Пациенты с УЗИ-признаками коксита и без них были различимы по возрасту и длительности заболева-

ния. Пациенты были разделены на две группы по наличию УЗИ-признаков коксита. Сравнительный анализ показал, что пациенты с УЗИ-признаками коксита имели высокие показатели: BASDAI Me [25; 75%] 4,6 [3,4; 5,2] и 3,2 [2,6; 3,9] у пациентов без коксита $p<0,005$; ASDAS-СРБ Me [25; 75%] 3,3 [2,8; 3,7] и 2,6 [1,8; 2,8] $p=0,00001$. Функциональная недостаточность, оцениваемая по индексу BASFI 4,0 [3,1; 4,8] и 2,0 [1,1; 2,5], $p<0,005$, была также выше у пациентов с кокситом.

Выводы/заключение

Среди больных СПА частота коксита достигает 42%. Больные с кокситом имеют более высокую активность болезни и выраженные функциональные нарушения, чем пациенты без поражения ТБС. УЗИ позволяет в ряде случаев провести дифференциальную диагностику при сходных клинических проявлениях между синовитом и энтезитом, локализованным в данной области.

СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ И АТЕРОГЕНЕЗ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

Аксенова Т.А.^{1,2}, Иващенко Н.Ф.^{1,2},
Царенок С.Ю.^{1,2}, Горбунов В.В.¹, Громов П.В.²

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»; ²НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО РЖД, Чита, Россия

Введение/цель

В литературе имеются единичные данные о повышении жесткости сосудов при анкилозирующем спондилите (АС), однако до настоящего времени данный вопрос недостаточно изучен. Цель исследования – оценить взаимосвязь клинико-лабораторных параметров с показателями сосудистой жесткости при АС.

Материал и методы

Было обследовано 49 пациентов с АС (средний возраст 39,6±10,6; 38 мужчин, 11 женщин, ASDAS-СРБ 3,11±0,55). Продолжительность АС составила 5,87±4,76 года. Рентгенологическая стадия сакроилеита 2,59±1,42. Контрольная группа включала 24 здоровых некурящих лиц, сопоставимых по возрасту и полу с исследуемой группой. 10 пациентов с АС имели анамнез артериальной гипотензии, однако до включения в исследование артериальное давление (АД) было стабилизировано. 18 пациентов с АС были настоящими или бывшими курильщиками, индекс курения (ИК) составил 18,05±11,57 пачки/лет. Суточное мониторирование периферического, центрального аортального давления, скорости распространения пульсовой волны и других показателей жесткости сосудов было осуществлено посредством VPlab 3.2 с технологией Vasotens, Россия. Это устройство использует осциллометрический метод измерения АД с автоматическим вычислением параметров сосудистой жесткости. Группы не отличались по амбулаторным и среднесуточным параметрам периферического АД. Для статистического анализа были использованы критерий Манна–Уитни и коэффициент корреляции Спирмена. Исследование основывалось на принципах GCR.

Результаты/обсуждение

У пациентов с АС было выявлено повышение систолического (114,8±12,4 против 106,9±6,9, $p=0,006$) и диастолического аортального давления, среднего за сутки (78,5±9,3 против 68,7±11,1; $p=0,0001$), по сравнению с контрольной группой. Пациенты с АС продемонстриро-

вали увеличение минимальной, средней и максимальной скорости распространения пульсовой волны (СРПВ, PWV) по сравнению со здоровыми людьми на 7,44% ($p=0,048$), 15,78% ($p=0,0001$) и 26,17% ($p=0,0001$) соответственно. Амбулаторный индекс ригидности артерий (AASI) у пациентов с АС был выше по сравнению с контрольной группой на 59,09% ($p=0,002$). Индекс эффективности субэндокардиального кровотока (SERV), средний за день, был ниже по сравнению с контрольной группой на 9,4% ($p=0,0001$). PWV средний за день демонстрировал прямую взаимосвязь с уровнем общего холестерина ($r=0,41$, $p=0,026$). SERV максимальный за день отрицательно коррелировал с рентгеновской стадией сакроилиита ($r=0,38$, $p=0,008$). Средний SERV в день отрицательно коррелировал с СРБ ($r=-0,40$, $p=0,017$) и с ASDAS-СРБ ($r=-0,43$; $p=0,003$). Выявлена взаимосвязь ИК с показателями систолического аортального давления минимального ($r=0,49$, $p=0,044$) и среднего за день ($r=0,52$, $p=0,032$), с минимальным аортальным пульсовым давлением за день ($r=0,55$, $p=0,021$), с давлением аугментации ($r=0,62$, $p=0,017$). Профили центрального аортального давления у пациентов с АС распределились следующим образом: в 57,15% – профиль нондиппер, в 30,61% – диппер, в 6,12% – профили овердиппер и найт-пикер.

Выводы/заключение

Показатели артериальной жесткости у пациентов с АС были выше по сравнению со здоровыми лицами. Была продемонстрирована взаимосвязь между клинико-лабораторными данными и параметрами жесткости артерий при проведении суточного мониторирования аортального давления. Профиль аортального давления нондиппер преобладал у пациентов с АС.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Акулова А.И.¹, Апаркина А.В.¹, Гайдукова И.З.², Ребров А.П.¹

¹ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия; ²ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Цель – изучить некоторые особенности трудовой деятельности пациентов со спондилоартритами (СпА).

Материал и методы

Обследовано 159 больных СпА старше 18 лет, соответствовавших критериям ASAS для аксиального (2009) или периферического (2011) СпА, госпитализированных в ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) в 2016–2018 гг. Использовали «Электронную карту обследования пациента со спондилоартритом» (ЭКОП) (рационализаторское предложение № 2909 от 20.12.2012 г.), которая позволяет учесть основные показатели оценки активности и функции пациента со СпА, рекомендованные национальными и международными организациями, особенности терапии. Активность заболевания оценивали с применением индексов BASDAI, ASDAS-СРБ, функциональный статус пациентов – с помощью индекса BASFI. Для данного исследования в ЭКОП были добавлены вопросы, касающиеся профессии пациента и вождения авто-

мобиля. Для статистической обработки применяли ППП SPSS17.

Результаты/обсуждение

Средний возраст пациентов составил $42,59 \pm 11,50$ года, возраст начала заболевания – $24,5$ [18; 33] года, средняя длительность болезни на момент обследования – $145,8 \pm 112,0$ мес; 101 (64%) мужчина, BASDAI – $5,57 \pm 2,40$, ASDAS – $3,43 \pm 1,03$, BASFI – $5,08$ [2,6; 7,2]. HLA-B27 выявлен у 75,55% пациентов (75 из 99 обследованных). Диагноз анкилозирующий спондилит (АС) установлен у 116 (62,95%) больных, псориатический артрит – у 37 (23,27%), недифференцированный СпА – у 3 (3,77%) пациентов. Работают полный рабочий день 48 (30,18%) пациентов, неполный рабочий день 16 (10,00%) пациентов, 52 (32,70%) пациента имеют стойкую утрату трудоспособности, 8 (5,03%) – пенсионеры, 29 (18,24%) больных – безработные, 3 (1,88%) – студенты, 2 (1,25%) – работают на дому. Проанализировали профессиональную принадлежность пациентов вне зависимости от наличия или отсутствия работы на момент исследования. Было выявлено, что 29 (18,23%) пациентов работают/работали водителями (легковых, грузовых автомобилей, спецтранспорта), 9 (5,66%) – инженеры, 8 (5,03%) – экономисты, 8 (5,03%) – преподаватели/учителя, 6 (3,77%) – бухгалтеры, 8 (5,03%) – продавцы/менеджеры по продажам, 5 (3,14%) – строители, 11 (6,92%) занимают руководящие должности. Другие профессии были представлены реже. Водят машину 75 (47%) пациентов, в сутки за рулем в среднем проводят $3,12 \pm 2,32$ ч. Таким образом, у больных исследуемой группы преобладает профессия водителя. Исследования, анализирующие особенности трудовой деятельности больных СпА, немногочисленны. В 2013 г. российскими авторами опубликованы данные, подтверждающие широкое распространение профессии водителя среди больных АС (15,2%) [Л.В. Илюшина, 2013]. Влияние физически тяжелой работы и механического стресса на развитие СпА подтверждено и в зарубежных исследованиях [S. Ramiro, et al, 2015].

Выводы/заключение

На момент исследования более 30% пациентов со СпА имели стойкую утрату трудоспособности. Среди больных СпА велика доля водителей и пациентов, регулярно управляющих автомобилем. Требуется дальнейшее изучение возможного влияния факторов внешней среды, особенностей образа жизни пациентов и их профессиональной принадлежности на риски возникновения СпА и особенности течения заболевания.

БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Алекберова З.С., Голоева Р.Г., Лиля А.М.

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

Введение/цель

Болезнь Бехчета (ББ) – системный васкулит неизвестной этиологии с полиорганной патологией. Сведения об исходах беременности при ББ носят противоречивый характер. Цель – изучить исходы беременности у пациенток с ББ.

Материал и методы

В исследование включено 12 пациенток с ББ (согласно критериям ISBD 2014 г.) [1]. Средний возраст пациенток составил $29,5$ [25; 35] года, средняя длительность бо-

лезни – 7,4 [2; 10,5] года. Рецидивирующий афтозный стоматит имели 100% пациенток, другие критерии: язвы гениталий – у 41%, увеит – 41%, поражение кожи – 75%, узловатая эритема – 58%, суставной синдром – 41% и поражения ЦНС – у двух пациенток. С тяжелой формой ББ по классификации Ch.Zouboulis [2] было 50% пациенток (за счет генерализованного увеита, васкулита сетчатки и паренхиматозного поражения ЦНС), у второй половины пациенток были в основном кожно-слизистые проявления заболевания. Проведен ретроспективный анализ данных, касающихся связи между течением ББ и беременностью.

Результаты/обсуждение

У 12 пациенток 34 беременности разрешились рождением 20 детей в срок (у 4 – кесаревым сечением). 9 незавершенных беременностей имели 4 пациентки: у 1 по медицинским показаниям (краснуха на 7-й неделе гестации), у другой – с диагнозом нейробехчет 5 случаев прерывания на сроке до 12 недель и 2 беременности, завершённые рождением здоровых детей. Еще 2 пациентки прерывали беременность, из них одна дважды на сроке до 12 недель. У 2 пациенток с ББ – по одной «замершей» беременности в анамнезе в 10 и 12 недель, еще у двух – выкидыши: у одной – два на сроке 5 и 6 недель, у второй – 10 недель. Дебют ББ с узловатой эритемы и стоматита во время первой беременности у одной больной, беременность у которой завершилась рождением здорового ребенка в срок. Из 20 детей, рожденных пациентками с ББ, только двое имели рецидивирующий афтозный стоматит, и один – врожденную глаукому (у матери с диагнозом нейробехчет). В зависимости от тяжести ББ (Ch.Zouboulis) наблюдалась следующая частота выкидышей/замершей беременности: при легкой степени – 5 (41,7%), средней – 1 (8,3%) и тяжелой – 6 (50%).

Выводы/заключение

Неблагоприятные исходы беременности наблюдались при разной тяжести ББ. Представленные выше результаты собраны у всех пациенток до назначения лечения, что позволяет исключить связь исхода беременности с терапией ББ.

КЛИНИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА И ЕГО РЕЦЕПТОРОВ 2 ТИПА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Алекперов Р.Т.^{1,2}, Ананьева Л.П.²

¹Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского;

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

Введение/цель

Исследовать содержание и клинические ассоциации сосудистого эндотелиального фактора роста-А (VEGF-A) и его рецептора 2 типа (VEGFR2) у больных системной склеродермией (ССД).

Материал и методы

В исследование включены 46 больных ССД в возрасте 19–77 лет (медиана 50) и длительностью болезни 0,5 – 24 года (медиана 7,0). Число больных с лимитированной (лССД) и диффузной (дССД) формами заболевания было одинаковым – по 23 (50%). Всем больным проводилось исследование форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), диффузионной способности легких (ДЛСО) и систолического давления в легочной артерии (СДЛА).

Содержание VEGF-A и VEGFR2 в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом у больных и у 20 здоровых лиц, которые составили контрольную группу.

Результаты/обсуждение

Содержание VEGF-A у здоровых людей и у больных ССД был в пределах 0,20–264,00 (90,20) пг/мл и 0,02–1034,20 (147,20) пг/мл соответственно. Среднее содержание VEGF-A в основной группе более чем в два раза превышало его значение в контрольной группе: 212,35±253,93 и 97,74±71,46 соответственно (p=0,032). При дССД уровень VEGF-A находился в пределах 0,02–599,80 (93,60) пг/мл, а при лССД 0,02–1034,20 (162,40) пг/мл. Среднее содержание VEGF-A при лССД было достоверно больше, чем при дССД: 267,11±268,74 и 120,40±141,09 соответственно (p=0,012). У 19 (41%) больных при обследовании или в анамнезе отмечались дигитальные язвы. Содержание VEGF-A у больных с дигитальными язвами было выше, чем у больных без дигитальных язв, но это различие не было статистически значимым. СДЛА было больше 30 мм рт. ст. у 19 (43%) больных. Уровень VEGF-A у больных с уровнем СДЛА <30 мм рт. ст. и ≥31 мм рт. ст. находился в пределах 0,02–363,60 пг/мл (79,60) и 0,20–1034,20 пг/мл (222,30) соответственно. Среднее содержание VEGF-A у больных с повышенным давлением в легочной артерии было значительно больше его уровня у больных с нормальным значением СДЛА (p=0,0042). Содержание VEGF-A у больных с ДЛСО ≥50% и <50% варьировало в пределах 0,02–599,80 пг/мл (59,75) и 0,02–1034,20 пг/мл (195,90) соответственно. Среднее содержание VEGF-A у больных с уровнем ДЛСО <50% было существенно больше, чем у больных с ДЛСО ≥50% (364,20±381,95 и 128,55±142,70 соответственно, p=0,034). Снижение ФЖЕЛ (<80%) отмечалось у 11 (26%) из 43 больных. Среднее содержание VEGF-A у больных с низким значением ФЖЕЛ было больше, чем у больных с нормальной величиной ФЖЕЛ, но это различие было статистически незначимым. У больных ССД содержание VEGFR2 варьировало в пределах 915,7–23290,0 (5345,0) пг/мл, среднее содержание составило 5784,6±4773,8 пг/мл и значительно превышало его значение в контрольной группе – 1552,6±272,8 (p<0,0001). Не наблюдалось различий содержания VEGFR2 между больными с дигитальными язвами и без них, больными с нормальным и повышенным СДЛА, между больными с ДЛСО меньше или ≥50%, а также больными с нормальной и сниженной ФЖЕЛ. Корреляционный анализ выявил тесную прямую ассоциацию между содержанием VEGF-A и уровнем СДЛА (R=0,40; p=0,007). Также наблюдалась тенденция к обратной связи ДЛСО с содержанием VEGF-A, которая, однако, не была статистически значимой (R=-0,28; p=0,070).

Выводы/заключение

У больных ССД отмечается повышенное содержание VEGF-A и VEGFR2. Тесная ассоциация с клиническими проявлениями указывает на патогенетическую роль оси VEGF-A/VEGFR2 при системной склеродермии.

THE ROLE OF ANTIBODIES TO XANTHINE OXIDASE IN THE DEVELOPMENT OF IMMUNOPATHOLOGICAL REACTIONS IN RHEUMATOID ARTHRITIS AND SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Aleksandrov A.V., Alekhina I.Y.,

Aleksandrov V.A., Aleksandrova N.V.

Federal State Budgetary Institution «Research Institute of Clinical and Experimental Rheumatology named after A.B. Zborovskiy», Volgograd, Russia

Introduction/aim

The aim of the research was to develop the additional criteria for clinical laboratory diagnostics reumatic diseases (RD) by using immobilized antigen nanosystems (ANS) based on xanthine oxidase (XOD).

Material and methods

The serum of 30 donors, 142 patients with rheumatoid arthritis (RA) and 68 patients with systemic lupus erythematosus (SLE) was analyzed. Commercial preparation of xanthine oxidase was used as an antigen. ANS were the double polyacrylamide microgranules in size of 10–100 microns with the immobilized antigen in their structure. The traditional variant enzyme immunoassay (ELISA) as well as the option we have developed ELISA using the ANS was used to investigate the amount of autoantibodies to XOD in the blood serum of patients. The activity of XOD and Xanthine dehydrogenase (XDG) in serum was determined by standard methods. The XOD/XDG coefficient was used in the calculations.

Results/discussion

Preliminary studies have shown that the 20% polyacrylamide gel (PAAG) is the best carrier for use as antigen array of biopolymers with a molecular weight of not less than 30 Kd (XOD-300 Kd). ANS antigen array was formed by using the aqueous solutions with the optimal antigen concentration of XOD-50 µg/ml. The use of ANS based XOD in proposed ELISA option, would increase the sensitivity of this method is 4 times as compared to the traditional version, due to: 1) increase the concentration of antigen in 20–40 times and 2) frequency of the immobilized antigens with relevant immunoglobulins with help of a magnetic stirrer. Antibodies to XOD (anti-XOD) were found in 51,4% of RA patients and 47,1% of SLE patients. The severity of autoimmunisation to XOD in patients with RA depends on activity (DAS28 index) disease ($p=0,038$) and the presence of extra-articular manifestations ($p=0,008$); increased anti-XOD levels were associated with lesions of the organs of the reticuloendothelial system and with severe cytopenia ($p=0,018$). With the increase in the activity of the pathological process, an increase in the coefficient of XOD/XDG ($p=0,022$) was observed due to the growth of XOD and reduction of XDG in serum. We compared the performance of RA with minimal and moderate activity. The positive correlation of anti-XOD level with values SLEDAI index ($r=0,406$) and a negative correlation with the biochemical activity of XOD in the blood serum ($r=-0,316$) were observed in patients with SLE. The highest levels of anti-XOD were observed in SLE patients with liver disease ($p=0,017$), gastrointestinal tract ($p=0,048$) and in patients with severe cytopenia ($p=0,035$). In patients with SLE an evidential increase in the XOD/XDG ratio ($p=0,04$) was found due to a significant decrease in XDG activity in comparison with healthy individuals. Changes in functional activity XOD in patients with inflammatory RD may be associated with autoimmune disorders, because of the impact of specific anti-

bodies the transformation processes D-form of the enzyme (XDG) in the O-form (XOD) is amplified, which ultimately leads to a significant increase in the generation of superoxide radicals that have a damaging effect on lipids, proteins and other cellular components, whereby they acquire the properties of self-antigens and stimulate the production of antibodies having secondary damaging effects.

Conclusions

Consequently, the research of clinical correlation of autoantibodies to XOD can improve the diagnostic approaches and detail the role of the given antibodies in damaged organs and systems in RA and SLE.

THE ROLE OF ANGIOPOETIN-SIMILAR PROTEINS 3 AND 4 TYPES AS ACTIVATORS OF ANGIOGENESIS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Aleksandrov V.A.^{1,2}, Shilova L.N.¹

¹Volgograd State Medical University; ²Federal State Budgetary Institution «Research Institute of Clinical and Experimental Rheumatology named after A.B. Zborovskiy», Volgograd, Russia

Introduction/aim

The family of angiopoietin-like proteins actively participates in both physiological and pathophysiological, especially inflammatory processes. The angiopoietin-like 3 protein (ANGPTL3) and angiopoietin-like 4 protein (ANGPTL4) are of interest due to their contribution to the processes of angiogenesis and lipid metabolism. It is known that in inflammatory rheumatic diseases, such as rheumatoid arthritis (RA), the intensification of angiogenesis processes is the basis of synovial proliferation in the joints. The purpose of research – to study the influence ANGPTL3 and ANGPTL4 and the characteristics of angiogenesis in RA.

Material and methods

The study included 18 RA patients (aged from 33 to 64 years, the average duration of the disease was $8,42 \pm 5,2$ years, women – 77,8%, DAS28 > 3,2). A control group (12 people) comprised healthy individuals aged 28 to 52 years (women – 75%). Levels of ANGPTL3 and ANGPTL4 in serum were determined by the enzyme immunoassay using the commercial test systems Human Angiopoietin-like Protein 3 ELISA and Human Angiopoietin-like Protein 4 ELISA from Bio Vendor (Czech Republic). Ultrasound examination of the wrist joints was carried out according to the standard procedure using a linear sensor with a frequency of 5–12 MHz on the ultrasonic diagnostic system Accuvix V10 (Samsung Medison, South Korea). The features of the blood flow were studied by color and energy dopplerography (ED) (the number of color loci was visually assessed). Statistical analysis of the data was carried out using the software «STATISTICA 10.0 for Windows» package, including conventional methods of parametric and non-parametric analysis.

Results/discussion

The search for new serological markers is an important stage in clinical trials in RA. These markers can be used as objective indicators of various pathological processes, such as neovascularization, developing in inflammatory joint diseases. The level of ANGPTL3 and ANGPTL4 was significantly higher in patients with RA ($p=0,043$ and $p=0,038$, respectively), than in the control group. The level of ANGPTL4 in patients with RA correlated ($r=0,38$, $p=0,002$) with indicators of ED hypervascularization significantly.

Conclusions

A detailed study of ANGPTL3 and ANGPTL4 will not only help to deepen the understanding of the pathogenesis of RA, but it may also contribute to the improvement of early diagnosis and a more accurate determination of pathological process activity in this disease.

**ВЛИЯНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОЙ
МАГНИТОТЕРАПИИ НА ФИЗИЧЕСКИЕ
И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
В УСЛОВИЯХ ЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Александрова Н.В.¹, Александров А.В.¹,
Никитин М.В.², Зборовская И.А.¹

¹ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского», Волгоград, Россия;

²Санаторно-курортный комплекс «Вулан», Геленджик, Россия

Введение/цель

Усовершенствование критериев оценки эффективности метода низкочастотной магнитотерапии (НМТ) при проведении этапного лечения больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы

В исследование были включены 126 пациентов с РА (11 мужчин и 115 женщин в возрасте от 26 до 75 лет) в стадии ремиссии или с низкой активностью заболевания (DAS28 <3,2), которые проходили этапную реабилитацию (стационарное лечение в ЛПУ г. Волгограда с последующим санаторно-курортным лечением (СКЛ) в СКК «Вулан»). После проведения рандомизации были определены две сопоставимые группы: 48 больных РА вошли в группу сравнения (климатотерапия и стандартный набор физиотерапевтических процедур), а 78 пациентов – в основную группу (с дополнительным включением в реабилитационный комплекс 10–12 ежедневных процедур НМТ бегущими магнитными полями на комплексе «Мультимаг»). Для определения степени нарушения жизнедеятельности был использован опросник оценки здоровья HAQ, для оценки наличия депрессивных симптомов – опросник депрессивности Бека, для определения уровня тревожности – шкала самооценки Spielberger. Качество жизни (КЖ) изучали с помощью общего опросника SF-36.

Результаты/обсуждение

До начала СКЛ у больных РА было отмечено: умеренные функциональные нарушения по индексу HAQ (1,49±0,15); низкие показатели КЖ практически по всем шкалам опросника SF-36; превалирование пациентов с депрессией различной степени тяжести (57,9%); высокие уровни реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ). В результате лечения показатели HAQ имели тенденцию к снижению, но достоверная динамика была отмечена только в основной группе (1,18±0,46; p=0,041). У больных основной группы наблюдалось достоверное увеличение показателей КЖ (в большей степени по физическому компоненту здоровья): ролевое физическое функционирование (p=0,014), ролевое эмоциональное функционирование (p=0,031), жизненная активность (p=0,047), психическое здоровье (p=0,048). В группе сравнения отмечалось достоверное повышение значений шкал, отражающих исключительно психический компонент здоровья. Под воздействием НМТ (основная группа) число пациентов с отсутствием депрессивных симптомов увеличилось (с 42,1%

до 60,3%), уровень тяжести депрессии снизился (p=0,037), и большая часть больных с патологически сниженным настроением показала значения шкалы, характерные для легкой депрессии. У больных РА ЛТ изначально была более выражена по сравнению с РТ. Развитие и прогрессирование РА сопровождается формированием повышенной тревожности как реального психологического состояния и как устойчивой личностной особенности. Повышение РТ у больных РА связано с осознанием болезни, формированием фиксации на болезнь, принятием ее как предопределенности и ведет, как правило, к возникновению депрессивных переживаний. После СКЛ в основной группе была отмечена достоверная положительная динамика как РТ (p=0,034), так и ЛТ (p=0,046).

Выводы/заключение

Выбор определенного физического лечебного фактора при назначении конкретному пациенту в идеале должен основываться на обоснованном положительном прогнозе эффективности выбранного метода, а оценку воздействия изучаемого фактора целесообразно проводить на одном или нескольких основных «не суррогатных» критериев эффективности лечения, таких как, например, показатели КЖ. Метод НМТ, оказывая влияние на различные составляющие здоровья, может занять одну из важных позиций в восстановительной терапии РА.

**ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА
У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ТОЦИЛИЗУМАБОМ**

Александркин А.П., Герасимова Е.В., Попкова Т.В.

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

Введение/цель

Среди широкого спектра «провоспалительных» медиаторов, принимающих участие в патогенезе ревматоидного артрита (РА), важная роль принадлежит интерлейкину 6 (ИЛ-6). ИЛ-6 благодаря своему широкому диапазону биологической активности является важным звеном между адаптивным и врожденным иммунитетом. Тоцилизумаб (ТЦЗ) является перспективным препаратом, успешно применяемым для лечения пациентов с высокой активностью РА. При хорошо изученной клинической эффективности и безопасности тоцилизумаба (ТЦЗ) данные о влиянии терапевтического ингибирования ИЛ-6 на Т- и В-клетки малочисленны и противоречивы. Цель – определить относительное и абсолютное количество основных субпопуляций лимфоцитов в периферической крови у пациентов с РА на фоне терапии ТЦЗ.

Материал и методы

В исследование включено 28 пациентов (23 женщины/5 мужчин) с РА, медиана возраста составила 57 [53; 64] лет, длительность РА – 8,5 [5,5; 15] года, 100% больных были серопозитивны по IgM РФ, 64% – по АЦЦП. Активность РА была высокой (медиана DAS28 6,3 [5,6; 6,7]), 36% больных имели внесуставные проявления. Все больные получали терапию ТЦЗ в дозе 8 мг/кг в течение 6 и 12 мес. 12 (43%) пациентов получали ТЦЗ в качестве монотерапии, 16 (57%) пациентам проводилась комбинированная терапия ТЦЗ и метотрексатом (МТ) (медиана дозы 17,5 [15; 20] мг/нед). Глюкокортикоиды (ГК) принимали 54% больных, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – 79% пациентов. Иммунофенотипирование лимфоцитов периферической крови, включая определение

процентного и абсолютного количества общей популяции Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD3+CD4+), Т-цитотоксических клеток (CD3+CD8+), ЕКК (CD56+) и В-клеток (CD19+), проводили методом многоцветной проточной цитометрии на анализаторе NAVIOS («Beckman Coulter», США).

Результаты/обсуждение

При включении в исследование у больных РА относительное/абсолютное количество Т-лимфоцитов (CD3+) составило 77,8 [73,9; 82,3]% / 1,5 [1,1; 1,9]×10⁹/л, Т-хелперов (CD3+CD4+) – 53,4 [45,0; 55,4]% / 0,8 [0,7; 1,6]×10⁹/л, Т-цитотоксических клеток (CD3+CD8+) – 24,8 [20,8; 33,5]% / 0,5 [0,3; 0,7]×10⁹/л, ЕКК – (CD56+) 10,2 [6,9; 14,1]% / 0,2 [0,1; 0,2]×10⁹/л, В-клетки (CD19+) 8,5 (7,2; 11,0)% / 0,2 (0,06 ; 0,2)×10⁹/л. Через 12 мес терапии ТЦЗ согласно критериям эффективности EULAR (DAS 28) хороший эффект был достигнут у 54%, умеренный – у 46% больных РА. Значительное снижение активности РА по индексу DAS28 отмечено уже через 6 мес терапии ТЦЗ: 6,2 [5,3; 8,3] и 2,2 [1,8; 2,5], p<0,05). После 12 мес терапии отмечалось уменьшение относительного количества Т-лимфоцитов (CD3+) с 77,8 [73,9; 82,3] до 76,2 [66,8; 78,9], p<0,05.

Выводы/заключение

Существенных изменений в иммунном статусе пациентов с РА на фоне терапии ТЦЗ не обнаружено. Выявленные снижения относительного количества Т-лимфоцитов (CD3+) и абсолютного количества Т-цитотоксических клеток (CD3+CD8+) через 6 и 12 мес терапии ТЦЗ требуют дальнейших исследований для уточнения альтернативных механизмов воздействия ТЦЗ на ревматоидное воспаление.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИЛЬНОЙ БОЛИ У ЛИЦ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Алексеева Л.И.¹, Аникин С.Г.¹, Кашеварова Н.Г.¹, Шарипова Е.П.¹, Таскина Е.А.¹, Короткова Т.А.¹, Раскина Т.А.², Оттева Э.Н.³, Дубиков А.И.⁴, Занова Е.В.⁵, Виноградова И.В.⁶

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово, Россия;

³КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ Хабаровского края, Хабаровск, Россия;

⁴ВКБ № 2; ⁵ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России; ⁶ГУЗ УОКБ

Введение/цель

В настоящее время известны некоторые факторы риска (ФР), ассоциированные с развитием интенсивной боли в коленных суставах у пациентов с остеоартритом (ОА), однако ключевые предикторы интенсивной боли, которая рассматривается в качестве одного из факторов прогрессии заболевания, точно не определены. Цель исследования – выделить ФР интенсивной боли в коленных суставах (КС) у лиц, страдающих ОА, в 5-летнем многоцентровом проспективном исследовании.

Материал и методы

Проведенное исследование является первым российским многоцентровым проспективным исследованием по оценке ФР интенсивной боли в КС у лиц с ОА. В исследование было включено 344 больных ОА. Критериями включения были: женский пол, возраст 40–75 лет, достоверный

диагноз ОА КС (критерии ACR), стадия заболевания I–III (по Келлгрэну–Лоренсу). Исключались случаи вторичного ОА, наличие других ревматических заболеваний, а также тяжелые заболевания и состояния, препятствующие возможности длительного проспективного наблюдения. Для оценки ФР использовалась унифицированная карта, включающая демографические и клинические данные (83 параметра) и инструментальные методы: рентгенография КС (15 параметров), УЗИ КС (13 параметров), денситометрия осевого скелета (2 параметра) и субхондральных отделов бедренной и большеберцовой костей (5 параметров), МРТ КС (32 параметра). Выраженность боли оценивалась с использованием ВАШ: слабая боль.

Результаты/обсуждение

При первичном обследовании слабая боль была у 39% лиц, умеренная у 46% и сильная у 15%; при повторном: доля лиц со слабой болью снизилась до 22%, с умеренной – до 39%, а с сильной возросла до 39%. Лица с сильной болью и без таковой были сопоставимы по возрасту и длительности заболевания (p<0,05). Корреляционный анализ по Спирмену выявил следующие значимые корреляции ФР и сильной боли: функциональная недостаточность (WOMAC) 0,54 (<0,01), варусная девиация сустава 0,41 (<0,01), выраженное повреждение хрящевой ткани (несколько дефектов хряща или один дефект на всю глубину по данным МРТ) 0,38 (<0,01), наличие узелков Гебердена 0,23 (<0,01). Дискриминантный анализ подтвердил, что функциональная недостаточность (WOMAC), варусная девиация сустава, выраженное повреждение хрящевой ткани (несколько дефектов хряща или один дефект на всю глубину по данным МРТ) и наличие узелков Гебердена являются независимыми предикторами развития сильной боли в КС. На основании выявленных ФР была разработана модель, позволяющая с высокой точностью (87%) выделять лиц с высоким риском развития сильной боли в КС при ОА: 0,0047*ФН + 1,7423*Варусная деформация + 0,4584 * несколько дефектов хряща или один дефект на всю глубину (МРТ) + 0,8273* узелки Гебердена ≥8,533. Чувствительность модели 93%, специфичность 67%. Площадь под кривой составила 0,906 (95% ДИ 0,860–0,951).

Выводы/заключение

Функциональная недостаточность (по WOMAC), варусная девиация сустава, выраженное повреждение хрящевой ткани (по данным МРТ), наличие узелков Гебердена являются независимыми предикторами развития интенсивной боли в КС при ОА.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СУСТАВОВ КИСТЕЙ И СТОП В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Алексеева О.Г., Смирнов А.В.,

Глухова С.И., Волков А.В., Насонов Е.Л.

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

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое воспалительное заболевание, которое протекает по типу эрозивно-го полиартрита и приводит к деструктивным изменениям и нарушению функции суставов. В настоящее время ультразвук (УЗ) рассматривается как дополнительный маркер активности, оценки эффективности терапии и прогноза, однако эти вопросы остаются дискуссионными. Целью

исследования было оценить вклад УЗ-параметров в оценку отдаленного исхода у пациентов с ранним РА.

Материал и методы

В исследование включено 56 пациентов с ранним РА, средний возраст которых составил 53,5 [45,5; 61,0] года, с длительностью заболевания 5 [3; 7,5] мес. В качестве первого БПВП всем пациентам была назначена подкожная форма МТ в начальной дозе 10 мг/нед с быстрой эскалацией дозы до 20–25 мг/нед с дальнейшим присоединением к терапии ГИБП при необходимости. В течение первого года терапия осуществлялась согласно концепции «лечение до достижения цели», в дальнейшем – в режиме реальной клинической практики до момента окончания исследования (медиана наблюдения – 4 года). УЗИ кистей и стоп проводилось перед началом терапии, через 3, 6, 9 и 12 мес и включало 7 суставных зон (запястья, 2, 3 пястно-фаланговых, 2, 3 проксимальных межфаланговых, 2, 5 пястнофаланговых суставов) клинически доминирующей стороны. Признаками синовита считался внутрисуставной выпот и пролиферация синовиальной оболочки по данным «серой» шкалы (СШ) и гиперваскуляризация синовиальной оболочки в режиме ЭД. УЗ-признаками деструктивных изменений являлось углубление костного контура, визуализируемое в 2 перпендикулярных срезах, шириной более 2 мм и глубиной более 1 мм. Подсчет деструкций осуществлялся с помощью бинарной системы счета на каждый исследуемый сустав (количество суставов с эрозиями, максимумом 7). Рентгенологическое обследование проводилось перед началом терапии и на момент окончания исследования с оценкой рентгенологических изменений методом Sharp в модификации van der Heijde и было конечной точкой исследования.

Результаты/обсуждение

На момент окончания исследования у 17 из 56 больных выявлено рентгенологическое прогрессирование: нарастание суммы эрозий с 0 [0; 1] до 4 [2; 7], суммы сужений с 62 [27; 85] до 101 [89; 112] и общего суммарного балла с 62 [28; 85] до 103 [95; 115]. В то же время на фоне терапии определялось снижение УЗ-признаков воспаления по данным СШ и ЭД: с 6 [4; 9] до 1 [0; 3] и с 2 [1; 5] до 1 [0; 2] соответственно и нарастание количества суставов с эрозиями с 0 [0; 1] до 2 [0; 3]. При проведении многофакторного анализа с построением модели Кокса в группе с ранним РА были выявлены независимые предикторы исходов РА. Так, сохранение повышенного СОЭ на 3-м месяце наблюдения обуславливало увеличение шанса выявления эрозий в 1,03 раза (95% ДИ 1,0–1,05; $p=0,004$), сохранение активности по данным ЭД на 6-м месяце наблюдения – в 4,32 раза (95% ДИ 1,44–12,93; $p=0,006$) и нарастание количества суставов с эрозиями на 6-м месяце наблюдения увеличивало риск в 3,15 раза (95% ДИ 1,08–9,2; $p=0,035$). Данная модель продемонстрировала приемлемую значимость: $R^2=0,69$.

Выводы/заключение

Таким образом, при раннем РА, помимо стандартных клинико-лабораторных исследований, целесообразно проведение УЗИ кистей и стоп через 6 мес от начала терапии с определением активного воспаления и подсчетом количества суставов с эрозиями, что позволит выделить группу пациентов с потенциально быстрым рентгенологическим прогрессированием.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Смирнов А.В.

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

Введение/цель

Изучить взаимосвязь минеральной плотности кости (МПК) осевого скелета с риском прогрессирования остеоартрита (ОА) коленных суставов в 5-летнем проспективном наблюдении.

Материал и методы

В исследование включено 110 женщин с ОА коленных суставов (ACR), подписавшие информированное согласие. На каждую пациентку заполнялась индивидуальная карта, включающая антропометрические, анамнестические и клинические данные, оценку боли в коленных суставах по ВАШ и показатели WOMAC. Всем больным были проведены стандартная рентгенография коленных суставов и денситометрия осевого скелета. Состояние МПК определялось согласно рекомендациям ВОЗ. Для женщин, находящихся в постменопаузальном периоде, учитывались Т-критерий, у женщин с сохраненным менструальным циклом – Z-критерий. Повторное обследование проведено через 5 лет.

Результаты/обсуждение

Через 5 лет наблюдения рентгенологическое прогрессирование наблюдалось у 40 пациентов (1-я группа), у 70 (2-я группа) – стадия заболевания не изменилась. Пациенты в обеих группах были сопоставимы по возрасту (59,2±9,5 и 59,0±8,1 года) и длительности заболевания (11,1±10,6 и 13,7±9,9 года), однако в 1-й группе по сравнению со 2-й отмечалась тенденция к более высоким показателям МПК как в поясничном отделе позвоночника, так и в шейке бедренной кости: 0,88 ± 0,26 против 0,86 ± 0,18 и 0,76 ± 0,17 против 0,75 ± 0,14 г/см². В группе прогрессирования МПК в поясничном отделе позвоночника статистически значимо у 47,5% женщин соответствовала нормальным значениям, остеопороз (ОП) выявлен только у 22,5% (ОР=2,1, 95% ДИ 1,16–3,82, $p=0,007$). Во 2-й группе ОП и остеопения (Оп) достоверно чаще диагностировались у большинства больных – 62,9%, нормальные показатели МПК – у 37,1% (ОР=1,69, 95% ДИ 1,18–2,41, $p=0,002$). Показатели МПК шейки бедренной кости в 1-й группе достоверно чаще были нормальными, ОП и Оп встречались реже (соответственно 62,5% и 37,5%, ОР=1,67, 95% ДИ 1,05–2,66, $p=0,02$), во 2-й группе, наоборот, ОП и Оп определялись чаще, чем нормальные показатели МПК, хотя и без статистической достоверности (соответственно 55,7% и 44,3%, $p>0,05$). Через пять лет наблюдения различия между группами по этим параметрам тоже сохранялись с преобладанием более высоких значений МПК в группе с прогрессированием ОА. В корреляционном анализе были подтверждены прямо пропорциональные связи между стадией ОА коленных суставов и МПК поясничного отдела позвоночника и шейки бедренной кости (соответственно $r=0,26$ и $r=0,19$, $p<0,05$).

Выводы/заключение

Высокие значения МПК в поясничном отделе позвоночника и шейке бедра ассоциируются с высоким риском прогрессирования ОА коленных суставов. Необходимо дальнейшее изучение этого вопроса в многоцентровых проспективных работах.

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ МЕНОПАУЗЫ НА РАЗВИТИЕ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Алиева К.К., Ташпулатова М.М.

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Постменопаузальный остеопороз — наиболее распространенная форма заболевания, при котором прогрессирующее снижение прочности кости ассоциировано с наступлением менопаузы (естественной или хирургической). Согласно международной классификации, постменопаузальный остеопороз относится к первичному остеопорозу I типа и характеризуется высоким костным обменом с интенсивными процессами костной резорбции при нормальном или повышенном костеобразовании. Отличительная особенность постменопаузального остеопороза — преимущественное поражение трабекулярной костной ткани. В связи с этим наиболее уязвимыми областями являются позвоночник, состоящий на 95% из трабекулярной кости, и дистальный отдел лучевой кости. Менопауза — сложный физиологический период в жизни женщины, часто сопровождающийся развитием широкого спектра вазомоторно-вегетативных, урогенитальных и метаболических нарушений. Остеопороз относится к поздним постменопаузальным осложнениям, основной причиной которых является недостаточный синтез эстрогенов. Целью нашего исследования явилось изучение влияния ранней естественной менопаузы на возникновение постменопаузального и сенильного остеопороза.

Материал и методы

Обследовано 165 женщин старше 50 лет. 72 женщины с остеопорозом в возрасте от 50 до 69 лет (средний возраст $61,8 \pm 4,5$). Группы сравнения составили 93 женщины в постменопаузе с нормальной плотностью костной ткани или умеренной остеопенией (Т-критерий до $-2SD$). В исследование также не включались лица с вторичным остеопорозом. Диагноз остеопороза верифицировался при определении минеральной плотности костной ткани (МПКТ) методом DXA на аппарате «DPX-IQ» фирмы «Luna». Измерения проводились в двух областях — в поясничном отделе позвоночника (L2–L4) и в проксимальном отделе бедренной кости. Изучение факторов риска развития остеопороза проводилось по специально разработанной анкете. Анализ влияния факторов риска постменопаузального и сенильного остеопороза проводился по методике «случай-контроль» (case-control study).

Результаты/обсуждение

Среди женщин с постменопаузальным остеопорозом отмечено более позднее появление менструаций (14,3 года против 13,9 года, $p < 0,01$). Возраст наступления менархе после 15 лет имела каждая третья женщина с постменопаузальным остеопорозом, что увеличивало риск в 1,7 раза. У женщин с остеопорозом ранняя менопауза до 45 лет отмечена почти у одной трети. По количеству беременностей и родов, длительности лактации в обеих группах различий не выявлено. Продолжительность менструального цикла у женщин с остеопорозом была достоверно меньше (33,2 года против 36,1 года, $p < 0,001$). Применение многофакторного дискриминантного анализа позволило выделить среди выявленных факторов риска наиболее значимые: длительность постменопаузального периода более 5 лет, возраст естественной менопаузы до 45 лет, вес тела менее 60 кг, индекс массы тела менее 25 кг/м^2 .

Выводы/заключение

Таким образом, ведущими факторами риска у женщин с постменопаузальным остеопорозом является ранняя естественная менопауза и антропометрические показатели. Выделение групп повышенного риска позволит своевременно проводить профилактические мероприятия.

RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASE IN PATIENTS WITH SERONEGATIVE SPONDYLOARTHRITIS

Aliakhunova M.Y., Nuritdinova S.K., Khan T.A.

Republican specialized scientific-practical medical centre of therapy and medical rehabilitation of Uzbekistan

Introduction/aim

To determine the incidence of cardiovascular disease in patients with psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis. 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 and C-reactive protein (CRP), and smoking.

Material and methods

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 the city of Tashkent. For the diagnosis of AS used modified New York criteria. For the diagnosis of PsA was used the classification proposed by VV Badokin (2004). All patients underwent clinical examination and 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 disease — HLA B27.

Results/discussion

According to the survey results revealed increasing BMI $> 25 \text{ kg/m}^2$ occurred significantly more frequently than in the control group, with PsA and AS ($p = 0,002$). Among patients with PsA proportion of patients with a high body mass was significantly greater than in the group of patients with AS. Abdominal obesity in a group of patients with PsA was detected significantly more frequently than AS. 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 AS. 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, 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, 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 RCC was significantly higher than in the group of CG.

Conclusions

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

ПРИМЕНЕНИЕ РИТУКСИМАБА ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОМ С СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТА ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ИНИЦИАЦИИ ТЕРАПИИ

Ананьева Л.П., Конева О.А., Десинова О.В., Глухова С.И., Гарзанова Л.А., Старовойтова М.Н., Овсянникова О.Б.

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

Введение/цель

Выбор препаратов для лечения интерстициального поражения легких (ИПЛ), ассоциированного с системной склеродермией (ССД), в настоящее время ограничен. Данные ряда исследований показывают, что ритуксимаб (РТМ) может улучшить функцию легких и уменьшить выраженность фиброза кожи у пациентов с ССД. Цель данного исследования заключалась в оценке краткосрочной эффективности лечения РТМ в когорте пациентов с ССД-ассоциированным ИПЛ.

Материал и методы

В проспективное исследование был включен 71 пациент. Средний возраст – 46 (17–66) лет, диффузная форма ССД – у 42 (59%) пациентов, положительные антитела к Scl-70 – у 70%. Продолжительность заболевания составила 5,6±4,4 года. Средний период наблюдения составил 13±2 мес. Средняя кумулятивная доза РТМ – 1,43±0,6 г, причем 48 пациентов получили <2 г РТМ (1-я группа, средняя доза 1,1±0,1 г) и 23 пациента получили ≥2 г РТМ (2-я группа, средняя доза 2,2±0,6 г). Все пациенты одновременно получали сопутствующую терапию преднизолоном в низких дозах и 45% – иммуносупрессантами.

Результаты/обсуждение

Хороший эффект отмечался у 29 (41%) пациентов, частичный эффект (улучшение) – у 40 (56%) пациентов, не было эффекта у 2 (3%) пациентов. Отмечено достоверное снижение индекса активности заболевания, кожного счета, уровней С-реактивного белка и IgG, числа пациентов с высоким титром АНФ, средней дозы преднизолона. Достоверно увеличилось фракция выброса левого желудочка, тест 6-минутной ходьбы и размер ротовой апертуры. Не было изменений систолического давления в легочной артерии и индекса НАQ. Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) увеличилась с 77,4%±19,9 до 82,6%±20,7 (p=0,001). Увеличение ФЖЕЛ ≥10% наблюдалось у 19 (26,7%) пациентов. Прирост ФЖЕЛ (ΔФЖЕЛ) в среднем составил 5,2%, но нарастание показателя было более значимо во 2-й группе (ΔФЖЕЛ 8,98%), чем в 1-й группе (ΔФЖЕЛ 3,75%), p=0,01. В среднем диффузионная способность легких (ДСЛ) осталась стабильной, но между группами были значимые различия. Так, во 2-й группе прирост ДСЛ (ΔДСЛ) составил 3,75%, напротив, в 1-й группе произошло снижение показателя на 1,6% (p=0005 между группами). Абсолютное количество В-клеток в конце исследования оказалось значительно

ниже во 2-й группе (медиана 0,001; 25% квартиль – 0,00; 75% квартиль – 0,012), чем в 1-й группе (медиана 0,005; 25% квартиль – 0,0015; 75% квартиль – 0,023), p=0,037.

Выводы/заключение

Результаты этого исследования согласуются с данными других авторов и свидетельствуют о положительном эффекте РТМ на проявления ССД. В нашем исследовании отмечено улучшение большинства клинических и лабораторных показателей активности заболевания. Впервые показано, что у пациентов, получивших за год РТМ в дозе ≥2 г, улучшение показателей легочной функции было достоверным и более значимым, чем у больных, получивших суммарно 1 г РТМ. Более яркий клинический эффект ассоциировался с более выраженной деплецией В-клеток в конце периода наблюдения.

ТАКТИКА ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ II РЕСПУБЛИКАНСКОГО ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И БЕРЕМЕННОСТЬ» В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Андреева А.Н., Тихоновец В.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Введение/цель

Повышение температуры тела и болевые ощущения любой этиологии в период беременности снижают качество жизни каждой женщины. Наиболее популярными жаропонижающими и обезболивающими средствами как среди врачей, так и среди беременных женщин являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Отсутствие строго контролируемых рандомизированных клинических испытаний применения НПВС в период беременности свидетельствует о необходимости пристального внимания при их назначении врачом. Цель – изучить реальную клиническую практику врачебных назначений лекарственных средств (ЛС), используемых в качестве жаропонижающих и обезболивающих в период беременности; представить динамику врачебных назначений за период 2008–2018 гг.

Материал и методы

Для определения сложившихся подходов к лечению заболеваний в период беременности в Республике Беларусь было проведено второе фармакоэпидемиологическое исследование «Лекарственные средства и беременность» с использованием анкет на базе 1-й ГКБ, 5-й ГКБ и 10-й ГКБ г. Минска в период с октября 2017 г. по март 2018 г. Все ЛС, указанные в анкетах, были распределены в соответствии с анатомо-терапевтической химической классификацией (АТХ) и классификацией риска применения при беременности (FDA, США). Накопление и обработка данных осуществлены с использованием пакета прикладных программ Microsoft Access 2013 и Microsoft Excel 2013.

Результаты/обсуждение

В исследовании принял участие 61 врач, из которых: 75,4% – акушеры-гинекологи, 7% – терапевты, 17,6% – другие специалисты. Стаж работы составил 14,5 года (от 1 года до 40 лет). На вопрос о назначении жаропонижающих средств у беременных ответили 58 врачей (95,1% из всех участвующих в анкетировании). Выбранные специалистами препараты относятся к группам N02 – анальгетики, M01 –

противовоспалительные и противоревматические препараты. Было выявлено преимущественное назначение парацетамола (категория «В» действия на плод, FDA) — 64,3, 56,6 и 65% назначений в I, II, III триместрах беременности соответственно. В сравнении с I фармакоэпидемиологическим исследованием сохраняются предпочтения врачей в назначении парацетамола в качестве основного жаропонижающего ЛС, снизилась частота назначения ацетилсалициловой кислоты (в частности, в III триместре — с 16,9 до 7,9%, категория «С», «D» — при применении максимальной дозы), повысилась доля врачей, назначающих комбинированные ЛС (особенно во II триместре беременности — с 7,6 до 10,5%). На вопрос о назначении обезболивающих средств у беременных ответили 55 врачей (90,2% из всех участвующих в анкетировании). В соответствии с АТХ-классификацией большинство из предложенных препаратов относятся к группам А03 — препараты для лечения функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, N02 — анальгетики, M01 — противовоспалительные и противоревматические препараты. Важно отметить снижение доли назначений метамизола натрия (не имеет категории действия на плод, FDA — опасно) и повышение частоты назначений парацетамола во всех триместрах беременности.

Выводы/заключение

Фармакоэпидемиологические исследования позволяют получить реальные данные о медикаментозной терапии и на их основе разработать рекомендации по оптимизации использования ЛС у беременных женщин. Назначение НПВС при беременности должно проводиться дифференцированно, с учетом состава препарата, срока беременности, риска развития побочного действия.

СИСТЕМНЫЙ СКЛЕРОЗ. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА

Апанасович В.Г., Полянская А.В.,

Хидченко С.В., Комлик К.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Введение/цель

Системный склероз — системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани с характерным поражением кожи, сосудов, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов (легкие, сердце, пищеварительный тракт, почки), в основе которого лежат нарушения микроциркуляции, воспаление и генерализованный фиброз. Прогрессирующее течение системного склероза приводит к развитию необратимых фиброзных изменений, ведущих к нарушению функции органов, что определяет высокую инвалидизацию пациентов. При данном заболевании возникают осложнения в виде легочной артериальной гипертензии, почечного склеродермического криза и ряд других, что повышает риск летального исхода. В связи с этими обстоятельствами все усилия в настоящее время направлены на предотвращение задержки в постановке диагноза. Эффективность лечения при системном склерозе в значительной степени определяется ранним началом терапии. Цель — оценка длительности течения системного склероза от первых признаков заболевания до постановки диагноза. Изучение наиболее частых первых симптомов заболевания.

Материал и методы

Материалом для исследования послужил архивный материал историй болезни пациентов с системным склерозом, находившихся на лечении в ревматологическом отделении УЗ «9-я ГКБ» г. Минска.

Результаты/обсуждение

В исследование включили 51 пациента. В результате изучения длительности течения системного склероза от развития первого клинического признака до постановки диагноза были получены следующие результаты: при лимитированной форме — 3,03 года, при диффузной форме — 1,6 года. Анализ структуры первых симптомов заболевания позволил установить, что системный склероз дебютировал типично: с синдрома Рейно у 39 пациентов и с плотного отека кистей у 9. Значительно реже встречались суставной синдром (у 2) и очаговая пигментация кожи (у 1, синдром Рейно присоединился через 2,4 и 5 мес соответственно). Развернутый диагноз системного склероза с назначением патогенетической терапии формулировался сотрудниками республиканского ревматологического центра и областными ревматологами.

Выводы/заключение

Исходя из полученных данных, можно отметить, что среднее время постановки диагноза системный склероз от появления первого признака (преимущественно синдрома Рейно) составило 3,03 года при лимитированной форме заболевания, а при диффузной форме — 1,6 года. Таким образом, в Республике Беларусь диагноз системного склероза устанавливается в относительно ранние сроки, что обусловлено уровнем профессиональной подготовки врачей и относительной доступностью ревматологической помощи. Следует отметить, что более поздняя диагностика лимитированной формы во многом обусловлена длительным течением изолированного синдрома Рейно. Наиболее частым первым клиническим признаком системного склероза, по данным нашего исследования, является синдром Рейно (76,47%), плотный отек и уплотнение кожи кистей развивается у 17,65%. Однако встречаются и более редкие варианты дебюта данного заболевания: суставной синдром (у 3,92%) и очаговая пигментация кожи (у 1,96%).

ЗНАЧЕНИЕ ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Аршинов А.В., Левшин Н.Ю.,

Маслова И.Г., Лужинский А.Н.

ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ярославль, Россия

Введение/цель

Выявить взаимосвязь между дислипидемией, активностью воспаления и функцией тромбоцитов в процессах развития атеросклероза у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ), оценить сходство и различия механизмов атерогенеза у больных СКВ и ИБС.

Материал и методы

Обследовано 102 пациента, из них 50 больных СКВ, 31 — с инфарктом миокарда (ИМ). Контроль — 21 здоровая женщина. Определяли показатели липидного спектра, концентрацию антител к окисленным липопротеинам низкой плотности (ат оксЛПНП), вчСРБ, интерлейкина 6 (ИЛ-6), тромбоцитарного фактора 4 (ТФ4), агрегационной функции тромбоцитов и толщины комплекса интима—медиа (ТКИМ) общих сонных артерий.

Результаты/обсуждение

У пациентов с СКВ отмечалось повышение концентрации ИЛ-6 по сравнению с группой контроля (1,72 (1,39–2,68) > 0,60 (0,22–0,75), $p=0,000000$) и значительное увеличение концентрации вчСРБ (3,67 (2,17–5,92) > 0,74

(0,30–1,26) $p=0,000000$). У больных ИМ, также как и у пациентов с СКВ, отмечалось достоверное повышение ИЛ-6 (1,1 (0,69–1,82) $>0,60$ (0,22–0,75), $p=0,000113$) и увеличение концентрации вчСРБ (3,36 (1,44–5,90) $>0,74$ (0,30–1,26) $p=0,000015$). Следует отметить, что за исключением ИЛ-6, лабораторные показатели активности воспаления у больных СКВ и ИМ достоверно не отличались. У пациенток с СКВ отмечено повышение концентрации общего холестерина (6,63 (5,93–7,12) $>4,9$ (4,50–5,10) $p=0,000000$), уровня ЛПНП (3,50 (3,05–4,57) $>3,1$ (2,29–3,24) $p=0,005908$) и снижение концентрации ЛПВП (1,17 (0,88–1,30) $<1,32$ (1,24–1,37) $p=0,005261$). У больных ИМ показатели липидного спектра не столь значительно отличались от группы контроля. Также у пациентов с СКВ уровень ат окСЛПНП достоверно превышал его значения в группе контроля (3,16 (1,45–4,60) $>1,39$ (1,26–2,04) $p=0,010166$). Проявлением активации агрегации тромбоцитов у больных СКВ было достоверное повышение показателей агрегации с АДФ (67,20 (55,60–86,70) $>51,90$ (49,60–52,70) $p=0,000099$) по сравнению с контролем. Значения агрегации тромбоцитов с АДФ имели достоверные корреляции с ТКИМ бифуркации аорты ($R=0,35$, $p=18,30$ (13,88–20,46) $p=0,001152$). Несмотря на сопоставимый возраст пациентов с СКВ с возрастом женщин в группе контроля, у пациенток с СКВ ТКИМ общей сонной артерии (ОСА) (1,00 (0,80–1,10) $>0,80$ (0,70–0,90) $p=0,002024$) и ТКИМ бифуркации сонной артерии (1,10 (1,00–1,20) $>0,80$ (0,70–1,10) $p=0,003684$) превышали данные показатели в группе контроля. У больных ИМ также отмечалось достоверное увеличение показателя ТКИМ. Характерным является отсутствие достоверных отличий показателей ТКИМ в обеих группах. Таким образом, и у больных СКВ, и у больных ИБС выявлено существенное увеличение ТКИМ сонной артерии. Вторым признаком, объединяющим обе группы больных, является выраженная активация воспаления. Третьим показателем, объединяющим пациентов с СКВ и с ИМ явилась значительная активация тромбоцитов. Четвертым явилась выраженная дислипидемия.

Выводы/заключение

Можно отметить, что у больных СКВ и больных с ИМ имеются общие механизмы атерогенеза – воспаление, активация тромбоцитов, секреция воспалительных цитокинов, нарушение синтеза и обмена липидов. Следовательно, помимо традиционных факторов риска для сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциация между СКВ и атеросклерозом может быть объяснена дополнительными факторами риска – воспалением и аутоиммунными процессами.

УЛУЧШЕНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕРНЕТ-ПОРТАЛА

Багирова Г.Г.¹, Лыгина Е.В.¹,

Якушин С.С.¹, Козьминская М.И.²

¹ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет», Минздрава России, Рязань, Россия;

²ООО «Сеть семейных медицинских центров Рязань»

Введение/цель

Цель – максимально быстро выявить обострение заболевания и своевременно усилить проводимую терапию для более быстрого достижения ремиссии или низкой активности заболевания.

Материал и методы

В исследование включены 30 женщин с диагнозом ревматоидный артрит, средний возраст 57 лет (32; 78). Предварительно больных обучают по методике «Структурированная программа обучения больных РА самостоятельному мониторингу активности заболевания». Пациент ежемесячно проводит самооценку активности заболевания и передает данную информацию своему лечащему врачу дистанционным образом. Врач максимально быстро получает информацию о состоянии здоровья пациента. При ухудшении течения заболевания и при отсутствии какой-либо динамики, по мнению пациента, он приглашается в центр, где данная информация верифицируется врачом и при необходимости производится коррекция терапии. Если, по мнению пациента, наблюдается улучшение состояния, то он не приходит на визит к врачу, а продолжает проводимую терапию. На протяжении ведения пациентов с ревматоидным артритом данным способом проводится регулярный клинико-лабораторный и рентгенологический мониторинг эффективности и безопасности.

Результаты/обсуждение

За 6 мес наблюдения 30 человек прошли обследование и получили рекомендации по лечению. Отмечается положительная динамика течения заболевания: среднее значение индекса активности заболевания DAS28 на момент включения и после 6 мес наблюдения составляет 3,99 (2,46; 5,78) и 2,175 (0,79; 4,31) (Т-критерий Вилкоксона = 5). 3,3% пациентов на момент включения в исследование имели 1-ю степень активности (1 из 30), 16,7% (5 из 30) – 3-ю степень активности, 80% (24 из 30) – 2-ю степень активности. На 6-м визите: 26,7% (8 из 30) пациентов достигли 1-й степени активности, 73,3% (22 из 30) пациентов достигли ремиссии (DAS28 $<$ 2,6). Средняя доза метотрексата на момент включения составляла 12,9 мг (10 мг; 30 мг) и на 6-й месяц наблюдения – 14,6 мг (10 мг; 25 мг). 18,2% (2 из 11) пациентов доза метотрексата была увеличена на 2,5 мг, 63,6% (7 из 11) – на 5 мг, 18,2% (2 из 11) – на 10 мг.

Выводы/заключение

Ведение больных посредством «Интернет-портал самоконтроля активности ревматоидного артрита» позволяет максимально быстро выявить обострение заболевания и своевременно усилить проводимую терапию, что приводит к более быстрому достижению ремиссии или низкой активности заболевания.

ФЕНОТИПИРОВАНИЕ СУБПОПУЛЯЦИЙ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Баншикова Н.Е., Королев М.А., Летагина Е.А., Омельченко В.О., Повешенко О.В., Суровцева М.А., Лыков А.П.

НИИ клинической и экспериментальной лимфологии – филиал ИЦиГ СО РАН, Новосибирск, Россия

Введение/цель

Среди клеток иммунной системы в патогенезе ревматоидного артрита значительную роль играют дендритные клетки (ДК). Установлено, что ДК участвуют в инициации и поддержании воспалительного процесса посредством презентации антигенов аутореактивным Т-клеткам. В частности, показано, что соотношения субпопуляций ДК в периферической крови, синовиальной жидкости и оболочке значительно отличаются. Основная масса исследо-

ваний сфокусирована на выявлении функций ДК внутри суставной жидкости. Поэтому изучение субпопуляций ДК, циркулирующих в периферической крови, в норме и при патологии может позволить оценить влияние соотношения этих подклассов на формирование местного и системного воспалительного ответа, особенно у пациентов с ранним ревматоидным артритом.

Материал и методы

В основную группу вошли пациенты с ранним ревматоидным артритом (длительность заболевания до 12 мес) – 20 человек: 17 женщин, 3 мужчины. Средний возраст составил $57,7 \pm 13,6$ года, длительность заболевания $8,3 \pm 3,4$ мес. В группу контроля были выбраны пациенты с отсутствием воспалительной артропатии и наличием остеоартроза: 15 человек (женщины, средний возраст $61,2 \pm 7,3$ года, рентгеновская стадия гонартроза 2–3). Все пациенты подписали информированное согласие на участие в данном клиническом исследовании. Анализ содержания целевых популяций миелоидных и плазмоцитоидных дендритных клеток проводился с помощью проточного цитофлуориметра («BD FACSCantoII», США) и программного обеспечения «FacsDiva». Субпопуляции ДК периферической крови характеризовали следующим фенотипом: миелоидные ДК (CD3-CD14-CD19-HLA-DR+CD11c+CD123-), плазмоцитоидные ДК (CD3-CD14-CD19-HLA-DR+CD11c-CD123+). Одновременно проведен анализ количества CD19+ (В-лимфоцитов). Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных подходов на персональном компьютере с помощью программы Statistica 10,0. Две независимые группы сравнивались с помощью U-критерия Манна–Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

В ходе исследования при оценке количества субпопуляций дендритных клеток у больных с ранним ревматоидным артритом и группой контроля получены следующие данные: в группе пациентов с ранним ревматоидным артритом отмечено статистически значимое увеличение плазмоцитоидных клеток в сравнении с группой сравнения (пациенты с остеоартрозом) – медианы соответственно $3,8 \cdot 10^6/\text{л}$ [2,075; 21,28] против $0,85 \cdot 10^6/\text{л}$ [0,35; 2,08], $p = 0,008$. Также выявлена разница в количестве клеток с фенотипом CD19+ (В-лимфоциты): $8,6 \cdot 10^6/\text{л}$ [6,23; 14,75] (РА) против $4,5 \cdot 10^6/\text{л}$ [2,05; 7,95] (ОА), $p = 0,008$. Различий в количестве миелоидных дендритных клеток не отмечено.

Выводы/заключение

В результате проведенного исследования установлено: у пациентов с ранним ревматоидным артритом выявлено изменение соотношения субпопуляций ДК периферической крови за счет увеличения количества циркулирующих плазмоцитоидных ДК. Полученные данные могут свидетельствовать о различном вкладе отдельных субпопуляций ДК в реализацию аутоиммунного воспаления. Данные результаты позволяют рассматривать дендритные клетки как потенциальную мишень для разработки новых направлений в терапии иммунопатологических процессов.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Башкова И.Б., Преображенская Е.В., Безлюдная Н.В., Спиридонова О.В., Васильева О.А.

ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ, Чебоксары, Россия

Введение/цель

У пациентов с ревматоидным артритом (РА) при большой длительности заболевания и формировании стойких функциональных нарушений проведение тотального эндопротезирования (ТЭП) крупных суставов способствует не только купированию боли, но и существенно повышает их качество жизни. Однако в ряде случаев ТЭП у больных РА сопровождается развитием послеоперационных осложнений. Целью исследования явился анализ всех видов послеоперационных осложнений ТЭП крупных суставов у пациентов с РА.

Материал и методы

В исследование включено 1545 пациентов с поздней клинической стадией РА со средним возрастом на момент операции $57,9 \pm 10,6$ года, которым в условиях ФЦТОЭ г. Чебоксары за период с 2012 по 2017 г. было проведено ТЭП тазобедренных (ТБС) или коленных (КС) суставов. Средняя продолжительность РА составила $15,8 \pm 9,3$ года. ТЭП было проведено при достижении низкой (в 23,5% случаев) или умеренной степени активности РА (76,5%). Базисные противовоспалительные препараты (БПВП) принимали 69,0% пациентов; метотрексат в средней дозе $10,2 \pm 6,4$ мг/нед – 60,9% больных. Глюкокортикоиды (ГК) получали 48,5% в средней дозе $8,5 \pm 4,3$ мг/сут (в пересчете на преднизолон). Послеоперационные осложнения – сосудистые, местные (механические, инфекционные, неврологические) – учитывались в течение 1 года после проведения ТЭП.

Результаты/обсуждение

На ТЭП крупных суставов пациенты с РА поступают в более молодом возрасте ($57,9 \pm 10,6$) в сравнении со средним показателем по клинике ($59,9 \pm 3,4$, $p > 0,05$). Средний «стаж» РА – $18,8 \pm 11,2$ года ($p > 0,05$). У всех пациентов отмечалась умеренная активность РА. 63,6% больных принимали БПВП, чаще всего – метотрексат (40,9%), средняя доза которого составила $11,0 \pm 4,3$ мг/нед ($p > 0,05$). Каждый второй пациент получал ГК, в пересчете на преднизолон средняя доза составила $9,0 \pm 2,9$ мг/сут ($p > 0,05$). Остеоденситометрия была проведена в дооперационном периоде у 77,3% больных (из числа тех, у кого после ТЭП развились осложнения), при этом у 76,5% выявлен системный остеопороз. У 5,9% пациентов в анамнезе имелось указание на наличие низкоэнергетических переломов.

Выводы/заключение

Частота всех осложнений после ТЭП крупных суставов у пациентов с РА составила 1,42%, из них местные осложнения развились в 59,1%, а сосудистые – в 40,9% случаев. Послеоперационные осложнения чаще наблюдались у больных РА, имеющих более молодой возраст и больший «стаж» основного заболевания, в отсутствие приема метотрексата получающих преднизолон в средней дозе 9,0 мг, имеющих признаки системного остеопороза.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИММУННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Башлакова Н.А.¹, Тябут Т.Д.¹, Буглова А.Е.¹,
Кундер Е.В.¹, Жерко О.М.¹, Бабак Г.А.²

¹ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»; ²1-я Городская клиниче-
ская больница, Минск, Республика Беларусь

Введение/цель

В исследованиях последних лет обсуждается значи-
мость традиционных факторов риска, нарушений липид-
ного обмена для развития раннего атеросклероза при рев-
матоидном артрите, однако для пациенток с системной
красной волчанкой (СКВ) эти данные немногочисленны
и результаты противоречивы. Цель – изучить частоту
встречаемости сердечно-сосудистых факторов риска ран-
него развития атеросклероза у пациенток с СКВ и опреде-
лить их взаимосвязь с маркерами воспаления.

Материал и методы

В исследование включено 40 пациенток с СКВ в сре-
днем возрасте 33,5 (27,5; 44,5) года, со средней продолжи-
тельностью заболевания 8,0 (5,0; 14,5) лет, активностью по
шкале SLEDAI-2K 7,0 (4,0; 11,5) баллов. Контрольную
группу (КГ) составили 54 здоровые женщины в среднем
возрасте 38,5 (35,0; 46,0) года. Изучена частота встречаемо-
сти основных сердечно-сосудистых факторов риска (СС
ФР): артериальной гипертензии (АГ), курения, гиподина-
мии, избыточной массы тела (ИМТ), наследственного
анамнеза по сердечно-сосудистым заболеваниям у родст-
венников первой линии родства, гипергомоцистеинемии.
Всем пациентам проведено ультразвуковое исследование
брахиоцефальных артерий для оценки состояния сосуди-
стой стенки общей сонной артерии (толщина комплекса
интима-медиа средняя (КИМ-м) и максимальная (КИМ-
М), наличие атеросклеротических бляшек – АСБ). Опре-
делялись уровни общего холестерина (ОХС), холестерина
липопротеидов высокой плотности (Хс-ЛПВП), холесте-
рина липопротеидов низкой плотности (Хс-ЛПНП),
триглицеридов (ТГ), коэффициента атерогенности (КА),
окисленных липопротеидов низкой плотности (ОЛПНП),
гомоцистеина (Гц), уровни маркеров воспаления (высоко
чувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ), фибрино-
гена – ФГ), цитокинов (интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора
некроза опухоли α – ФНО α).

Результаты/обсуждение

Несмотря на то что пациентки с СКВ были моложе
лиц КГ, у них достоверно чаще выявлялись АГ, гипергомо-
цистеинемия, наличие АСБ, кроме того, были выше уров-
ни КИМ-м и КИМ-М. Частота остальных СС ФР досто-
верно не отличалась, однако в обеих группах проследива-
лась высокая частота гиподинамии и нарушений липидно-
го обмена, выражавшаяся у пациенток с СКВ по сравне-
нию с лицами КГ в увеличении уровней ТГ [1,44 (1,06;
2,66) и 1,02 (0,78; 1,30) соответственно ($p < 0,0001$)] и сни-
жении уровней Хс-ЛПНП [2,94 (2,42; 3,64) и 3,32 (2,97;
3,99) соответственно ($p = 0,023$)]. Уровни всех параметров
воспаления были достоверно выше при СКВ по сравнению
с КГ. При проведении однофакторного анализа у пациен-
ток с СКВ была выявлена достоверная взаимосвязь между
ИМТ и вч-СРБ ($r = 0,331$, $p = 0,037$), Гц и ИЛ-6 ($r = 0,468$;
 $p = 0,002$), между ТГ и ИЛ-6 ($r = 0,346$; $p = 0,031$), ФНО α
($r = 0,408$; $p = 0,010$), между КА и вч-СРБ ($r = 0,452$; $p = 0,003$),

ИЛ-6 ($r = 0,357$; $p = 0,024$), между Хс-ЛПВП и вч-СРБ
($r = -0,377$; $p = 0,016$). В группе контроля проследивалась
взаимосвязь между ИМТ и вч-СРБ ($r = 0,480$; $p = 0,0002$),
ИЛ-6 ($r = 0,291$; $p = 0,033$), между ОХС и ФГ ($r = 0,303$;
 $p = 0,026$), между ТГ и вч-СРБ ($r = 0,332$; $p = 0,014$), ФГ
($r = 0,276$; $p = 0,043$), между КА и ФНО α ($r = 0,294$; $p = 0,045$).
Не было получено значимой взаимосвязи между толщиной
КИМ и факторами воспаления в исследуемых группах.

Выводы/заключение

Таким образом, для пациенток с СКВ характерно на-
личие АГ, гипергомоцистеинемии, нарушений липидного
обмена в виде увеличения уровня ТГ и снижения Хс-
ЛПНП, а также ранних атеросклеротических изменений
сосудистой стенки. Доказано участие факторов воспале-
ния в нарушениях липидного обмена, подтверждена их
взаимосвязь с изменением ИМТ, уровнем гомоцистеина.

ОПРОСНИК DISQ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ

С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Белосуева Е.Н.¹, Гайнуллина Г.Р.¹, Протопопов М.С.²,
Сухорукова Е.В.³, Абдракипов Р.З.³, Абдулганиева Д.И.¹

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский
университет»; ²Университетская клиника Шарите;
³ГАЗУЗ «Республиканская клиническая больница Респуб-
лики Татарстан», Казань, Республика Татарстан

Введение/цель

Уже несколько десятилетий известно о взаимосвязи
«кишечник–сустав» при спондилоартритах (СпА). У части
пациентов со спондилоартритом развивается воспалитель-
ное заболевание кишечника (ВЗК), и, наоборот, у пациентов
с ВЗК может развиваться СпА. Согласно последним литера-
турным данным, до 70% пациентов со СпА и анкилозирую-
щим спондилитом (АС) имеют микроскопические признаки
воспаления в кишечнике без кишечной симптоматики,
а у 7% пациентов развивается ВЗК. Цель – изучить клиниче-
ские особенности поражения кишечника у пациентов с ан-
килозирующим спондилитом с помощью опросника DISQ.

Материал и методы

В исследование было включено 49 пациентов (16
(32,7%) женщин, 33 (67,3%) мужчины). Средний возраст
пациентов составлял 44,91 \pm 11,91 года, длительность АС –
17,72 \pm 10,95 года. Для оценки кишечной симптоматики ис-
пользовали оригинальный опросник по выявлению сим-
птомов поражения кишечника у пациентов с аксиальным
СпА «Dudley Inflammatory Bowel Symptom Questionnaire
(DISQ)» [Stebbins S. Rheumatology, 2012]. Опросник со-
стоит из 15 вопросов. Пациентам предлагалось ответить на
вопросы для описания частоты и выраженности возмож-
ных симптомов в течение прошедшей недели, используя
5-балльную шкалу, где «0» – отсутствие симптома, «4» –
симптом очень выражен (невыносимый, приводящий
к потере трудоспособности).

Результаты/обсуждение

Жалобы на выраженное и очень выраженное учаще-
ние стула и жидкий стул присутствовали у 2 (4,0%) пациен-
тов. У них был диагностирован синдром избыточного бак-
териального роста и постхолецистэктомический синдром.
Кровь в стуле (иногда) присутствовала у 4 (8,1%) пациен-
тов. Из-за позывов на дефекацию просыпались 2 (4%) па-
циента, ночные позывы на дефекацию присутствовали у 3
(6,1%), продолжающиеся позывы после дефекации были

у 5 (10,1%) пациентов. Вовлечение аноректальной зоны (непроизвольное загрязнение нижнего белья калом, а также болезненность или зуд в области заднего прохода) присутствовали у 2 (4%) и у 7 (14,3%) пациентов соответственно. Жалобы на боли в животе (желудке) присутствовали у 18 (36,7%) пациентов, вздутие живота от умеренного до выраженного отмечал 21 (42,8%) человек. Жалобы на усталость (утомляемость) присутствовали у 35 (71,3%) пациентов. Субфебрилитет отмечали 15 (30,6%) пациентов. Сумма баллов меньше 19 расценивалась как ремиссия (по данным оригинального исследования). По данным нашего исследования, ремиссии соответствовали 45 (91,8%) пациентов.

Выводы/заключение

В нашем исследовании у пациентов редко встречалась гастроинтестинальная симптоматика. Ремиссия по данным опросника DISQ присутствовала у 45 (91,8%) пациентов.

ВИСКОСАПЛЕМЕНТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Беляева Е.А.¹, Разин В.Н.²

¹ФГБОУ ВО Тульский государственный университет, медицинский институт; ²МЦ «Консультант», Тула, Россия

Введение/цель

Терапевтические подходы к лечению остеоартрита (ОА) многообразны и индивидуальны у каждого пациента. Препаратами с доказанной эффективностью и безопасностью при ОА являются производные гиалуроновой кислоты (ГК) для внутрисуставного введения, они рекомендованы к применению ведущими международными организациями по изучению ОА. В практике врачей ортопедов и ревматологов наиболее часто введение ГК с хорошим клиническим эффектом проводится в коленный сустав. Данных о результативности применения препаратов ГК для лечения ОА тазобедренного сустава значительно меньше.

Материал и методы

В реальной клинической практике высокомолекулярный препарат гиалуроновой кислоты с наличием перекрестных молекул (cross-linked) Ферматрон S был использован нами у 36 пациентов с ОА тазобедренного сустава. Пациенты распределились следующим образом: 4 человека в возрасте до 42 лет (1 мужчина, 3 женщины) с диагнозом диспластический ОА тазобедренных суставов II–III степени по Келлгрэну–Лоуренсу, 32 человека (6 мужчин, 26 женщин, средний возраст $64 \pm 8,6$ года) с диагнозом первичный ОА тазобедренного сустава III степени по Келлгрэну–Лоуренсу. Они испытывали интенсивный болевой синдром (62–75 мм по ВАШ), имели ограничение движений в суставе и не были настроены на хирургическое лечение ОА. Период наблюдения составил 3 года. За это время больные получили разное количество инъекций с интервалами от 6 до 12 мес. Инъекции Ферматрона S проводились всем пациентам под контролем УЗИ, использовался переносной аппарат HONDA HS 2100 с датчиком 3,5 МГц. Препарат вводился однократно с интервалом 6, или 8, или 12 мес. Инъекция проводилась иглой длиной 70 мм надтрохантерным доступом.

Результаты/обсуждение

Переносимость лечения пациенты оценили в целом как отличную и хорошую (88,9%), удовлетворительная оценка была дана пациентами старшего возраста (11,1%) и ассоциировалась с дискомфортом в суставе в первые сутки

после инъекции. Оценка боли по ВАШ во всех случаях проводилась при плановом осмотре через 1,5 мес после проведения инъекции Ферматрона S. Обнаружена линейная зависимость между уменьшением показателя интенсивности боли и количеством проведенных внутрисуставных инъекций. Так, до лечения среднее значение боли по ВАШ составляло 67,5 мм, после 1-й инъекции – 61,1 мм, после двух – 50,6 мм, после трех – 42,1 мм и более трех – 36,7 мм, что способствует регрессу болевого синдрома с течением времени. Динамика суммарного показателя индекса Лекена в зависимости от числа проведенных инъекций следующая: если до начала лечения среднее значение индекса составляло 13,9 балла, что соответствует резко выраженной тяжести заболевания, после одной инъекции имелась тенденция к положительной динамике, но значительного снижения индекса не происходило – 12,4 балла, после второй инъекции тяжесть становилась значительно выраженной, т. е. отмечался переход в другую оценочную категорию (11,8 балла), а после третьей переходила в категорию выраженной, более легкой по сравнению с первыми двумя – 9,6 балла.

Выводы/заключение

Даже небольшое расширение объема движений в тазобедренном суставе позитивно субъективно оценивалось больными и повышало в дальнейшем приверженность лечению (стимулировано к проведению повторных инъекций) и стремление заниматься лечебной физкультурой. У пациентов, получивших 3 внутрисуставные инъекции Ферматрона S, отмечено снижение степени тяжести ОА тазобедренного сустава на 30,9% от исходных значений. Интенсивность боли после третьей инъекции снизилась на 37,6%, что является достоверным показателем, а при проведении более трех инъекций – на 45,2% по сравнению с исходными значениями.

ОСТЕОПРОТЕКТОРЫ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Благинина И.И., Реброва О.А., Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д., Былино В.В.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

Введение/цель

Течение псориатического артрита (ПсА) часто осложняется нарушениями костного ремоделирования и развитием остеопении или остеопороза, которые усиливают болевой синдром и ведут к прогрессированию основного заболевания. Доказано, что у пациентов с депрессивными расстройствами, формированию которых способствует хронический стресс, увеличивается выделение норадреналина, который разрушает остеобласты, усиливает костную резорбцию и снижает остеосинтез. Установлено также, что дефицит витамина D ассоциирован с плохим настроением и коррелирует с тяжестью депрессии. Цель – изучить влияние остеопротекторов на течение ПсА у больных с психоэмоциональными нарушениями.

Материал и методы

В исследовании участвовали 67 больных (25 мужчин и 42 женщины) с диагнозом ПсА (возраст $44,5 \pm 1,2$ года, длительность ПсА $9,2 \pm 0,8$ года), который соответствовал критериям CASPAR (2006), с признаками активности: PASI ≥ 10 баллов; число болезненных суставов (ЧБС) ≥ 3 ; стабильная доза базисных препаратов не менее 6 мес.

У всех пациентов, включенных в исследование, при оценке прихоемоционального статуса по шкалам депрессии Гамильтона (ШДГ) и тревожности Спилбергера выявлены повышенная тревожность и различная степень депрессивных расстройств (непсихотическая, психотическая депрессия). Они были случайным образом разделены на две группы: 1-я – 33 пациента, получавших базисную терапию артрита; 2-я – 34 человека, получавших базисную терапию в сочетании с холекальциферолом и препаратом кальция. Результаты оценивали через 16 нед лечения на основании регресса индексов DAS4, PASI (снижение на 50% от исходного – хорошая эффективность, на 20% – минимальная), уменьшения выраженности тревоги и депрессии, нормализации костного метаболизма (остеокальцин, кальций крови, дезоксипиридинолин (ДПД) мочи), уменьшения ЧБС и ЧПС, СРБ и СОЭ.

Результаты/обсуждение

В обеих группах PASI на фоне лечения снизился в 2,5 раза без достоверных различий; наблюдалась положительная динамика показателей суставного синдрома, лабораторной активности. Однако в 1-й группе ($p=0,013$, $p=0,017$ соответственно) регресс показателей выраженности болевого синдрома по ЧБС и ЧПС был менее значимым, чем во 2-й ($p=0,008$, $p=0,0022$ соответственно). Во 2-й группе наблюдалось более значимое ($p=0,0015$) уменьшение продолжительности утренней скованности, чем в 1-й ($p=0,01$). По показателям СОЭ и СРБ отмечена умеренная положительная динамика в обеих группах. DAS4 уменьшился в 1-й группе на 46,1% от исходного, а во 2-й – на 51,5%. Во 2-й группе значимо снизились частота и выраженность депрессии по ШДГ ($p=0,008$), а также личностная тревожность ($p=0,0076$). В 1-й группе эти показатели не изменились. Остеокальцин крови в 1-й группе значимо не изменился ($26,4\pm 0,3$ и $25,6\pm 0,3$ нг/мл соответственно), а во 2-й достоверно снизился с $26,2\pm 0,4$ до $20,1\pm 0,5$ нг/мл. В группе, получавшей комбинированную терапию, ДПД мочи снизился на 36,7% от исходного, а в 1-й группе остался повышенным.

Выводы/заключение

Включение в схему лечения ПсА остеопротекторов повышает эффективность базисной терапии, что выражается в уменьшении тревожности и депрессии, а также улучшении показателей костного метаболизма. Положительное влияние холекальциферола в сочетании с препаратами кальция на психоэмоциональный статус, выраженность боли, состояние костного метаболизма у больных ПсА с тревожно-депрессивными расстройствами позволяет широко применять их в клинической практике у данной категории больных.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ

Борисова О.А.¹, Беляева Е.А.²

¹НУЗ «Отделенческая больница на ст. Тула»

ОАО «РЖД»; ²МЦ «Консультант», Тула, Россия

Введение/цель

Остеоартрит является причиной хронической боли, большого числа случаев нетрудоспособности и инвалидности. Проблемы реабилитации при этом заболевании чрезвычайно актуальны. Одной из методик реабилитации при хроническом болевом синдроме, связанном с остеоартри-

том (ОА), может быть транскраниальная электростимуляция. Принцип лечебного воздействия основан на электростимуляции подкорковых структур головного мозга посредством сложной последовательности импульсов тока величиной от 35 до 520 мкА с периодом автокоррекции 10 с через электроды–клипсы, размещенные на мочках ушей. Данное воздействие приводит к активации α -ритмов мозга, нормализации других биоритмов мозга, увеличению концентрации серотонина, ацетилхолина, мет-энкефалина и β -эндорфинов.

Материал и методы

Была отобрана группа пациентов из 72 человек в возрасте от 38 до 76 лет с диагнозом ОА, со стойким выраженным болевым синдромом. Соотношение мужчин и женщин 1 : 5. Средний возраст: $52,6\pm 8,5$ года. Длительность заболевания – от 3 до 15 лет, средняя длительность обострения составила $6\pm 1,2$ нед. Основная группа – 32 пациента – получила процедуру транскраниальной электростимуляции, 40 пациентов вошли в группу контроля. Все исследуемые принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в среднетерапевтической дозе. Критериями исключения были: судорожные состояния, травмы и опухоли головного мозга, инфекционные поражения, гипертонические кризы, психические расстройства. Для проведения процедур транскраниальной электростимуляции использовался портативный аппарат «Альфария» (Россия). Результат оценивался с использованием ВАШ, опросников оценки здоровья – Health Assessment Questionnaire (HAQ), Short Form Medical Outcomes Study (SF-36), – и потребности в НПВП. Оценка показателей проводилась трижды: до начала лечения, после окончания полного курса из 10 процедур и через 4 нед на амбулаторном этапе.

Результаты/обсуждение

В основной группе зарегистрировано снижение боли на 56% от исходной оценки по ВАШ, что в 2,3 раза превышает показатели группы контроля (24,3%). Показатель HAQ у основной группы по завершении курса лечения составил в среднем $1,1\pm 0,2$, в группе контроля – $1,5\pm 0,2$. При оценке качества жизни по SF-36 показатели ниже средних в основной группе были у 27%, в группе контроля – у 45% пациентов. Немаловажным критерием эффективности является также снижение доз применяемых НПВП по завершении курса лечения в 2 раза – в 58% случаев, что на 34% выше, чем в группе контроля (24%). Смогли полностью отказаться от приема системных анальгетиков 10% исследуемых. 25% через 4 нед после прохождения курса лечения возобновили прием среднетерапевтической дозы НПВП, остальные пациенты смогли уменьшить дозу до минимально эффективной (до 50% от средней терапевтической). При осмотре и анализе данных через 4 нед после завершения терапии было отмечено сохранение положительной динамики.

Выводы/заключение

Использование сеансов транскраниальной электростимуляции у пациентов с хроническим болевым синдромом при ОА является безопасным и эффективным методом, что подтверждается уменьшением интенсивности болевого синдрома, улучшением оценки качества жизни, имеет продолжительный эффект. Применение описанной методики представляется перспективным в реабилитации пациентов с ОА с целью уменьшения болевого синдрома, сокращения продолжительности лечения системными НПВП и снижения доз принимаемых препаратов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРЕХВАЛЕНТНОЙ СПЛИТ-ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ГРИППА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Буханова Д.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Лукина Г.В., Демидова Н.В., Юдкина Н.Н., Черкасова М.В., Диатроптов М.Е.

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

Введение/цель

В современной ревматологии сопутствующие инфекции оказывают значительное влияние на морбидность, летальность и качество жизни пациентов, особенно при системных заболеваниях соединительной ткани. Цель работы – изучение безопасности и эффективности инактивированной сплит-вакцины против гриппа у больных ревматоидным артритом (РА), анкилозирующим спондилитом (АС), системной склеродермией (ССД), получающих терапию базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) и генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП).

Материал и методы

В исследование включены 133 человека (97 женщин, 36 мужчин, в возрасте от 22 до 82 лет), в том числе 52 больных РА, 34 больных АС, 7 больных ССД и 40 лиц контрольной группы, имеющих в ближайшем анамнезе эпизоды острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и гриппа. 39 больных РА получали метотрексат, 12 – ингибиторы ФНО α + метотрексат, 8 – лефлуномид, 2 – абатацепт, 2 – сульфасалазин, 1 – тофацитиниб + метотрексат. 19 пациентов с АС получали нестероидные противовоспалительные препараты, 15 – ингибиторы ФНО α . Длительность ревматических заболеваний (РЗ) составляла от 2 мес до 46 лет. Вакцину «Ваксигрип», включавшую актуальные штаммы вируса гриппа, в количестве 1 дозы (0,5 мл) вводили подкожно на фоне продолжающейся антиревматической терапии. Основные этапы контроля: исходный визит, через 1, 3 и 6 мес после вакцинации (0, 1, 2 и 3-й визиты соответственно). Во время визитов выполняли стандартные клинические и лабораторные исследования. Иммуногенность вакцины оценивали в единицах оптической плотности (о.п.) методом ИФА при помощи наборов ООО «ППДП», г. Санкт-Петербург. Значимым считали прирост оптической плотности на 0,3 единицы и более. Определяли уровень поствакцинального ответа к штамму H1N1pdm.

Результаты/обсуждение

У 103 (77,4%) человек переносимость вакцинации была хорошей. В 20 (15%) случаях отмечены боль, припухлость и гиперемия кожи диаметром до 2 см в месте инъекции вакцины, в 10 (7,5%) случаях – субфебрилитет, миалгия, недомогание. Указанные реакции не имели связи с проводимой терапией, не требовали изменения схем лечения РЗ и полностью регрессировали в течение суток без применения дополнительных мер. Случаев обострения РЗ или возникновения каких-либо новых аутоиммунных расстройств в течение периода наблюдения не отмечали. До вакцинации средние показатели DAS28 и BASDAI составляли 3,56 и 3,85, через 6 мес – 1,99 и 3,09 соответственно. За весь период наблюдения случаев гриппа или гриппоподобного заболевания не зарегистрировано. Средние значения прироста оптической плотности превышали порог в 0,3 единицы о.п. Доля ответчиков на вакцину составляла 70% в группе пациентов с РЗ, 75% в контроле. Уровни

поствакцинального ответа среди больных по сравнению с контролем в течение периода наблюдения не различались ($p=0,6$). Среди пациентов с РЗ среднее значение прироста о.п. через 1 мес после вакцинации было максимальным в группе ССД (0,653 ед.) и минимальным в группе РА (0,444 ед.).

Выводы/заключение

Таким образом, предварительные результаты свидетельствуют о хорошей переносимости и эффективности инактивированной сплит-вакцины против гриппа у больных РА, АС, ССД. Для более полной оценки безопасности и эффективности данной вакцины необходимы дальнейшие клинические исследования на больших выборках больных.

ИММУНОГЕННОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Буханова Д.В., Сергеева М.С., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Черкасова М.В., Муравьев Ю.А., Лукина Г.В., Демидова Н.В.

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

Введение/цель

Изучение иммуногенности и безопасности 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины у больных ревматоидным артритом (РА), находящихся на терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) и генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП).

Материал и методы

В исследование включено 110 человек (81 (73,6%) женщина, 29 (26,4%) мужчин, возраст 23–76 лет), в том числе 79 больных РА и 31 испытуемый контрольной группы, имеющие в ближайшем анамнезе ≥ 2 случаев инфекций нижних дыхательных путей (бронхиты, пневмонии). 52 больных РА получали метотрексат (МТ), 14 – лефлуномид (ЛЕФ), 13 – ингибиторы фактора некроза опухоли α (иФНО α +МТ). 23-валентную полисахаридную пневмококковую вакцину в количестве 1 дозы (0,5 мл) вводили п/к на фоне продолжающейся терапии МТ/ЛЕФ или за 28–30 дней до назначения иФНО α . Основные этапы контроля: исходный визит, через 1, 3 и 12 мес после вакцинации. 39 из 110 пациентов наблюдали 24 мес, 23 пациента – 36 мес, и 16 пациентов – 48 мес. Во время визитов выполняли общепринятые клинические и лабораторные исследования. Уровни антител к капсульному полисахариду пневмококка (АТ) определяли с помощью наборов VaccZymeTM PCP IgG 2 (The Binding Site Group Ltd, Birmingham, UK). Для каждого пациента определяли коэффициент постиммунизационного ответа (КПО), определяемый как отношение содержания АТ на II, III, IV, V, VI и VII визитах к I визиту.

Результаты/обсуждение

За период наблюдения клинических и рентгенологических симптомов бактериальной пневмонии не зарегистрировано ни в одном случае. Динамика КПО у пациентов РА, находящихся на различной терапии, составляла 2,33 через 1 мес после вакцинации, 2,64 – через 3 мес, 1,03 – через 36 мес наблюдения, 2,08 – к 48 мес наблюдения. Несмотря на тенденцию к снижению уровня постиммунизаци-

онного ответа, через 3 года, через 4 года сохранялась достоверно высокая концентрация антител (КПО>2). У больных РА констатирована выраженная положительная иммунная реакция на изучаемую вакцину, заключающаяся в значимом нарастании КПО. Доля ответчиков на вакцину среди больных РА составила 61%. Выраженная положительная динамика показателя DAS28 у пациентов с РА (4,27 и 2,88 балла на визитах I и VII соответственно (n=16), p<0,001) демонстрирует отсутствие негативного влияния вакцинации на активность заболевания.

Выводы/заключение

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о достаточной иммуногенности, безопасности и эффективности 23-валентной пневмококковой вакцины у больных РА, находящихся на различной терапии.

ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКИЙ СЕПТИЧЕСКИЙ ПАРИЕТАЛЬНЫЙ ЭНДОКАРДИТ, В РАМКАХ ДОЛГОСРОЧНОГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОЙ СПУСТЯ 35 ЛЕТ

Бушманова Г.М.¹, Зорина И.Г.², Останкович О.И.²

¹Институт молекулярной патологии и патоморфологии ФГБНУ Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины;

²ФГБУ «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр им. академика Е.Н. Мешакина» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Введение/цель

Патогенетическая направленность диагностики первично-хронического септического эндокардита (П-ХСЭ), достигаемая с помощью выявления патогномичных для болезни симптомов, составляющих пентаду ее клинических маркеров, по Г.М. Бушмановой, позволили обеспечить раннее клиническое распознавание болезни, включая стадию изолированного парietального эндокардита. Цель исследования – проследить на протяжении 35 лет со дня постановки диагноза (1983–2018) динамику развития П-ХСЭ со стадии изолированного парietального эндокардита на примере больной, периодически получающей лечение.

Материал и методы

Больная Б.Н., 24 лет, наблюдаемая нами амбулаторно с 1983 г. по настоящее время. В анамнезе – корь, скарлатина, ветрянка, паротит, краснуха, частые гнойные ангины. С 4 до 14 лет состояла на «Д»-учете по поводу ревмокардита. В 13 лет – тонзилэктомия. В юности лечилась по поводу холецистита. Проводилось общепринятое клиническое обследование, выявление клинических маркеров болезни, ЭхоКГ, посева крови на стерильность.

Результаты/обсуждение

Диагноз установлен на основании жалоб на субфебрилитет, выявленных патогномичных симптомов патологии: некроза на конъюнктиве нижнего века слева, единичных элементов мелкоочаговой атрофии кожи предплечий и отсутствия заинтересованности клапанов. Течение болезни сопровождалось периодическими обострениями с субфебрильной температурой в дебюте, сменившейся фебрильной лихорадкой с ознобом и обильным потом. Чаще это сопровождалось панкардитом. В 1988 г. – роды, осложнившиеся слабостью родовой деятельности. Через месяц выполнено абгасio cavi uteri для удаления остатков плаценты. На первых этапах болезни (+) гемокультура была получена 8 раз: *Staphylococcus aureus* – в шести,

Staphylococcus epidermidis – в двух посевах. Вальвулит митрального (МК) и аортального (АК) клапанов выявлен через 17 лет в 1998, 2003, 2008, 2013 гг. Клинически неоднократно возникали спонтанные подногтевые геморрагии, напоминающие занозы, свежие некрозы на конъюнктивах. В 1985 г. выявлено присутствие мелковезикулезной энантемы твердого нёба. В 1999 г. больная признана инвалидом II группы. Постепенное сокращение площадей клапанных отверстий привело к формированию умеренных стенозов МК и трикуспидального клапана (ТК) и значительному сокращению площади отверстия АК, о чем свидетельствует следующая динамика ЭхоКГ с 1998 по 2018 г.: SMO с 3,12 до 2,78 см²; SAO с 2,89 до 2,58 см²; STO с 4,56 до 4,0 см²; ЛП с 2,17 до 4,59*5,2 см; ПП с 3,0 до 4,2*4,95 см. Р ЛА–32–33 мм рт. ст. без динамики. Параллельно шло формирование коморбидной патологии: АГ, АИТ, сахарного диабета 2 типа.

Выводы/заключение

Результаты исследования еще раз подтверждают абсолютную диагностическую значимость для П-ХСЭ конъюнктивальных некрозов и отражают свойственный патологии тренд медленного прогрессирования с формированием клапанных пороков сердца, темп которого способна сдерживать этиопатогенетическая терапия.

ОТКРЫВАЮЩАЯ УГОЛ ВЫСОКАЯ ТИБИАЛЬНАЯ ОСТЕОТОМИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА 2–3-й СТАДИИ

Бялик В.Е., Макаров С.А., Алексеева Л.И., Бялик Е.И., Глухова С.И., Нурмухаметов М.Р., Нестеренко В.А.

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

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) – ведущая причина хронической боли. В структуре причин инвалидности ОА находится на четвертом месте. Наиболее частой формой ОА является гонартроз, при котором в патологический процесс наиболее часто вовлекается медиальный тибioфemorальный отдел (75%), на втором месте – пателлофemorальный (48%), и реже – латеральный тибioфemorальный отдел (26%) коленного сустава (КС). Консервативное лечение гонартроза наиболее эффективно на 1 и 2-й стадиях заболевания. Увеличение частоты встречаемости ОА КС и омоложение патологии придают значимость сустав-сберегающим операциям в лечении гонартроза. Ключевое значение имеет высокая тибральная остеотомия (ВТО), позволяющая деконпрессировать медиальный отдел КС, перенести нагрузку на относительно интактный латеральный, купировать болевой синдром, сохранить функцию собственного КС, отдалить или вовсе избежать тотального эндопротезирования КС (ТЭКС). Цель исследования – оценить эффективность ВТО при гонартрозе 2–3-й стадии, оценить влияние возраста, индекса массы тела (ИМТ), величины угла коррекции и стадии артроза на ближайший результат операции.

Материал и методы

26 пациентам выполнено 28 открывающих угол (ОУ) ВТО. Операцию выполняли больным с первичным и вторичным гонартрозом, соответствующим основным показаниям к ВТО. Соотношение мужчин и женщин было 2:1. Средний возраст больных был равен 58,21±11,24 года, ИМТ 28,56±3,61 кг/м², а угол коррекции 11,87±2,4°. С це-

люю изучения влияния возраста, ИМТ и угла коррекции на развитие осложнений больные были разделены на 6 групп: по возрасту – моложе и старше 58 лет, по ИМТ < и >28,5 кг/м², по величине угла коррекции < и >12°. Для оценки боли использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), для изучения функционального и объективного состояния КС – шкалу Knee Society Score (KSS). Стадию дегенеративного процесса оценивали по рентгенологической классификации Kellgren–Lawrence.

Результаты/обсуждение

Через год после операции было отмечено существенное снижение боли по ВАШ (с 72,77±11,62 до 8,26±6,47 мм) и улучшение функционального и объективного счета по KSS (с 54,25±13,2 и 44,77±12,42 до 85,57±11,77 и 81,38±7,34 соответственно). Больные в возрасте моложе 58 лет и с ИМТ <28,5 кг/м² имели большее количество отличных результатов, однако статистически достоверной связи выявлено не было. Не имела значения для ближайших результатов ОУ ВТО и величина угла коррекции. Не было достоверной разницы в результатах больных, прооперированных при 2 и 3-й стадии ОА КС. Всего было получено: 11 отличных, 14 хороших и 3 удовлетворительных результата. ВТО оказалась одинаково эффективной как при первичном, так и при вторичном гонартрозе. Рентгенологических признаков прогрессирования гонартроза через год после операции не было.

Выводы/заключение

ОУ ВТО – актуальная и эффективная сустав-сберегающая операция, которая позволяет значительно уменьшить болевой синдром и отдалить ТЭКС. ВТО одинаково эффективна при первичном и вторичном гонартрозе. Ближайший результат операции не зависит от возраста, ИМТ, величины угла коррекции или стадии заболевания.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫХ АУТОИММУННЫХ И ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИМЕЮЩИХ В ДЕБЮТЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ

Васильев В.И.¹, Сокол Е.В.¹, Пальшина С.Г.¹, Чальцев Б.Д.¹, Лиля А.М.¹, Пробатова Н.А.², Кокосадзе Н.В.², Павловская А.М.², Гайдук И.В.³, Ковригина А.М.⁴

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ²ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России; ³ФГБУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»; ⁴ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России, Москва, Россия

Введение/цель

Поражение лимфоузлов в дебюте заболевания встречается у всех больных идиопатической мультицентрической болезнью Каслмана (ИМБК), диссеминированной лимфомой, связанной с лимфоидной тканью слизистых оболочек (DMALT) и у 5–10% больных с IgG4-связанным системным заболеванием (IgG4-CC3). Цель исследования – предоставить характеристику пациентов с редкими заболеваниями: IgG4-CC3, ИМБК и DMALT-лимфомами, дебютирующими с лимфаденопатии (ЛА).

Материал и методы

В период с 2009 по 2017 г. обследовано 13 пациентов (8 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 19 до 71 года, дебютировавших с ЛА у 12 (92%) из 13 больных, ранее диагности-

рованные заболевания на основании исследований биоптатов лимфоузлов, реклассифицированы на IgG4-CC3 (n=7), ИМБК (n=2) и DMALT-лимфома (n=4) после тщательного обследования и ИГХ исследований экстранодальных поражений.

Результаты/обсуждение

Заболевание дебютировало до 20 лет при ИМБК, до 45 лет при IgG4-CC3 и после 50 лет при DMALT – лимфоме с длительностью течения от 1 до 16 (5,2) лет до правильной постановки диагноза. Согласно международным критериям, правильный нозологический диагноз поставлен на основании иммуногистохимических (ИГХ) исследований лимфоузлов в одном случае (8%) из 13, тогда как в 12 (92%) случаях диагноз верифицирован при исследовании экстранодальных поражений. Четыре типа морфологических изменений: Каслман-подобные изменения (I тип), реактивная гиперплазия (II тип), атипичный плазмцитоз с иммунобластной пролиферацией (III тип) и прогрессивная трансформация зародышевых центров с плазмцитозом зародышевых центров (IV тип) встречались в биоптатах лимфоузлов при IgG4-связанной ЛА, ИМБК и DMALT-лимфомах. Пункционные биопсии тканей были малоинформативны, тогда как инцизионные биопсии экстранодальных поражений орбит (4), слюнных желез (5) и т. д. (4) позволили четко верифицировать нозологический диагноз. ИГХ-исследование с определением пропорции IgG4+/IgG более 40% ПК секретирующих IgG должно быть выполнено для верификации IgG4-CC3, тогда как определение В-клеточной клональности в свежей ткани необходимо для проведения диагностики DMALT-лимфом. Наличие 4 и более экстранодальных поражений было характерным для IgG4-CC3 и DMALT-лимфом, в отличие от ИМБК, что необходимо учитывать при дифференциальной диагностике этих заболеваний. Отсутствие конституциональных симптомов и лабораторных признаков воспаления характеризовало течение IgG4-CC3/DMALT-лимфом, тогда как конституциональные симптомы, высокие уровни СРБ и IL-6 были характерными проявлениями ИМБК.

Выводы/заключение

ИГХ-исследование экстранодальных локализаций позволяет диагностировать IgG4-CC3, DMALT-лимфомы и ИМБК, дебютирующие с ЛА, учитывая сходные морфологические изменения в биоптатах лимфоузлов. Отсутствие конституциональных симптомов, наличие поражений слюнных/слезных желез, аутоиммунного панкреатита, атопических проявлений и обнаружение в периферической крови эозинофилии, высоких уровней IgG4, IgE и низких уровней аутоантител, характеризует течение IgG4-CC3, имеющее в дебюте ЛА. Поражение слюнных/слезных желез с ЛА в дебюте заболевания без конституциональных и атопических проявлений с отсутствием эозинофилии, повышенных уровней IgG4/IgE и наличием моноклональных Ig в сыворотке и белка VJ в моче характеризует течение DMALT-лимфомы. Присутствие конституциональных симптомов (лихорадка, ночной пот, потеря веса) и отсутствие в дебюте экстранодальных и аллергических проявлений, высокие показатели воспалительной активности (тромбоцитоз, >2N уровни СОЭ, СРБ и IL-6) характеризуют больных с ИМБК и отсутствуют у больных с IgG4-CC3, DMALT-лимфомой, дебютирующих с ЛА.

АССОЦИАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА И ПРОФИЛЯ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Волкова М.В., Кундер Е.В.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь

Введение/цель

Набирает популярность концепция ревматоидного артрита (РА) как гетерогенного заболевания с множеством иммунологических вариантов и разнообразным клиническим фенотипом. Гетерогенность РА может объяснить то, что сходные лечебные стратегии не приводят к одинаковым результатам у всех пациентов с РА. Выделение «эндотипа заболевания» – подтипа болезни, определяемого совокупностью индивидуальных клинических и молекулярно-биологических, в том числе иммунологических признаков, – может быть полезным для разработки персонализированного подхода в лечении РА. Целью работы стало изучение взаимосвязей между наличием у пациента определенных аутоантител и клиническим фенотипом РА.

Материал и методы

В исследование было включено 182 пациента с РА, из них 23 (12,64%) мужчины, 159 (87,36%) женщин. Средний возраст пациентов составил $52,50 \pm 14,01$ года. Медиана возраста начала заболевания (первых симптомов) у обследованных лиц составила 46 лет (95%ДИ: 41,724–49,213). Стаж болезни у обследованных пациентов составил 48,00 месяцев (95%ДИ: 36,00–69,05). Уровни ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллин-ированному пептиду (АЦЦП), антитела к Sa-антигену (анти-Sa), гетерогенному нуклеарному протеину К (анти-гнПК) оценивали методом ИФА согласно инструкциям производителей тест-систем. Наличие антинуклеарных антител (АНА) определяли методом НИФ на автоматизированной системе учета непрямой иммунофлюоресценции AKLIDES с использованием соответствующих реагентов.

Результаты/обсуждение

Были выделены следующие клинические фенотипы РА. В группу классического варианта РА без системных проявлений относили пациентов, у которых был типичный суставной синдром без системных или характерных для спондилоартритов (SpA) признаков. Классический вариант РА с системными проявлениями определяли у пациентов, которые, помимо типичных признаков, имели системные проявления. В группу РА с признаками SpA относили пациентов, которые, помимо классических признаков, имеют нетипичные для РА, но характерные для SpA проявления (носительство аллели HLA-B27, аксиальные, внескелетные и внескелетные признаки SpA). Уровни активности РА по индексам DAS28, CDAI, SDAI не различались у пациентов в зависимости от клинического фенотипа ($p > 0,05$). Частота встречаемости АЦЦП и РФ при классическом РА с системными проявлениями (95,20 и 89,70% соответственно) была выше, чем при классическом РА ($p = 0,03$ и $p = 0,003$ соответственно) и РА с признаками SpA ($p = 0,003$ и $p = 0,03$ соответственно). Не установлено различий между частотой встречаемости анти-Sa и анти-гнПК антител между клиническими вариантами ($p > 0,05$). Частота встречаемости АНА была наибольшей при системном варианте РА (65,00%) и значимо превышала частоту встречаемости АНА при классическом варианте РА ($p = 0,007$). Уровни АЦЦП ($p = 0,003$), РФ ($p = 0,004$), АНА ($p = 0,003$)

и анти-Sa ($p = 0,02$) антител были значимо выше при системном варианте РА по сравнению с классическим вариантом РА. Уровни АЦЦП и РФ были выше при системном варианте РА, чем при РА с признаками SpA ($p = 0,0005$ и $p = 0,005$ соответственно).

Выводы/заключение

Таким образом, АЦЦП, РФ и АНА являются не только значимыми диагностическими биомаркерами РА, но и могут быть полезны для стратификации пациентов и выделения отдельных клинико-иммунологических вариантов заболевания. Наибольшая частота встречаемости АЦЦП, РФ и АНА, а также более высокие уровни аутоантител при РА с системными проявлениями соответствуют представлениям о преобладании В-клеточного аутоиммунитета над Т-клеточным у этой группы пациентов.

ВЛИЯНИЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ, У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Воробьева Л.Д., Асеева Е.А.,

Соловьев С.К., Глухова С.И.

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

Введение/цель

Оценить влияние стандартной терапии на качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ), у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) через 12 мес от начала наблюдения с помощью специфического опросника LupusQoL.

Материал и методы

В исследование включено 128 пациентов с достоверной СКВ, соответствующих критериям SLICC 2012 г. Оценивалась активность СКВ по индексу SLEDAI 2K, индексу повреждения SLICC/ACR (ИП), проводилось стандартное лабораторное и иммунологическое обследование. Также эти пациенты заполняли опросник LupusQoL при поступлении в клинику ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» и при повторной госпитализации через 12 мес на фоне проводимой стандартной терапии СКВ, которая назначалась согласно активности заболевания и с учетом преобладания тех или иных клинических проявлений СКВ.

Результаты/обсуждение

Среди включенных 128 пациентов преобладали женщины (92,1%), молодого возраста (средний возраст $33,02 \pm 11,04$), длительность заболевания $100 \pm 84,3$ мес), с высоким уровнем среднего по группе индекса SLEDAI 2K $11,2 \pm 8,5$ и медианой ИП 1,03 [0;2] балла. Все пациенты получали глюкокортикоиды (ГК) в средней суточной дозе $16,8 \pm 10,9$ мг в пересчете на преднизолон. Использовалась стандартная терапия: ГК получали в 100% случаев, гидроксихлорохин – 58,5%, микофенолата мофетил – 19,5%, циклофосфан – 21,2% случаев, терапия ГИБП – 49,1% больных СКВ. Через 12 мес высоко достоверно ($p = 0,000029$) снизилась активность СКВ по SLEDAI-2K с $11,2 \pm 8,5$ до $6,94 \pm 6,93$ балла, достоверно ($P = 0,04$) уменьшилась доза ГК с $16,8 \pm 10,9$ до $12,2 \pm 7,3$ мг/сут, однако при этом отмечалось достоверное ($P = 0,04$) нарастание ИП SLICC с 1,03 [0; 2] до 1,7 [0; 3] балла. Одновременно с этим отмечено достоверное улучшение КЖСЗ по всем 8 шкалам опросника. Наиболее значимые улучшения были достигнуты по шкалам: «Боль» ($p = 0,002$), «Интимные отношения» ($p = 0,01$), «Образ тела» ($p = 0,0003$) и «Усталость» ($p = 0,006$).

Выводы/заключение

На фоне динамики стандартной терапии в течение 12 мес наблюдения достоверно изменяется КЖСЗ у пациентов с СКВ. Специфический опросник LupusQoI является чувствительным инструментом для оценки КЖСЗ у пациентов с СКВ и может использоваться для оценки динамики состояния наравне с индексом активности SLEDAI 2K и ИП SLICC.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТКИ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Габдуллина З.Н.¹, Файрушина И.Ф.¹, Сухорукова Е.В.², Абдулганиева Д.И.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»; ²ГАЗУЗ «Республиканская клиническая больница», Казань, Республика Татарстан

Введение/цель

Описать клинический случай редко встречающейся формы чесотки тяжелого течения – норвежский чесотки (НЧ) – у пациентки с системной склеродермией (ССД).

Материал и методы

Пациентка С., 69 лет, с установленным диагнозом системная склеродермия с висцеральным поражением (ЖКТ (гипотония пищевода), легких (интерстициальные изменения), сердца (миокардиосклероз, нарушение ритма и проводимости сердца), синдром Рейно, синдром Шегрена), с длительностью заболевания 4 года, принимает метилпреднизолон (МП) 4 мг/сут, Д-пеницилламин 250 мг/сут.

Результаты/обсуждение

С февраля 2018 г. пациентка отмечала появление на коже грудной клетки зудящих бляшек, покрытых желтовато-серыми корками. В течение месяца процесс принял распространенный характер: появилось покраснение, сухость и шелушение кожи на всей поверхности тела; увеличилось количество бляшек, выраженный кожный зуд привел к ухудшению общего состояния, по месту жительства был диагностирован дерматит, и доза МП была увеличена до 16 мг/сут. Ввиду неэффективности увеличения дозы МП и продолжающегося распространения кожного процесса пациентка была госпитализирована в ревматологическое отделение г. Казани в мае 2018 г. При осмотре – кожные покровы сухие, гиперемированы, уплотнены, маскообразное лицо, «кисетный рот». Телеангиэктазии на коже туловища. По всей поверхности кожи – желтоватые корки, плотно сцепленные с кожей, толщиной 1,5–2 см, с «кислым» запахом, больше на кистях и стопах, разгибательной поверхности локтевых суставов, ограничивающие движения и делающие их болезненными, с трещинами в области естественных складок. Учитывая появление новых кожных изменений на фоне уплотнения кожи при ССД, пациентка была консультирована дерматологом, кожный процесс был расценен как распространенный псориаз, псориагическая эритродермия. Было рекомендовано продолжить прием МП в прежней дозе, местно – спрей с бетаметазоном и салициловой кислотой, на этом фоне – уменьшение кожного зуда, корки сохраняются. Ввиду выраженности кожного процесса пациентка консультирована в кожно-венерологическом диспансере (КВД), где была заподозрена Т-клеточная лимфома (грибовидный микоз). Для подтверждения диагноза был взят соскоб кожи, однако при микроскопии были обнаружены чесоточные клещи в боль-

шом количестве, и был выставлен диагноз НЧ, начата местная терапия с положительным эффектом. В КВД был вызван муж пациентки, проживающий совместно, жалоб не предъявлял. В кожном соскобе обнаружены клещи *Sarcoptes scabiei*, выставлен диагноз «Чесотка, типичная форма», после чего он был госпитализирован для проведения лечения.

Выводы/заключение

НЧ – редкая и очень контагиозная форма чесотки, возникает при иммуносупрессивных состояниях. В литературе случаев НЧ описано мало (около 160), сочетания с ССД единичны. В данном клиническом случае имелось сочетание иммуносупрессии вследствие длительного приема МП, цитостатика и нарушения иммунного ответа при ССД, а также пожилой возраст пациентки, что способствовало развитию редкого варианта чесотки, несвоевременной постановке диагноза, отсрочиванию назначения терапии и, как следствие, генерализации кожного процесса. Следует отметить, что у пациентов с ССД часто встречающиеся кожные процессы принимают необычный характер, затрудняющий постановку диагноза. В приведенном нами клиническом примере пациентка прошла сложный дифференциально-диагностический путь оценки кожного процесса от дерматита, псориаза, Т-клеточной лимфомы до НЧ, поэтому при наблюдении пациентов с ССД необходимо помнить о редких сопутствующих кожных заболеваниях, не являющихся проявлениями ССД.

СЕМИЛЕТНИЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

Галиакбарова В.А., Журавлева М.О.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», Оренбург, Россия

Введение/цель

Реактивный артрит (РеА) на сегодняшний день приобретает все большие масштабы вследствие неуклонного роста числа страдающих им людей. Заболевание представляет серьезную социально-экономическую проблему в связи с широкой распространенностью, тяжелым течением, длительной нетрудоспособностью, применением дорогостоящей терапии. Течение и исходы РеА зависят от варианта локализации инфекции и особенностей триггерного фактора. В литературе недостаточно данных, отражающих отдаленные последствия РеА. Настолько ли бесследно он может протекать или приводить к изменению структуры хряща (что могло бы стать предрасполагающим фактором к развитию других ревматологических заболеваний), остается большим дискуссионным вопросом. Цель данного исследования – провести ретроспективный анализ отдаленных последствий РеА.

Материал и методы

Проведен семилетний ретроспективный анализ амбулаторных карт 150 больных РеА, получавших лечение во взрослой поликлинике № 2 ГKB им. Н.И. Пирогова г. Оренбурга. Диагноз ставился на основании диагностических критериев, принятых на III Международном совещании по РеА в Берлине в 1996 г. Средний возраст пациентов составил $39,7 \pm 12,3$ года, из них 46 мужчин и 104 женщины. Острое течение заболевания наблюдалось у 79 (52,6%) человек, хроническое – у 46 (30,71%), затяжное – у 25 (16,7%). Преобладала средняя степень активности РеА. Все пациенты получали амбулаторно комплексное лечение,

включающее коррекцию иммунного статуса, антибактериальную терапию, НПВС.

Результаты/обсуждение

В течение 7 лет 85 человек после перенесенного РеА не обращались к ревматологу и терапевту по поводу заболеваний суставов. Находились на лечении с ОА 38 (25,3%) пациентов. Рецидивирующее течение РеА наблюдалось у 5 (3,3%) больных, хроническое течение – у 16 (10,7%). Ревматоидный артрит (РА) был диагностирован у 12 (8%) пациентов с перенесенным РеА, анкилозирующий спондилит (АС) – у 3 (2%).

Выводы/заключение

Таким образом, выздоровление наблюдалось у 56,7% больных РеА, вторичный остеоартроз – у 25,3% больных, хроническое течение заболевания – у 10,7%, трансформация в АС отмечалась у 2%, в ревматоидный артрит – у 8% больных РеА.

ТРУДНОСТИ ТЕРАПИИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П.,

Конева О.А., Овсянникова О.Б.

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

Введение/цель

Лечение склеродермической кардиомиопатии (ССД-КП) представляет собой трудную проблему и в течение долгого времени рассматривалось только в рамках системного заболевания (применялись глюкокортикостероиды, циклофосфамид, микофенолата мофетил). Но наличие случаев преимущественного поражения сердца, не отвечающих на стандартную терапию, требует рассмотреть другие варианты лечения этих ситуаций. В настоящее время результаты нескольких исследований подтверждают, что вовлечение В-клеток носит значительную роль в патогенезе ССД. Накоплены положительные данные о применении анти-В-клеточной терапии (ритуксимаб) для лечения ССД (уменьшение индукции кожных покровов, выраженности легочного фиброза). Однако данных об эффективности ритуксимаба (РТХ) при ССД-КП не так много. Приводим описание двух клинических случаев добавления РТХ в комплексной терапии пациентов с ССД-КП.

Материал и методы

Проспективное наблюдение пациентов в течение 3–4 лет.

Результаты/обсуждение

В первом случае – женщина 46 лет, с диффузной формой ССД. В дебюте синдром Рейно, дигитальные язвы, незначительные интерстициальные изменения в легких по компьютерной томографии, положительные АТ к Scl-70. Получала глюкокортикостероиды (ГКС) 15 мг/сут, иммуносупрессанты (циклофосфамид, метотрексат) с эффектом. Через 8 лет от начала болезни – появление нарушений ритма сердца (наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭС), желудочковая экстрасистолия (ЖЭС), ХСН 2А. Антиаритмическая терапия (сотагексал) без эффекта. При осмотре: кожный счет – 11 баллов, пароксизмальная тахикардия – 127 уд/мин, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – 36%, адгезивный перикардит. Форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) – 95,8%, диффузионная способность легких (ДСЛ) – 58,9%. По холтеровскому мониторингованию ЭКГ (ХМ-ЭКГ): ЖЭС – 1423, НЖЭС – 68629, паузы – 276. К преднизолону (15 мг/сут) был добав-

лен микофенолата мофетил (ММФ) 2 г/сут и РТХ 1000 мг, который вводился 1 раз в 12 месяцев в течение 4 лет. На фоне терапии – кожный счет снизился до 7 баллов, купировались признаки ХСН, увеличилась ФВ ЛЖ (с 36 до 62%), уменьшилась одышка (по NYHA с 3 до 2), выраженность нарушений ритма сердца (количество НЖЭС с 68629 до 2588, ЖЭС с 1423 до 448, пауз с 276 до 3), увеличилась ФЖЕЛ до 112,5%, ДСЛ до 67,8%. Во втором случае – женщина 50 лет, с диффузной формой ССД. Давность заболевания – 2 года, дебют с синдрома Рейно, миопатии, нарушений ритма сердца. Получала терапию ГКС (15 мг/сут), циклофосфамид, бета-блокаторы без эффекта. При осмотре: кожный счет – 14 баллов, ХСН 2Б, мерцательная аритмия 120 уд/мин, ФВ ЛЖ – 28%, адгезивный перикардит, плеврит. По ХМ-ЭКГ: ЖЭС – 8416. В легких без выраженных интерстициальных изменений, ФЖЕЛ – 65%, ДСЛ – 76%. К ГКС был добавлен ММФ 2 г/сут и РТХ 1000 мг, который вводился 1 раз в 12 месяцев в течение 3 лет. На фоне терапии – кожный счет снизился до 5 баллов, увеличилась ФВ ЛЖ (с 28 до 50%), купировались признаки перикардита, плеврита, уменьшились признаки ХСН, одышка (по NYHA с 4 до 3), количество ЖЭС уменьшилось с 8416 до 708, ФЖЕЛ увеличилась до 74,6%.

Выводы/заключение

Уменьшение проявлений ССД-КП наблюдалось параллельно с улучшением по остальным показателям заболевания (кожный счет, легочная функция). В результате динамического наблюдения не было ухудшения состояния, нарастания признаков ХСН, удалось снизить дозу ГКС. Таким образом, РТХ можно рассматривать как перспективно эффективный препарат для лечения поражения сердца при ССД.

СУБПОПУЛЯЦИИ В-ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ВЛИЯНИЕ НА НИХ ИНГИБИТОРА РЕЦЕПТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6

Герасимова Е.В., Алексанкин А.П.,

Мартынова А.В., Попкова Т.В.

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

Введение/цель

Активация В-клеток играет важную роль в иммунопатогенезе ревматоидного артрита (РА). Интерлейкин-6 (ИЛ-6) представляет собой плеiotропный цитокин, который вырабатывается различными типами клеток, включая В-клетки. Гуморальный иммунный ответ и функция В-клеток могут быть модулированы под влиянием ингибитора рецепторов ИЛ-6. Цель – оценить влияние 12-месячной терапии тоцилизумабом (ТЦЗ) на фенотип В-клеток и проанализировать связь между субпопуляциями В-клеток и активностью РА.

Материал и методы

Обследовано 24 пациента с РА (20 женщин и 4 мужчины); медиана возраста 55 [49; 64] лет; продолжительность болезни 72 [24; 108] мес; DAS28 5,8 [5,3; 6,3]; все больные были серопозитивны по РФ, 87% – по АЦЦП. Пациенты получали ТЦЗ 8 мг/кг каждые 4 нед. Через 12 мес терапии ТЦЗ согласно критериям эффективности EULAR (DAS28) хороший эффект достигнут у 54%, умеренный – у 46% больных РА. Контрольная группа состояла из 29 добровольцев (21 женщина и 8 мужчин, медиана возраста 58 [53; 62] лет). Иммунофенотипирование лимфоцитов перифериче-

ской крови проводили при включении в исследование и через 12 мес. Абсолютное/относительное количество CD19+В-лимфоцитов, В-клеток памяти (CD19+CD27+), непереключенных (CD19+IgD+CD27+) и переключенных (CD19+IgD-CD27+) В-клеток памяти, наивных (CD19+IgD+CD27-), двойных негативных (CD19+IgD-CD27-), транзитных (CD19+IgD+CD10+CD38++CD27-) В-клеток, плазмочитов (CD19+CD38+) и плазмобластов (CD19+CD38+++IgD-CD27+CD20-) определялось методом многоцветной проточной цитофлюориметрии.

Результаты/обсуждение

Относительное/абсолютное количество В-клеток памяти (CD19+CD27+) (1,3 (0,9–1,7)%, 0015 (0,001–0,003) × 10⁹/л), переключенных В-клеток памяти (CD19+IgD-CD27+) (6,8 (3,6–11,6)%, 0,01(0,005–0,02) × 10⁹/л) и абсолютное число транзитных В-клеток (CD19+CD38++CD10+ IgD+ CD27-) (0,00009 (0–0,00028) × 10⁹/л) оказалось ниже у пациентов с РА по сравнению с донорами: 2,2 (1,1–3,0)%, 0,003 (0,001–0,007) × 10⁹/л; 12,8 (9,3–17,0)%, 0,02 (0,01–0,04) × 10⁹/л; 0,0001 (0–0,0003) × 10⁹/л, p<0,05.

Выводы/заключение

Иммунофенотипирование субтипов В-лимфоцитов у больных РА показало уменьшение относительного/абсолютного количества общей популяции и переключенных В-клеток памяти (CD19+CD27+IgD-) по сравнению со здоровыми донорами. Выявленные ассоциации между В-клетками памяти, плазмобластами и значениями лабораторных показателей РА (СРБ, РА) у больных с высокой активностью РА могут свидетельствовать об участии В-лимфоцитов в патогенезе РА. Наблюдалось снижение уровней плазмобластов через 12 мес терапии ТЦЗ.

АССОЦИАЦИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИШЕМИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Герасимова Е.В.¹, Попкова Т.В.¹, Новикова Д.С.¹, Круглый Л.Б.², Фомичева О.А.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»; ²Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова, Москва, Россия

Введение/цель

Особенности атеросклеротического поражения сосудов при ревматоидном артрите (РА) (выраженные признаки воспаления сосудистой стенки, малочисленность «критических» стенозов коронарных артерий (КА), увеличение частоты «ранних нестабильных» бляшек) потенциально способствуют развитию сердечно-сосудистых осложнений (ССО). К отличительным особенностям течения ишемической болезни сердца (ИБС) при РА относят высокую частоту безболевого ишемии миокарда, бессимптомного инфаркта миокарда и внезапной сердечной смерти. Субклинические проявления атеросклероза (увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) и формирование атеросклеротических бляшек) регистрируются в 2–3 раза чаще его клинических признаков. Коронарная ангиография является «золотым стандартом» для определения наличия атеросклероза КА и проводится больным с высоким риском тяжелых ССО. Цель — определить частоту выявления атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий (БЦА) и КА у больных РА с подозрением на ИБС.

Материал и методы

Обследовано 76 пациентов (28 мужчин и 48 женщин) с РА и подозрением на ИБС, возраст 58 [52;64] лет, длительность РА 10,5 [7–23] года. 92% больных были серопозитивны по РФ, 89% — по АЦЦП. Активность воспалительного процесса была умеренной: DAS 28=4,2 [3,2; 5,2]. Метотрексат (20 [18; 25] мг/нед) получали 69% больных, низкие дозы глюкокортикоидов (2 [1; 4] мг/сут) — 51% больных. Всем пациентам проведена оценка традиционных факторов риска ССО и выполнены дуплексное сканирование экстракраниального отдела БЦА и коронарная ангиография. Атеросклеротическое поражение БЦА оценивали по наличию атеросклеротической бляшки (толщина КИМ ≥ 1,2 мм) с делением по степени сужения просвета БЦА.

Результаты/обсуждение

Была выявлена высокая частота традиционных факторов риска ССО у больных РА с подозрением на ИБС: артериальная гипертензия — у 85%, дислипидемия — 72%, сахарный диабет — 13%, курение — 40%, избыточная масса тела — 81%, отягощенная наследственность по ССО — 31% больных. В зависимости от поражения БЦА все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — без поражения БЦА (n=9; 11%), 2-я группа — пациенты с атеросклеротической бляшкой БЦА.

Выводы/заключение

Наличие атеросклеротической бляшки БЦА у больных РА ассоциируется со стенозом КА разной степени выраженности. У больных, не имеющих атеросклеротических бляшек БЦА, поражения КА не наблюдалось. Для снижения риска атеросклеротического поражения БЦА и КА необходим эффективный контроль за активностью РА.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Горячева С.А.¹, Фомина О.П.²

¹ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России; ²ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», Благовещенск, Россия

Введение/цель

Анемия — частое гематологическое нарушение у больных ревматоидным артритом. Она может быть системным внесуставным проявлением хронического воспалительного процесса либо следствием проводимой терапии. Сопровождается гипоксией тканей, приводит к повреждению органов и систем, ухудшает течение основного процесса и осложняет проведение лечения. Цель работы — оценить встречаемость анемического синдрома у больных РА и возможные причины его развития.

Материал и методы

В ходе работы были проанализированы 520 архивных историй пациентов с РА, находившихся на лечении в ревматологическом отделении АОКБ. Критерием анемии считали снижение уровня гемоглобина ниже 115 г/л для женщин и ниже 120 г/л для мужчин.

Результаты/обсуждение

Результаты исследования: проанализировав 520 историй болезни, у 117 (22,5%) пациентов была выявлена анемия различной степени тяжести. У 78,6% — анемия легкой степени тяжести, 17,8% — средней степени и 3,6% — тяжелой. При этом железодефицитная анемия была выявлена у 52 (44%) больных, анемия хронических заболеваний — у 26 (22%), смешанная — у 39 (33%). Эрозивное поражение

органов ЖКТ встречалось у 12,8% больных РА с анемией, у 80,7% выявлены воспалительные изменения слизистой пищеварительного тракта, что может ухудшать всасывание железа, витамина В₁₂ и также приводить к анемизации.

Выводы/заключение

Учитывая высокую частоту возникновения анемии у пациентов с РА, необходимо своевременно проводить ее диагностику и коррекцию. Успешное лечение основного заболевания, обусловившего развитие анемии, как правило, позволяет нормализовать имеющиеся гематологические нарушения. Таким образом, необходима эффективная базисная противовоспалительная терапия РА с учетом минимизирования ее угнетающего воздействия на кроветворение, устранение причин железодефицитных состояний, назначение препаратов железа и фолиевой кислоты.

РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Горячева С.А.¹, Фомина О.П.²

¹ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России; ²ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», Благовещенск, Россия

Введение/цель

Клинические проявления псориатического артрита (ПсА) характеризуются не только поражением опорно-двигательного аппарата. При этом заболевании наблюдаются системные и метаболические нарушения. Наиболее распространенные проявления — дислипидемия, гиперурикемия, гипергликемия, развитие атеросклероза, артериальной гипертензии, ожирения, ишемической болезни сердца, что является факторами высокого риска кардиоваскулярных осложнений у этой категории пациентов. Цель работы — определить частоту встречаемости дислипидемии и артериальной гипертензии (АГ) у пациентов ПсА.

Материал и методы

В ходе работы были проанализированы 82 архивные истории пациентов с ПсА, находившихся на лечении в ревматологическом отделении АОКБ. Из них 56 — мужчины и 28 — женщины. Средний возраст больных составил 49,6 года. Длительность ПсА от 3 до 20 лет. Оценивались показатели уровня общего холестерина (ХС) и липопротеиды высокой и низкой плотности (ХС ЛПВП, ХС ЛПНП), наличие АГ.

Результаты/обсуждение

Результаты исследования: анализ историй болезни пациентов с ПсА показал, что у 19 (23%) пациентов имеется АГ 1-й степени, у 16 пациентов (19,5%) — АГ 2-й степени, у 12 (14,5%) установлена АГ 3-й степени, таким образом, 47 (57%) пациентов с ПсА имеют АГ различной степени выраженности, из них 15 (18%) пациентам выставлен диагноз ИБС. В анамнезе у 3 (3,6%) пациентов был отмечен инфаркт миокарда, у 1 — ишемический инсульт, у 7 (8,5%) пациентов — сахарный диабет. Повышение ХС выявлено у 53 (65%) пациентов, при этом увеличение ХС ЛПНП определялось у 49 (92%) пациентов с гиперхолестеринемией.

Выводы/заключение

Полученные результаты указывают на необходимость оценки у пациентов с ПсА параметров липидного обмена, своевременной их коррекции, мониторинга и лечения АГ, своевременного выявления атеросклеротического поражения магистральных сосудов для профилактики кардиоваскулярной патологии у больных ПсА. Клинико-

лабораторная активность ПсА является предиктором метаболических нарушений и риском развития кардиоваскулярных нарушений.

ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ

Гриднева Р.И.¹, Закиров М.М.², Кондрыкинский Е.Л.², Початкова Г.И., Житенева А.И.², Хомарова Е.В.

¹ФГБОУ ВО «Воронежский государственный

медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»;

²Областная детская больница № 1, Воронеж, Россия

Введение/цель

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Ее социальное значение определяется все еще значительным распространением, длительным течением процесса, начинающегося, как правило, в детском и юношеском возрасте. Одним из ведущих клинических синдромов ОРЛ является ревматический полиартрит. Целью исследования явилось изучение частоты и характера поражения суставов при острой ревматической лихорадке у детей.

Материал и методы

24 больных с ОРЛ находились на обследовании и лечении в кардиоревматологическом отделении ВОДКБ № 1. Среди пациентов было 11 девочек и 13 мальчиков в возрасте от 4 до 16 лет. Диагноз ОРЛ устанавливался на основании критериев Киселя–Джонса (в модификации АРР, 2003). Проводились общеклинические, рентгенологические, ультразвуковые, серологические и иммунологические методы исследования. ОРЛ в большинстве случаев протекала с умеренной степенью активности. Острое начало заболевания отмечалось у 10 пациентов (41,7%), подострое — у 14 (58,3%).

Результаты/обсуждение

Проведенный анализ показал, что развития изолированного суставного синдрома ни в одном из наблюдений не отмечалось. Ведущим в клинической картине заболевания было поражение сердца (в 100%), чаще всего в виде митрального и/или аортального вальвулита. Суставной синдром выявлялся у 19 (79,1%) больных в виде артралгий и артритов. Ревмокардит и полиартрит у 4 (16,6%) больных сочетался с хореей, у 2 (8,3%) больных с высокой степенью активности заболевания — с кольцевидной эритемой и ревматическими узелками. Более чем в половине всех случаев суставной синдром проявлялся артритами (75,0%), реже — артралгиями (25,0%). Характерными признаками артритов были летучесть поражения с преимущественным вовлечением крупных и средних суставов (коленных, голеностопных, реже локтевых, плечевых, лучезапястных) и кратковременность (быстрое обратное развитие воспалительных изменений в течение 1–2 недель). Отмечались случаи расхождения направляющего и окончательного клинического диагноза из-за неверной оценки суставного синдрома. Всего было 7 таких наблюдений (29,2%): 3 ребенка поступили в стационар с диагнозом реактивный артрит, 1 больной — с подозрением на ювенильный ревматоидный артрит, 2 — с артралгиями. Следует отметить, что во всех данных случаях суставной синдром сочетался с ревматическим кардитом, но клинические проявления последнего не всегда были ярко выраженными, что и явилось основной причиной диагностических ошибок. У ребенка 10 лет с ОРЛ отмечалось симметричное поражение межфаланго-

вых суставов кистей и стоп, что в дебюте заболевания затрудняло постановку диагноза. Однако клинические и эхокардиографические признаки ревмокардита, а также высокие цифры антистрептококковых антител позволили правильно трактовать диагноз.

Выводы/заключение

Таким образом, при ОРЛ у детей поражение суставов отмечается в 79% случаев. Суставной синдром чаще всего проявляется в виде мигрирующего полиартрита крупных и средних суставов, реже – в виде полиартралгий. В редких случаях ревматический полиартрит протекает атипично.

THE PROBLEMS OF EVALUATIVE UNDIFFERENTIATED SERONEGATIVE SPONDYLOARTHRITIS

Gropa Liliana, Chislari Lia, Russu Eugeniu, Rotaru Larisa, Cazac Victor

The State University of Medicine and Pharmacy «Nicolae Testemitanu», Chisinau, Republic of Moldova

Introduction/aim

Seronegative spondyloarthropathy (SpA) includes ankylosing spondylitis (AS), reactive arthritis (ReA) and psoriatic arthritis (PsA), inflammatory bowel disease related arthritis, as well as forms that do not meet criteria for these categories, called undifferentiated or unclassifiable. The frequency of undifferentiated SpA (uSpA) is probably higher than that of AS and ReA. Its clinical spectrum is wide due to the various combinations of clinical and radiological manifestations of SpA. It may start at any age, as suggested by studies in children and in young and middle aged adults. To define the problems in evaluation of undifferentiated seronegative spondyloarthritis.

Material and methods

All consecutive patients with uSpA, i.e., not meeting criteria for AS, PsA, ReA, with onset after age 45 years. Each patient had a complete examination, including peripheral joints and entheses, spine, skin and mucosae. Chest expansion and lumbar anterior flexion were measured in the 4th intercostal space and using the Macrae and Wright modification of the Schober test, respectively with complete lab and instrumental tests.

Results/discussion

Twenty-three patients (11 men and 12 women) were seen in the 2 centers from the beginning of the study. Their mean age at onset and at the last examination were 56,9 (range 46–72) and 61,7 (range 48–79) years, respectively. The mean duration of disease was 4,7 (range 1–20) years. Seventeen were B27 positive and 6 negative. No patient had positive tests for RF and ANA. Twelve patients had 3 or more manifestations of SpA, while 7 showed 2, and 4 on Iy one. All 10 had an asymmetric and oligoarticular (less than 4 joints) form. Among the lower limb joints, the knee was the most frequently affected. 16 had peripheral enthesitis and dactylitis. Plantar fasciitis and Achilles tendinitis was the most frequent. Of the entheses of the upper limbs, the distal insertions of the flexor radialis were involved in 3 patients. 11 patients experienced episodes of inflammatory low back and/or dorsal and cervical pain. Seven had SI joint involvement on CT at entry with erosions and space narrowing. 7 patients showed a bilateral grade 3 sacroiliitis. Pain was so mild that they did not seek medical advice. If they had not experienced peripheral arthritis or uveitis, SpA would not have been diagnosed. Sixteen patients had an increase of ESR and/or CRP, not explained by the presence of another disease during followup.

Conclusions

The most frequently patients met the Amor and/or the ESSO criteria for the whole group of SpA suggesting that more sensitive criteria are desirable. In the ESSG study the sensitivity of the proposed criteria in the subgroup of uSpA was 78,8%. Regarding followup, although most patients have been followed for a few years, something can be anticipated. Late onset uSpA may remain unclassified for a long time, as suggested by our patients who did not meet criteria for definite categories after 20 years of disease.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АВАСКУЛЯРНОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Гудкевич Е.В.¹, Мартусевич Н.А.², Мурзич А.Э.³

¹УЗ «6-я Городская клиническая больница», Минск;

²Белорусский государственный медицинский университет;

³РНПЦ травматологии и ортопедии,

Минск, Республика Беларусь

Введение/цель

Аваскулярный некроз головки бедренной кости (АНГБК) представляет собой значимую проблему современной ревматологии. Частота заболевания достигает максимальных значений у лиц молодого трудоспособного возраста (30–50 лет). Несмотря на консервативное лечение, АН прогрессирует до стадии коллапса головки бедра с исходом в остеоартроз, поэтому среди пациентов высок риск утраты трудоспособности. Такие пациенты требуют персонализированного подхода, в том числе учета коморбидной патологии, которая может оказывать влияние на клинические проявления и результаты лечения данного заболевания. Следовательно, актуальным представляется изучение коморбидности при данном заболевании. Учитывая значимую роль сосудистого компонента в механизмах развития АНГБК, мы предположили возможное влияние сопутствующей патологии на прогрессирование заболевания.

Материал и методы

Проведено обсервационное исследование пациентов, находившихся на стационарном лечении в клиниках г. Минска и Минской области в 2012–2018 гг., с подтвержденным диагнозом АНГБК в соответствии с критериями Ficat и Arlet. В исследование было включено 126 пациентов, возраст составил 46 (37–55) лет, 68,25% (n=86) были мужского пола. Учитывая высокую частоту двустороннего АНГБК, пациенты были разделены на две группы. В первую вошли пациенты с односторонним поражением (n=61), вторую составили пациенты с двусторонним АНГБК (n=65). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Анализ был проведен с помощью STATISTICA 10.0 с использованием методов описательной статистики и непараметрических критериев.

Результаты/обсуждение

При анализе частоты коморбидной патологии в общей выборке был выявлен значительный удельный вес пациентов, имевших сопутствующую патологию (84,92%, n=107). При сравнительном анализе коморбидности было обнаружено, что пациенты с дву- и односторонним АНГБК имели сопоставимую частоту встречаемости сопутствующей патологии (81,52% vs. 88,52%). Однако пациенты с двусторонним АНГБК значимо реже имели в анамнезе кардиометаболические заболевания (53,85% vs.

72,13%, ОШ 0,45 (ДИ 0,22–0,95), $p=0,034$), сердечно-сосудистые заболевания (32,31% vs. 50,82%, ОШ 0,46 (ДИ 0,22–0,95), $p=0,035$), артериальную гипертензию (35,38% vs. 54,10%, ОШ 0,47 (ДИ 0,23–0,95), $p=0,035$), гиперлипидемию (27,45% vs. 47,17%, ОШ 0,42 (ДИ 0,19–0,96), $p=0,038$). Пациенты с двусторонним АНГБК также реже имели в анамнезе кардиосклероз, болезни периферических сосудов, сердечную недостаточность, ожирение, сахарный диабет, хроническую болезнь почек, однако различия не достигли статистической значимости.

Выводы/заключение

АНГБК ассоциирован с высокой частотой коморбидных заболеваний и состояний. Наличие в анамнезе различных кардиометаболических заболеваний явилось протективным фактором, препятствующим развитию двустороннего АНГБК. Выявленные различия в группах пациентов могли быть связаны с включением в терапию сопутствующей патологии лекарственных средств, влияющих на сосудистый тонус, статинов, антиагрегантов и др., что, возможно, оказывало влияние на кровообращение в сосудистом русле головки бедра и предотвращало вовлечение в патологический процесс контралатерального сустава. Данный факт может лечь в основу разработки профилактики у пациентов групп риска и косвенно подтверждает роль сосудистого компонента в патогенезе АНГБК.

КЛИНИЧЕСКИЙ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ОТВЕТ НА ПРОБИОТИЧЕСКИЕ ДОБАВКИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Гульнева М.Ю., Носков С.М., Малафеева Э.В.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет», Ярославль, Россия

Введение/цель

Одним из потенциально патогенных факторов патологической активации иммунной системы является нарушение микробиома кишечника. Расширение знаний об особенностях микробиоценоза организма больных ревматоидным артритом (РА) позволяет обосновать использование средств коррекции дисбиоза в целях оптимизации терапии. Цель – оценить влияние пробиотических добавок на клинические проявления дисбиоза и микробный статус пациентов с РА.

Материал и методы

Проведено клиничко-лабораторное обследование 70 больных ревматоидным артритом, получавших метотрексат в дозе 7,5–15 мг/нед. Методами микробиологического исследования выполнено изучение микрофлоры кишечника с определением видового и количественного состава в lg КОЕ / г испражнений, исследование микрофлоры слизистых оболочек верхних дыхательных путей и мочи. На основании полученных данных была сформирована группа пациентов ($n=10$) с микробиологическими нарушениями микрофлоры кишечника 3-й степени и клиническими проявлениями дисбиоза. Больным был рекомендован 20-дневный курс, включавший применение препарата бифиформ (Bifiform) и сиропа лактулозы в стандартных дозировках в качестве дополнения к основной терапии. Через 14 дней после окончания приема препаратов было проведено повторное микробиологическое обследование пациентов.

Результаты/обсуждение

Проведенные исследования показали, что комбинация пробиотика и пребиотика сопровожда-

лась существенным увеличением количества лактобактерий в кишечнике ($p<0,05$). Количественные характеристики условно-патогенных энтеробактерий характеризовались существенным снижением их числа в результате терапии ($p<0,05$). У больных РА после курса коррекции бактерии рода *Klebsiella* и *Enterobacter* на слизистых оболочках носа не определялись. Кроме того, не были обнаружены *Morganella morganii*, которые до лечения высевались у 40% больных РА ($p<0,05$). До начала терапии моча больных РА в 100% случаев была колонизирована микроорганизмами. После курса коррекции микрофлоры частота выделения микроорганизмов снизилась до 30% ($p<0,05$). До лечения видовой состав был представлен бактериями рода *Proteus* (50%), *E. coli* (30%) и *Morganella morganii* (20%), после лечения у трех больных (30%) сохранялось выделение бактерий рода *Proteus*. После курса лечения у больных РА большинство клинических симптомов дисбактериоза регрессировало, сохранялось снижение аппетита и метеоризм у одного пациента ($p<0,05$). После применения пробиотиков снизилась колонизация условно-патогенными энтеробактериями слизистых оболочек носа и мочи, что может свидетельствовать о подавлении процессов транслокации условно-патогенных микроорганизмов. Продемонстрировано модулирующее действие пробиотика на микрофлору организма больных РА, что может иметь значение в реализации барьерной функции слизистой кишечника и способствовать снижению эндоинтоксикации, позитивно влиять на иммунитет и развитие болезни.

Выводы/заключение

У больных РА применение пре- и пробиотика в дополнение к основной терапии заболевания позволило провести коррекцию микробного статуса пациентов. Был отмечен терапевтический эффект в отношении клинических проявлений дисбиоза. Использование пробиотиков и пребиотиков у больных с РА является новым патогенетически обоснованным терапевтическим подходом, требующим дальнейшего развития и изучения.

НАФТАЛАНОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Гусейнов Н.И.

Азербайджанский медицинский университет, Баку

Введение/цель

Анкилозирующий спондилоартрит (АС) – воспалительное заболевание осевого скелета. Болезнь имеет постепенное прогрессирующее течение позвоночника у молодых лиц мужского пола. Лечение АС сложное и еще до конца не изучено. Цель – изучить эффективность нафталанотерапии в комплексе низкочастотной переменной электротерапии – амплипульстерапии у больных АС.

Материал и методы

Были проведены лечебно-реабилитационные мероприятия у 114 больных АС. В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на две группы, которые получали амплипульстерапию, ЛФК, массаж, а также фоновую терапию – нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП–диклофенак 150 мг/с). Больные 1-й группы ($n=64$) в качестве местного лечения на позвоночник дополнительно получали смазывание нафталан с солюксом. Влияние локальной терапии на эволюцию воспалительного процесса изучено в динамике клинических и лабораторных (СОЭ, СРП, иммуноглобулины) данных до и после комплексного лечения.

Результаты/обсуждение

Результаты сравнивались с больными АС, не получавшими местное смазывание нафталан с солюксом (2-я группа, n=50). После проведенного физиолечения у подавляющего числа больных достигнуто отчетливое клиническое улучшение состояния: уменьшение дорзольюмбарных болей, скованности, увеличение объема движений в позвоночнике, а также уменьшение дозы или отмена НПВП. Клиническая картина заболевания, как правило, коррелировала с лабораторными данными, что указывало на уменьшение активности у больных, получавших комплексные физиопроцедуры, и происходило в более ранние сроки, чем у больных, не получавших этого вида лечения.

Выводы/заключение

В результате исследования уточнены показания и разработана методика физиотерапевтического лечения с использованием смазывания нафталан с солюксом и амплипульстерапию у больных АС.

ЭНЗИМОТЕРАПИЯ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ

Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н., Сулейманова Р.Т.
Азербайджанский медицинский университет, Баку

Введение/цель

Изменения опорно-двигательного аппарата относятся к относительно редким и поздним осложнениям тяжелого декомпенсированного инсулинозависимого сахарного диабета (СД). Сами суставы при данной патологии интактны, а изменяются мягкие ткани сухожилий, суставная капсула, подкожная жировая клетчатка, в результате чего, развивается синдром ограничения подвижности суставов (СОПС). Лечение СОПС предполагает заместительную терапию основного заболевания и применение средств, улучшающих функции суставов. Отмечена прямая связь между ранним началом СД, его давностью и степенью выраженности СОПС. Цель – оценить эффективность и переносимость полиэнзимного препарата «Вобэнзим» в комплексном лечении СОПС у больных СД.

Материал и методы

Обследованы 130 больных СД с СОПС (плечевые суставы). Давность заболевания СД – от 1 до 13 лет. Давность СОПС – от 1 мес до 6 лет. В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на две группы (основная – 76 и контрольная – 54). Обе группы больных получали нестероидные противовоспалительные, антидиабетические препараты и внутрисуставные кортикостероиды (КС). Внутрисуставное введение КС проводилось 1 раз в неделю (всего 1–3 инъекции). Следует отметить, что до и через 24 часа после внутрисуставного введения КС у всех больных определялась глюкоза в крови. Больные основной группы дополнительно получали полиферментный препарат Wobenzym 15 таб./сут (фирма Mucos Pharma, Германия). Эффективность терапии оценивалась по общепринятым критериям, принятым в ревматологии: боль – по ВАШ, амплитуды движений в суставах, эффективность лечения – по оценке врача и больного, лабораторным данным (глюкоза, СОЭ, СРБ, ЦИК).

Результаты/обсуждение

В результате проведенной терапии в сравниваемых группах больных было обнаружено достоверное уменьшение болевого синдрома и увеличение объема движений. Следует отметить, что у 6 больных основной группы и у 9 больных контрольной группы не было отмечено су-

ществленного клинического улучшения. У этих больных была обнаружена инсулинозависимая форма СД и срок давности поражения суставов составлял более 5 лет, а клинические симптомы СОПС соответствовали III стадии болезни. Необходимо отметить, что у основной группы больных повышение уровня сахара в крови и побочные эффекты проводимой терапии отмечены не были. В то же время у 6 больных в контрольной группе были отмечены диспепсические явления, сухость во рту и гипергликемия. Также были выявлены коррелятивные связи между ранним началом СД, давностью и степенью выраженности СОПС и проводимой комплексной терапией.

Выводы/заключение

Клиническая эффективность комплексной терапии больных СОПС, страдающих СД, в обеих группах больных была одинаковой. Включение в комплексную терапию протеолитического препарата Wobenzym способствует уменьшению побочных эффектов КС (диспепсические явления, сухость во рту и гипергликемия) и оптимизации течения патологического процесса.

ЭПИТОПНАЯ СПЕЦИФИЧНОСТЬ АУТОАНТИТЕЛ К ТИРЕОГЛОБУЛИНУ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Дворовкин А.Э.¹, Один В.И.¹, Шашкова О.А.², Инамова О.В.², Тыренко В.В.¹, Топорков М.М.¹, Евич Е.Л.¹

¹ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»; ²ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. академика А.М. Гранова»; ³СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Известно, что в крови у пациентов с ревматоидным артритом (РА) определяются антитела к тиреоглобулину (АТ к ТГ), в том числе в отсутствие аутоиммунного тиреоидита (АИТ). Выявление моноклональных антител к различным эпитопам тиреоглобулина позволяет изучить проблему гетерогенности иммунопатофизиологических вариантов РА. Цель работы – оценить выявляемость моноклональных антител к различным эпитопам молекулы тиреоглобулина у пациентов только с РА, а также у пациентов с сочетанием РА и АИТ.

Материал и методы

В исследование вошло две группы пациентов. В основную группу пациентов, имевших сочетание РА и АИТ, вошли 53 человека (49 женщин и 4 мужчины, средний возраст $63,92 \pm 1,60$ года и длительность РА $10,0 \pm 1,11$ года). В контрольную группу пациентов, имевших только РА, вошел 61 человек (57 женщин и 4 мужчины, средний возраст $62,83 \pm 1,60$ года и длительность РА $9,69 \pm 1,18$ года). Все больные прошли общеклиническое и специальное обследование, в том числе специфическое иммунологическое. Диагнозы РА и АИТ были поставлены согласно общепринятым критериям. В качестве антигена для определения титров и эпитопной специфичности аутоантител (аутоАТ) против тиреоглобулина (ТГ) в сыворотках крови был использован препарат очищенного ТГ человека, полученный из гомогенатов ткани щитовидной железы методом гель-фильтрационной хроматографии. Для определения эпитопной специфичности аутоАТ против ТГ было использо-

вано 7 моноклональных АТ (МКАТ) против ТГ человека. Определение интерференции аутоАТ против ТГ с МКАТ против ТГ проводилось методом конкурентного ИФА.

Результаты/обсуждение

В группе РА+АИТ было выявлено три пациента с различными видами моноклональных антител к различным эпитопам молекулы тиреоглобулина, в группе РА – один пациент. Наиболее часто среди двух исследуемых групп различные моноклональные антитела выявляются среди пациентов, имевших сочетание ревматоидного артрита и аутоиммунного тиреоидита. Наиболее часто встречаемым моноклональным антителом, которое обнаруживается и у пациентов с ревматоидным артритом, и у пациентов с сочетанием ревматоидного артрита и аутоиммунного тиреоидита, является МКАТ 1F10. В то же время у больных РА+АИТ встречались МКАТ 4T4, 5F5, 5F9, 8E11, которые отсутствовали у больных только с РА.

Выводы/заключение

Таким образом, определение моноклональных антител исследованных шифров показало недостаточную информативность для выявления каких-либо закономерностей. Требуется дальнейшее изучение данного вопроса на значительно большей выборке обследованных лиц.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИЙ И РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Дилбарян А.Г., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Буханова Д.В.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Оценка уровня сывороточного прокальцитонина (ПКТ) представляет большой интерес в практике ревматолога, это обусловлено схожестью клинико-лабораторной картины обострения системного ревматического заболевания (РЗ) и острого инфекционного процесса, а также низкой диагностической значимостью при активном РЗ таких «классических» показателей, как СОЭ, СРБ, количество лейкоцитов крови. Цель исследования – оценить значимость ПКТ в качестве специфического маркера генерализованной и локальной инфекции у пациентов с РЗ.

Материал и методы

В ходе ретроспективного исследования изучены истории болезни 134 больных (средний возраст 40,6±19,5), находившихся на стационарном обследовании и лечении в «НИИР им. В.А. Насоновой». Концентрацию ПКТ в сыворотке крови определяли количественным электрохемилюминесцентным методом на анализаторе Cobas E 411 (Roche, Швейцария). Инфекционный процесс диагностирован у 75 человек, в 4 случаях – генерализованный, в 71 – локальный. В зависимости от выраженности лихорадочно-интоксикационного синдрома локальные инфекции по своему течению разделены на легкие – 41 человек и тяжелые – 30 человек.

Результаты/обсуждение

В группе с генерализованной инфекцией в 3 из 4 случаев содержание ПКТ составляло более 2,0 нг/мл. В случае локальной инфекции тяжелого течения (n=30) уровень ПКТ также превышал пороговые значения и составил 0,60 нг/мл [0,19; 1,84], а при локальной инфекции легкого течения (n=41) – 0,13 нг/мл [0,08; 0,25]. В ходе ретроспективного наблюдения выявлена положительная корреляци-

онная связь между уровнем ПКТ и СОЭ, СРБ, числом лейкоцитов, активностью СКВ по показателю SLEDAI. Максимальные значения ПКТ в отсутствие инфекции и при высокой активности ревматического процесса выявлены при болезни Стилла у взрослых (БСВ) – 0,26 [0,10; 0,61] нг/мл. Чувствительность и специфичность теста для случаев серьезных инфекций (n=34) составили 60 и 82,5% соответственно при пороговом значении 0,4 нг/мл.

Выводы/заключение

Определение уровня ПКТ является чувствительным и специфичным методом дифференциальной диагностики серьезных бактериальных инфекций у пациентов с различной активностью системного РЗ. Исключением является БСВ, на фоне которой наблюдается повышение уровня ПКТ в отсутствие инфекционного процесса. Для определения порогового значения ПКТ для различных РЗ необходимы дальнейшие исследования.

ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОНТРОЛЯ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Дубинина Т.В.¹, Лапшина С.А.², Гайдукова И.З.³, Ситало А.В.⁴, Бадюкин В.В.⁵, Бочкова А.Г.⁶, Бугрова О.В.⁷, Годзенко А.А.⁵, Дубиков А.И.⁸, Иванова О.Н.⁹, Коротаева Т.В.¹, Несмеянова О.Б.¹⁰, Никишина И.П.¹, Оттева Э.Н.¹¹, Раскина Т.А.¹², Ребров А.П.¹³, Румянцева О.А.¹, Смирнов А.В.¹, Эрдес Ш.Ф.¹

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»; ²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России; ³ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России; ⁴МРОБОИ «Общество взаимопомощи при болезни Бехтерева»; ⁵ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; ⁶Медицинский центр «Агат»; ⁷ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России; ⁸ВКБ № 2, г. Владивосток; ⁹БУЗ ВОКБ – II, г. Воронеж; ¹⁰ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»; ¹¹КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Минздрава Хабаровского края; ¹²ФГБОУ ВО «Кемеровская государственная медицинская академия»; ¹³ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Введение/цель

В настоящее время остается актуальной проблема своевременной диагностики и лечения анкилозирующего спондилита (АС). Информированность врачей и пациентов о заболевании может способствовать повышению эффективности диагностики и терапии АС в целом. Цель – оценить влияние образовательных мероприятий для врачей и пациентов с АС на эффективность мониторинга данного заболевания.

Материал и методы

Экспертами группы по изучению спондилоартритов (ЭкСПА) АРР с 2016 по 2018 г. было проведено 12 школ для врачей-ревматологов и врачей общей практики в различных регионах России. Всего в школах приняло участие более 300 специалистов. В школах обсуждались вопросы диагностики, мониторинга и лечения АС в рамках концеп-

ции T2T. При участии экспертов-ревматологов Общественным взаимопомощи при болезни Бехтерева было проведено 12 выездных школ для пациентов со спондилоартритами с участием более 500 человек. Для повышения информированности пациентов использованы информационные технологии: на сайте bbehtereva.ru с участием врачей-ревматологов размещена актуальная информация о заболевании, курс лечебной физкультуры и имеется возможность самостоятельного мониторинга активности заболевания пациентом. С целью получения обратной связи по эффективности проведения школ было проведено анонимное анкетирование пациентов, которые в 2017 и в 2018 гг. оценили частоту использования врачами индексов ASDAS и BASMI в повседневной практике, ответили на вопросы, касающиеся приема НПВП и ремиссии.

Результаты/обсуждение

За 2 года на сайте bbehtereva.ru тест на воспалительный характер боли в спине прошло 3808 человек, причем у 59,2% он был положительный. В 2017 г. 21,3% пациентов не знали, что такое индекс ASDAS, а в 2018 г. только 11,2% опрошенных. О регулярном мониторинге ASDAS в 2017 г. сообщили 36,1%, а в 2018 г. — 35,7%. В стационаре или при уходе состоянии ASDAS определяли у 24,2 и 49,9% больных в 2017 и 2018 гг. соответственно. Врач никогда не определял индекс у 19,4% в 2017 г. и у 13,3% в 2018 г. Оценку индекса BASMI проводили 1–2 раза в год и чаще 47,2% пациентам в 2017 г. и 50,9% опрошенных — в 2018 г. В качестве причины приема НПВП 72,0% опрошенных указали на избавление от боли, а 19,6% — на замедление прогрессирования заболевания, что демонстрирует понимание пациентами принципов терапии. Под ремиссией 28,7% пациентов понимали отсутствие боли и скованности, 8,3% — отсутствие ограничений подвижности в позвоночнике и суставах, 35,2% — полное отсутствие проявлений заболевания, 4,2% — нормальные значения СОЭ и СРБ и 22,2% — отсутствие прогрессирования заболевания в целом.

Выводы/заключение

Повышение информированности врачей способствует улучшению мониторинга активности АС и функционального состояния пациентов в реальной клинической практике. Проведение школ для пациентов мотивирует к соблюдению врачебных рекомендаций и их правильному выполнению, самоконтролю активности заболевания.

СИНДРОМ ЛЕФГРЕНА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА

Егорова О.Н.¹, Белов Б.С.¹, Никишина Н.Ю.¹, Глухова С.И.¹, Раденска-Лоповок С.Г.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»; ²Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение/цель

Синдром Лефгрена представляет собой острый вариант течения саркоидоза, характеризующийся узловатой эритемой (УЭ), поражением суставов, лихорадкой и внутригрудной лимфаденопатией. Полиморфизм клинической картины синдрома Лефгрена нередко служит источником диагностических ошибок. Цель исследования — изучение клинико-лабораторных и рентгенологических особенностей ранней стадии саркоидоза на когорте больных, направленных в ревматологический центр.

Материал и методы

В исследование включены 125 пациентов (104 женщины и 21 мужчина, средний возраст 42 ± 12 лет) с клиническими и рентгенологическими признаками синдрома Лефгрена. Все больные были направлены в ревматологический центр с диагнозом УЭ. Медиана длительности заболевания составила 1 (0,5–2,0) мес. Всем пациентам проводили комплексное клиническое обследование и лабораторно-инструментальное исследование биохимических и иммунологических показателей, рентгенографию или компьютерную томографию (КТ) органов грудной клетки, а также (15 случаев) патоморфологическое исследование биоптатов кожи и подкожной жировой клетчатки из области узла.

Результаты/обсуждение

У 97% случаев УЭ располагалась на голених, преимущественно по передней поверхности, в 35% — на бедрах, в 25% — на верхних конечностях и в 3% — на туловище. У 50% пациентов имел место симметричный характер высыпаний. У 48% больных узлы сливались в конгломерат. Факт поражения более 50% поверхности голени (68%) имел прямую ассоциацию с количеством узлов ($p < 0,001$; $r = 0,60$) и уровнем С-реактивного белка ($p = 0,006$; $r = 0,38$). Прослежена прямая взаимосвязь количества узлов с длительностью УЭ ($p = 0,04$; $r = 0,20$), тенденцией их к слиянию ($p < 0,001$; $r = 0,39$). Признаки поражения суставов выявлены у 106 (85%) больных, с преимущественным поражением голеностопных (66,4%) и коленных (40%) суставов. У 8% больных поражение суставов имело асимметричный характер. У 35 (28%) пациентов суставные проявления предшествовали возникновению УЭ. Средний период от появления суставных проявлений до возникновения УЭ составил 12 ± 9 дней. Выявлена значимая прямая корреляция длительности суставного синдрома до появления узлов и количества последних ($p = 0,02$; $r = 0,45$). В 10% случаев поражение суставов возникло после развития УЭ, в среднем через 12 ± 7 дней. Предикторами формирования КТ-феномена «матового стекла» были мужской пол (отношение шансов (ОШ) 6,5; доверительный интервал (ДИ) 1,2–35; $p = 0,026$) и наличие конгломератов узлов (ОШ 4,8; ДИ 1,4–16,1; $p = 0,01$). В течение 1 года наблюдения у 90% больных УЭ не рецидивировала, а суставной синдром практически полностью регрессировал.

Выводы/заключение

Пациенты с острой формой саркоидоза требуют координации действий врачей различных специальностей, в том числе ревматологов, для определения объема дальнейшего обследования и назначения адекватного лечения.

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ЛОБУЛЯРНЫЙ ПАННИКУЛИТ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Егорова О.Н.¹, Белов Б.С.¹, Глухова С.И.¹, Никишина Н.Ю., Раденска-Лоповок С.Г.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»; ²Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение/цель

Идиопатический лобулярный панникулит (ИЛП) — панникулит Вебера–Крисчена — является наименее изученным заболеванием из группы системных поражений соединительной ткани и характеризуется системным поражением подкожной жировой клетчатки (ПЖК).

Материал и методы

Обследовано 67 больных (9 мужчин и 58 женщин) в возрасте от 20 до 76 лет с медианой длительности заболевания 78,91 [48; 540] мес с верифицированным диагнозом ИЛП, наблюдавшихся в ФГБНУ «НИИР им. В.А.Насоновой» за период с 2007 по 2017 г. Помимо общеклинического обследования, проведено определение титра α -1 анти-трипсина, печеночных фракций, амилазы, липазы, трипсина, ферритина, креатинфосфокиназы, лептина, фактора некроза опухоли κ (ФНО α), компьютерная томография органов грудной клетки и патоморфологическое исследование уплотнения.

Результаты/обсуждение

Заболевание встречалось во всех возрастных группах, но более половины случаев (57%) приходилось на наиболее трудоспособный возраст (45–60 лет). Анализ клинических проявлений позволил выделить четыре формы ИЛП: узловатую ($n=30$), бляшечную ($n=10$), инфильтративную ($n=15$) и мезентериальную ($n=12$), которые характеризовались типичными клиническими чертами. В наблюдаемой группе отмечено значимое повышение СОЭ ($p=0,01$) и уровня С-реактивного белка (СРБ) ($p<0,0001$). СОЭ коррелировала с болезненностью по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) ($p<0,05$, $r=0,29$), площадью уплотнения ($p<0,05$, $r=0,50$), повышением температуры ($p<0,05$, $r=0,68$) и СРБ ($p<0,05$, $r=0,68$). Концентрация СРБ коррелировала с болезненностью по ВАШ ($p<0,05$, $r=0,46$), площадью уплотнения ($p<0,05$, $r=0,61$), стадией узла ($p<0,05$, $r=0,41$) и концентрацией ФНО α ($p<0,05$, $r=0,32$). Последний показатель имел прямую корреляцию со стадией узла ($p<0,05$, $r=0,41$) и уровнем лептина ($p<0,05$, $r=0,28$) и обратную корреляцию с количеством узлов ($p<0,05$, $r=-0,24$). Уровень лептина был повышен у 35 больных (52,23%), имел прямую корреляцию с индексом массы тела ($p<0,05$, $r=0,46$), площадью уплотнения ($p<0,05$, $r=0,31$), концентрацией СРБ ($p<0,05$, $r=0,36$) и обратную – с количеством узлов ($p<0,05$, $r=-0,33$). Патоморфологическое исследование биоптата кожи и ПЖК, проведено у 65 больных (97,01%). Биопсия жировой клетчатки пред- и абдоминальной областей проведена у 3 из 5 больных без поражения кожи и ПЖК. Во всех случаях подтверждено наличие ИЛП. Терапию проводили противовоспалительными и сосудистыми препаратами, применяемыми в ревматологии. Терапевтический эффект отмечен в 62,68% случаев, отсутствие эффекта и ухудшение состояния выявлены в 17,91% (12 больных), что потребовало увеличения дозы «базисных» средств или назначения ГИБП.

Выводы/заключение

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейших исследований в области диагностики и терапии ИЛП.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА И ХАРАКТЕРА БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Егорова Е.В., Романова Т.А., Никитина Н.М., Ребров А.П. ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) — распространенное хроническое иммуновоспалительное заболевание, для которо-

го характерно наличие хронического болевого синдрома, который оказывает влияние на психоэмоциональные особенности пациента. Цель — оценить выраженность тревоги и депрессии у больных РА в зависимости от наличия традиционных факторов кардиоваскулярного риска (КВР) и характера болевого синдрома.

Материал и методы

В исследование включены 76 женщин с достоверным РА по критериям ACR1987 и/или EULAR/ACR2010 (возраст $54,1 \pm 11,1$ года, продолжительность РА — 8 [4; 14] лет, DAS28 — 5,12 [4,38; 5,77]). Оценка тревоги и депрессии проводилась с помощью опросника HADS. Для оценки традиционных факторов КВР проводили анкетирование пациентов. Оценка риска развития сердечно-сосудистого заболевания проводили с помощью индекса SCORE в модификации EULAR. Выраженность боли определяли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Оценка невропатического компонента боли (НКБ) проводили с помощью опросника DN4. Статистическая обработка выполнялась с использованием программы STATISTICA 10.0.

Результаты/обсуждение

Определена частота встречаемости тревожно-депрессивных расстройств у больных РА: клинически выраженная тревога выявлена у 15 (20%) больных, депрессия — у 11 (15%); субклинически выраженная тревога — у 18 (24%), депрессия — у 18 (24%) больных. Нормальный уровень выраженности тревоги выявлен у 43 (56%) больных, депрессии — у 47 (61%) больных. Традиционные факторы КВР встречались у 68 (89,5%) обследованных больных: увеличение ИМТ >25 кг/м² — у 58 (76%) больных; гиперхолестеринемия — у 47 (61%); наличие гипертонии — у 15 (19,7%) больных; сахарный диабет — у 9 (12%) больных. Никто из обследованных женщин не курил. По шкале SCORE высокий риск зарегистрирован у 6 (7,9%) больных, низкий риск — у 70 (92,2%) больных. Сильную боль по ВАШ отметили 29 (38%) больных, умеренную — 35 (46%), у 12 (16%) больных болевой синдром был слабо выражен. У 38 больных выявлен НКБ. Установлены взаимосвязи между уровнем депрессии и ИМТ ($r=0,24$, $p<0,05$), уровнем ИМТ и уровнем боли по ВАШ ($r=0,29$, $p<0,05$), величиной индекса SCORE и уровнем боли по ВАШ ($r=0,3$, $p<0,05$), выявлены взаимосвязи между наличием НКБ и выраженностью тревоги ($r=0,3$, $p<0,05$), депрессии ($r=0,36$, $p<0,05$). У пациенток с наличием НКБ чаще отмечалось повышение АД, тахикардия. Выявлены взаимосвязи между наличием НКБ и уровнем систолического АД ($r=0,27$, $p<0,05$), частотой сердечных сокращений ($r=0,23$, $p<0,05$), выраженностью боли по ВАШ ($r=0,23$, $p<0,05$). Для уточнения взаимосвязи между наличием НКБ и тревожно-депрессивными расстройствами больные были разделены на две группы в зависимости от наличия НКБ, сопоставимые по возрасту, основным клиническим характеристикам РА и базисной терапии. Уровень тревожности у женщин с НКБ (8,5 [6; 12]) был значимо выше, чем у больных без НКБ (6,5 [4; 9]) ($p=0,01$). Выраженность депрессии у женщин с НКБ составила 7,55 [5; 10], у больных без НКБ — 5,55 [3; 7] ($p=0,005$).

Выводы/заключение

Таким образом, клинически выраженной тревогой и депрессией страдает каждая пятая пациентка с РА, субклиническая тревога и депрессия выявлены у 25% больных РА. У большинства больных РА имеются традиционные факторы КВР: у 76% больных повышенный ИМТ, у 61% больных гиперхолестеринемия, повышение АД у каждого

пятого пациента. У большинства пациенток (84%) боль была умеренная или сильная, у половины больных имелись признаки НКБ. Выявлены взаимосвязи между выраженностью уровня тревоги и депрессии с некоторыми традиционными факторами КВР, особенностями болевого синдрома (выраженностью боли и наличием НКБ).

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Емельянова О.И., Гонгарь И.П., Русанова О.А.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского», Волгоград, Россия

Введение/цель

Антителообразование к церулоплазмину (ЦП) при ревматических заболеваниях (РЗ) в настоящее время представляет собой малоизученную проблему. Выбор этого медь-содержащего гликопротеида плазмы крови, обладающего мультиферментными свойствами, в качестве объекта исследования не случаен. ЦП является одним из основных внеклеточных ферментов-антиоксидантов, он играет важную роль в патогенезе РЗ. Данные о содержании и активности ЦП в крови больных системной красной волчанкой (СКВ) весьма противоречивы, что связано с различными подходами к отбору пациентов и разными методиками определения этих показателей. Учитывая гиперпродукцию активных форм кислорода при РЗ, можно ожидать компенсаторное увеличение синтеза антиоксидантов, в том числе и ЦП, что должно приводить к ингибированию свободных радикалов. Однако при СКВ наблюдается накопление вторичных токсичных продуктов свободнорадикальных реакций, таким образом, отмечается дисбаланс между продукцией и утилизацией кислорода. Причины этого дисбаланса не ясны. Одной из причин такой функциональной недостаточности энзимов считают образование антител (АТ) к ним. Усовершенствование иммунологической диагностики СКВ путем определения АТ к ЦП, а также его количества и ферментативной активности.

Материал и методы

Исследовалась сыворотка 30 практически здоровых лиц и 68 больных СКВ, проходивших стационарное лечение в МУЗ ГКБ СМП № 25. Диагноз СКВ ставили на основании тщательного клинико-лабораторного обследования больных и верифицировали по критериям ACR 1997 г. Критерии включения в исследование: возраст старше 18 лет, наличие информированного согласия, достоверно подтвержденный диагноз СКВ. Активность патологического процесса при СКВ оценивали с помощью шкалы Systemic Lupus Erythematosus (SLAM). Среднее значение индекса SLAM у больных СКВ составило $10,2 \pm 6,7$ (диапазон значений от 2 до 28). АТ к ЦП определяли в сыворотке крови больных методом непрямого иммуноферментного анализа с использованием магнитосорбентов на основе полиакриламидных гранул по оригинальной технологии Гонгарь и соавт. (1990 г.).

Результаты/обсуждение

У пациентов СКВ АТ к ЦП появляются на ранних стадиях процесса. В процессе исследования выявлено диагностически значимое повышение содержания АТ к ЦП, активности и количества ЦП у больных СКВ, при этом отмечается прямая корреляция исследуемых показателей со степенью активности заболевания. Учитывая, что показате-

тели активности и количества ЦП, а также наличия антител к ЦП связаны с активностью СКВ, был модифицирован индекс оценки активности СКВ SLAM. В него были добавлены показатели количества, активности ЦП и наличия АТ к ферменту. Полученный модифицированный индекс активности SLAM был оценен методом корреляционного анализа с индексом SLEDAI и исходной версией индекса SLAM. Между индексом активности SLEDAI и модифицированным индексом SLAM выявлена тесная корреляция ($r=0,728$, $p<0,0005$) и практически линейная связь с исходной версией индекса SLAM ($r=0,955$, $p<0,0005$). Отмечено, что высокие уровни АТ к ЦП коррелируют с наличием у больных СКВ поражения сосудов.

Выводы/заключение

При системной красной волчанке отмечается повышение как ферментативной активности, так и количества церулоплазмина и уровня антител к нему, что может быть использовано как дополнительный критерий диагностики активности СКВ и утяжеления прогноза основного заболевания.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Журавлева М.О.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург, Россия

Введение/цель

Одной из актуальных проблем современной ревматологии является своевременная диагностика воспалительных заболеваний суставов. Среди болезней суставов идет рост заболеваемости реактивными артритами (РеА). Чаше РеА страдают лица молодого трудоспособного возраста, у которых он приводит к длительной временной нетрудоспособности, склонен к рецидивированию, хронизации и даже трансформации в более тяжелую патологию. Цель исследования – оптимизировать своевременную диагностику РеА в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ диагностики РеА в трех поликлиниках ГКБ им. Н.И. Пирогова и поликлинике ГКБ № 5 г. Оренбурга за 5 лет.

Результаты/обсуждение

В поликлинику за помощью чаще обращались женщины. Заболевание преимущественно возникало в трудоспособном возрасте ($38,7 \pm 11,3$ года). Сразу после возникновения боли и припухлости в суставах пришли на прием к участковым терапевтам или хирургам лишь 15% больных РеА, однако к ревматологу они попали только через 6–12 мес. Через 6 и более месяцев обратились за медицинской помощью к врачам первичного звена 40,4% пациентов РеА. На приеме ревматолога у них уже отсутствовали клинические симптомы урогенитальной или энтероколитической инфекции. Трудности диагностики РеА врачами первичного звена составляли хронические формы заболевания, которые наблюдались в 30,8% случаев. Классическое клиническое начало РеА с характерной триадой симптомов было у 28,8%. У большинства пациентов (71,2%) отмечалось abortивное течение РеА. Разнообразие дебюта РеА приводило к обращению к разным специалистам. Поражение кожи наблюдалось у 49% больных, треть из них лечились у дерматолога с диагнозом дерматит. При остром РеА с выраженной припухлостью, гиперемией кожи, ограничен-

нием подвижности в голеностопном суставе пациенты первично обращались к травматологам, получали рекомендации по применению НПВП и фиксации сустава эластичным бинтом. В 18% случаев начало заболевания было с псевдоподагрической формы. Дактилиты 1–2 пальцев стопы в дебюте РеА отмечались у 15%. Они получали НПВП у хирургов и только при неэффективности двухнедельной терапии были направлены к ревматологу. Больные урогенным РеА часто лечились по поводу простатита, цистита у уролога, по поводу кольпита, аднексита — у гинеколога. Многообразие клинической картины в дебюте РеА, обращение к узким специалистам приводят к лечению отдельных симптомов заболевания, поздней постановке диагноза и назначения адекватной терапии. До настоящего времени нет общепринятых диагностических критериев РеА. Сложности возникают и с идентификацией триггерных инфекций в условиях поликлиники. Отсутствие специфических рентгенологических признаков также затрудняет диагностику заболевания. У двух третей больных РеА на рентгенограммах изменений не выявлено.

Выводы/заключение

Таким образом, отсутствие общепринятых диагностических критериев, а также широкая распространенность клинически стертых форм заболевания, когда одни его симптомы отсутствуют, а другие слабо выражены, представляют трудности в диагностике и требуют проведения различных бактериологических, лабораторных, иммунологических, инструментальных исследований. Врачей первичного звена надо более детально ориентировать на клинику и диагностику РеА. Больных с суставным синдромом — своевременно консультировать с ревматологом. Необходимо сделать более доступной ревматологическую помощь на амбулаторно-поликлиническом этапе.

ПОРАЖЕНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ В МАНИФЕСТАЦИИ СИНДРОМА ЧАРДЖ–СТРОССА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Звоноренко М.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия

Введение/цель

Цель работы — описать клинический случай эозинофильного гранулематоза с полиангиитом Чарджа–Стросса, с поражением легких, придаточных пазух носа, почек.

Материал и методы

Пациент 3., 54 лет, находился на амбулаторном лечении с диагнозом поллиноз с сентября 2012 г. Заболевание началось с эпизодов сухого кашля в летний период. В последующем стали беспокоить кратковременные эпизоды приступообразного кашля, чувство «заложенности» в груди, которые возникали 2–3 раза в неделю. Пациент обратился в поликлинику. На основании клинических проявлений и исследований (по данным спирометрии — обратимая бронхиальная обструкция) пациенту был поставлен диагноз персистирующая бронхиальная астма легкого течения. В феврале 2017 г. у пациента появились боли в суставах верхних и нижних конечностей. В мае 2017 г. впервые появилась припухлость в суставах кистей, стоп. Обратился к терапевту, был госпитализирован в клинику с диагнозом недифференцированный артрит. При обследовании были выявлены анемия, повышение уровня креатинина крови, повышение антител к циклическому цитруллинированно-

му пептиду. При поступлении состояние пациента оценено как средней тяжести. Экссудация в области мелких суставов стоп и кистей. При аускультации легких выслушивались сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, шумов не обнаружено. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный. В анализах крови при поступлении нормохромная анемия (79 г/л), эозинофилия (5%), креатинин крови 913 мкмоль/л, в общем анализе мочи — белок 0,3 г/л, эритроциты — 10–15 в п/з, лейкоциты 1–2 в п/з. Обращала на себя внимание системность поражения: почек, суставов, легких, наличие аллергологического анамнеза. Было высказано предположение о наличии системного васкулита. Выполнен тест на АНЦА (антинейтрофильные цитоплазматические антитела) — повышение уровня антител к протеиназе-3 (PR3-124 ед.) (положительный контроль 102 ед.), высокий уровень антинуклеарного фактора: титр 1 : 1280 (норма 1 : 80). Пациенту проводилась компьютерная томография органов грудной клетки — очаговых и инфильтративных изменений в легких не обнаружено, рентгенография придаточных пазух носа — изменений нет, ультразвуковое исследование органов брюшной полости — диффузные изменения почек.

Результаты/обсуждение

На основании жалоб, клинической картины, данных лабораторных и инструментальных исследований был установлен диагноз: АНЦА-ассоциированный системный васкулит (антитела к PR3 в высоком титре), эозинофильный гранулематоз с полиангиитом Чарджа–Стросса, подострое течение, с поражением легких (бронхиальная астма), придаточных пазух носа (хронический гиперпластический риносинусит), почек (диффузный гломерулонефрит), хроническая болезнь почек С5, с анемией средней тяжести. На фоне терапии преднизолоном, антиагрегантами, сорбентами, антагонистами кальция в динамике отмечалось снижение уровня креатинина, повышение уровня гемоглобина, нормализация показателей общего анализа мочи, улучшение самочувствия пациента — исчезли боли в суставах, отсутствовала легочная симптоматика. После достижения уровня креатинина 300 мкмоль/л пациенту была проведена пульс-терапия метилпреднизолоном и циклофосфаном в стандартной дозе — 1 раз в месяц. Спустя 3 месяца терапии состояние пациента полностью стабилизировалось.

Выводы/заключение

Приведенное клиническое наблюдение подтверждает тот факт, что АНЦА-ассоциированный системный васкулит характеризуется поражением дыхательной системы, причем симптомы поражения могут быть первыми проявлениями заболевания.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА (РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ЮЛА»)

Золотовская И.А.¹, Давыдкин И.Л.¹, Григорьева Н.Ю.², Трибунцева Л.В.³, Волкорезов И.А.⁴

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России; ²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России; ³ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России;

⁴ГБУЗ «Липецкая городская поликлиника № 7»

Введение/цель

Рост пожилого населения создает предпосылки для здравоохранения в отношении потребности оперативно пересматривать систему оказания медицинской помощи, в том числе пациентам с остеоартритом (ОА). Тем самым актуализируется необходимость в проведении клинических исследований с учетом реальной клинической практики. Цель – изучить распространенность сопутствующих заболеваний у пациентов с остеоартритом коленного сустава в возрасте старше 60 лет.

Материал и методы

Исследование, зарегистрированное как наблюдательная программа «Распространенность сопутствующих заболеваний у пациентов с остеоартритом коленного сустава в возрасте старше 60 лет» (акроним «ЮЛА»), проведено в период с октября 2017 по март 2018 г. на базе амбулаторно-поликлинических учреждений городов Самары, Воронежа, Липецка, Нижнего Новгорода с последовательным включением больных, обратившихся впервые в данном календарном году по поводу болевого синдрома в области коленного сустава. На этапе скрининга обследовано 856 пациентов, из которых 499 в возрасте 68,0 [65,0; 72,0] лет соответствовали критериям включения/невключения. Регистрировались анамнестические данные, включая сопутствующие заболевания, а также информация о назначенных лекарственных средствах (ЛС) в связи с установленным диагнозом: остеоартрит коленного сустава по МКБ 10 (М 17.0, М 17.1, М 17.9). Для уточнения характера боли, и оценки достоверности наличия невропатической боли применен опросник DN4.

Результаты/обсуждение

Установлена высокая распространенность не только сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета (34,3%) и хронической болезни почек (36,3%), но также диабетической полиневропатии (17,4%), язвенной болезни желудка (11,2%), хронического гастрита (18,8%), остеопороза/остеопении (10,2%), анемии (19,6%), болезни Паркинсона (8,2%), глаукомы (10,8%) и аденомы предстательной железы (8,2%). По результатам анализа ЛС установлено, что наиболее высокий процент приходится на гипотензивные препараты (антагонисты кальция – 37,0%, иАПФ – 40,7%, сартаны – 38,3%), диуретики (35,0%), статины (43,0%), бета-блокаторы (16,2%), альфа-адреноблокаторы (13,0%), сахароснижающие (25,9%), что в целом отражает спектр имеющихся у пациентов с ОА заболеваний, требующих медикаментозной коррекции. Все препараты назначены в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами по профилю заболевания.

При оценке болевого синдрома в коленном суставе показатель по ВАШ составил $55,5 \pm 12,5$ мм, во всех случаях в качестве медикаментозной коррекции болевого синдрома врачами на амбулаторном этапе назначены НПВП. Более чем у 1/3 пациентов имела место невропатическая боль, в 92,5% случаев в анамнезе пациенты отмечали наличие боли в нижней части спины с давностью болевого синдрома $11,7 \pm 3,6$ года, что статистически значимо превышало давность боли в коленном суставе и верифицированного диагноза остеоартрит коленного сустава.

Выводы/заключение

Многоцентровое исследование («ЮЛА»), проведенное на базе амбулаторно-поликлинических учреждений четырех регионов РФ, показало, что пациенты старше 60 лет с ОА коленного сустава имеют широкий спектр сопутствующих заболеваний и принимаемых по их поводу ЛС. В исследуемой когорте больных уровень боли был высоким, что при определении тактики лечения требовало купирования болевого синдрома, в том числе назначения НПВП. С учетом клинических рекомендаций по рациональному назначению НПВП требуется тщательный и последовательный отбор пациентов в условиях реальной клинической практики во избежание нежелательных реакций данного класса ЛС.

ПРЕПОДАВАНИЕ В РЕЗИДЕНТУРЕ ПО НОВОМУ СТАНДАРТУ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Иванова Р.Л., Рымбаева Т.Х.

Государственный медицинский университет, г. Семей, Республика Казахстан

Введение/цель

В результате оптимизации организации практической медицины и объемов медицинской помощи ревматологи выступают в качестве консультантов на уровне первичного звена медицинской помощи. В связи с этим в течение 2 лет резиденты должны освоить полный объем компетенций по ранней диагностике и современному лечению всех ревматических заболеваний у взрослых и детей. Цель – оценка эффективности подготовки резидентов по специальности «Ревматология».

Материал и методы

На сегодняшний день обучение в резидентуре в Республике Казахстан проводится согласно ГОСО от 31 июля 2015 г., устанавливающему обязательный минимум профессиональной образовательной программы по конкретной специальности. По специальности «Ревматология», в том числе детская» в нашем вузе ежегодно обучаются около 5–6 резидентов.

Результаты/обсуждение

Программа обучения в резидентуре предусматривает не только самостоятельную работу по курации больных всех возрастов, но и проведение презентаций для интернов-терапевтов по часто встречающимся формам ревматических заболеваний. Такая методика обеспечивает более глубокое усвоение отдельных вопросов ревматологии и готовит у будущих врачей-ревматологов навыки работы в команде. Этому способствуют также практические занятия в учебно-клиническом центре для приобретения навыков различных врачебных манипуляций, в симуляционных комнатах, у постели больного, участие в консилиумах, мастер-классах, научно-практических конференциях. Кроме этого, резиденты-ревматологи приобретают компетенции в работе с населением, участвуя ежегодно в «Школе остео-

пороза» и в «Школе ревматологического пациента». Совершенствованию навыков самостоятельной практической деятельности способствует также непосредственное их участие в работе кабинета генно-инженерной терапии, в артрологическом кабинете.

Выводы/заключение

Такая форма обучения позволяет повысить качество подготовки ревматологов, что подтверждается результатами независимой аттестации, проводимой одновременно по единым критериям Республиканским центром развития здравоохранения Минздрава Республики Казахстан.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПО ИММУНОФЕНОТИПИЧЕСКОМУ МЕТОДУ

Иманбердиева А.М., Криворучко Н.А., Шаймарданова Г.М., Козина Л.В.

АО «Национальный научный медицинский центр», г. Астана, Республика Казахстан

Введение/цель

Системная склеродермия (ССД) – это прогрессирующее полисиндромное аутоиммунное заболевание соединительной ткани, в основе которого лежит гиперактивация иммунокомпетентных клеток. Среди больных преобладают женщины в молодом и трудоспособном возрасте (15–35 лет). Цель – провести лабораторную оценку эффективности трансплантации аутологичных стволовых клеток (ТАСК) при ССД.

Материал и методы

Было обследовано 20 пациентов с достоверным диагнозом ССД (возраст $39,32 \pm 6,02$ года) на фоне проведения ТАСК, по схеме 4 раза (0–3–6–12 мес). Процедура проводилась в два этапа – миелоэкзфузия – забор костного мозга из гребня подвздошной кости в количестве 200 мл с последующим культивированием и введением системно. Оценка лабораторной эффективности ТАСК проводилась методом проточной цитофлуориметрии (CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD20, CD38), цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10, TNF α , IFN γ) иммуноферментным методом, методом наличия специфических аутоантител (ANA, ENA) на анализаторе ChemWell, USA.

Результаты/обсуждение

В динамике после проведения ТАСК (по схеме) отмечается достоверное снижение СОЭ – $29,56 \pm 1,86$; $21,24 \pm 1,78$; $19,89 \pm 1,82$; $17,52 \pm 2,91$ ($p < 0,05$), достоверное снижение СРБ составило соответственно: $10,14 \pm 2,01$; $6,78 \pm 1,98$; $4,74 \pm 1,46$; $3,28 \pm 1,31$ ($p < 0,05$), также отмечено снижение показателей экспрессии иммунокомпетентных клеток CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD20 ($p < 0,05$). Были зарегистрированы нормальные показатели цитокинового профиля с умеренным снижением – ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, TNF α , IFN γ ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ показателей иммунной системы выявил достоверное снижение ANA ($t=2,86$; $p < 0,05$) и ENA ($t=3,39$; $p < 0,05$) у больных ССД, что говорит об эффективности ТАСК и о повышении иммунного статуса больных ССД после введения стволовых клеток костного мозга.

Выводы/заключение

Полученные лабораторные данные позволяют сделать вывод об эффективности ТАСК. Трансплантация стволовых клеток костного мозга у пациентов с ССД через

6 мес привела к нормализации основных показателей Т-клеточного звена иммунитета, что позволяет рекомендовать их в качестве критериев оценки эффективности.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ СПОНТАННОЙ В-КЛЕТОЧНОЙ АКТИВАЦИИ ПРИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ

Ирисов А.П.¹, Мамасаидов А.Т.²

¹Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации; ²Ошский государственный университет, Ош, Кыргызстан

Введение/цель

Для реактивных артритов (РеА) характерна высокая пролиферативная и иммуноглобулинсинтезирующая активность В-лимфоцитов, которая, по-видимому, лежит в основе продукции неспецифических и специфических антител к йерсиниям, хламидиям и/или другим инфекционным агентам с последующим образованием иммунных комплексов и развитием иммунокомплексной патологии при этой болезни. Целью исследования было изучение клинического значения спонтанной В-клеточной активации (SBA) при РеА.

Материал и методы

Исследовано 67 больных РеА в возрасте от 17 до 38 лет, из них 26 женщин и 41 мужчина. I степень активности патологического процесса отмечена у 20 (29,9%), II – у 28 (41,8%) и III степень – у 19 (28,3%) больных. Острое течение болезни наблюдалось у 38 (56,7%), затяжное – у 18 (26,9%) и хроническое течение – у 11 (16,4%) больных. В качестве сравнительной группы исследованы 32 больных анкилозирующим спондилитом (АС), 28 больных остеоартрозом (ОА) и 35 больных ревматоидным артритом (РА). Оценку SBA проводили на основе определения показателей спонтанной пролиферативной и иммуноглобулинсинтезирующей активности В-лимфоцитов периферической крови (SPABL и SIABL), которые вычисляли по уровням активности ядерного хроматина В-клеток и внутриклеточного синтеза Ig В-лимфоцитами периферической крови экспресс-методом количественной цитофлуориметрии.

Результаты/обсуждение

Значения показателей SPABL и SIABL у больных РеА были достоверно больше, чем у здоровых лиц ($p < 0,01$) и больных ОА ($p < 0,05$), но значительно ниже, чем у больных АС ($p < 0,05$) и РА ($p < 0,01$). Уровни SPABL и SIABL выше нормы обнаружены у 65,7% больных РеА, что было гораздо больше, чем у больных ОА (28,6%), но при этом меньше, чем у больных РА (82,9%) и АС (78,1%). У больных РеА значения SPABL и SIABL при II и III степенях активности болезни были достоверно выше ($p < 0,05$), чем при I степени активности, а в группе больных РеА с хроническим и затяжным течением болезни эти показатели были гораздо больше ($p < 0,05$) по сравнению с острым течением.

Выводы/заключение

При РеА отмечается высокий уровень SBA, показатель которой коррелирует с наличием и выраженностью воспалительной активности и давностью иммунопатологического процесса при этой болезни.

**ВОЗМОЖНОСТИ ИНГИБИТОРА
ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА
В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТА**

Кабалык М.А., Коваленко Т.С., Овчинникова Г.С.

Введение/цель

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток, Россия

Одним из факторов патогенеза остеоартрита (ОА) является патологический ангиогенез суставного хряща (СХ). Предполагается, что ключевым участником процесса ангиопролиферации является эндотелиальный фактор роста сосудов (VEGF). Кроме того, VEGF принимает участие в синовиальном воспалении, которое определяет тяжесть клинических симптомов, скорость структурной прогрессии ОА. Таким образом, ингибирование эндотелиального фактора роста сосудов – потенциальный терапевтический метод, направленный на снижение синовиального воспаления, боли и деградациии суставного хряща. Цель – изучить влияние внутрисуставного введения ингибитора VEGF на СХ, субхондральную кость (СХК) и синовиальную оболочку в условиях экспериментального ОА.

Материал и методы

Эксперименты были проведены на 12 беспородных морских свинках обоего пола в возрасте 28–30 нед, массой 490–700 г, которые были разделены на 3 группы по 4 животных в каждой. В контрольной и опытных группах моделировали повреждение коленных суставов задних лап механическим путем через нанесение закрытой скарификационной травмы. В контрольной группе лечение не проводилось. Животным I группы через две недели после травмы вводили внутрисуставно раствор хондроитина сульфата. Во II группе через две недели после травмы проводилось внутрисуставное введение ингибитора VEGF – препарата бевацизумаб 15 мг/0,5 мл 1 раз в 2 недели. Через 4 и 6 нед из эксперимента выведены по 2 особи животных из каждой группы, после чего производили забор образцов поврежденных коленных (скакательных) суставов конечностей.

Результаты/обсуждение

Через две недели репаративный процесс при введении хондроитина сульфата характеризуется гипертрофией хондроцитов, замещением хрящевых дефектов грубоволокнистой соединительной тканью, неадаптивным остеорепаративным процессом в СХК. При введении бевацизумаба отмечается адаптивный хондрогенез через активацию синтетической активности хондроцитов, без участия фибробластов и замещения соединительной тканью. Введение хондроитина на 4-й неделе приводит к клеточной пролиферации. При этом популяция хондроцитов замещает хрящевой матрикс. Наблюдается активный патологический ангиогенез. При лечении бевацизумабом отмечается восстановление СХ и СХК. При этом продолжающиеся репаративные процессы реализуются через хондрогенную репарацию. Оценка выраженности синовиального воспаления показала, что при лечении хондроитином и бевацизумабом через 2 и 4 нед отмечается более низкая плотность синовиальных макрофагов по сравнению с контролем.

Выводы/заключение

Внутрисуставное введение бевацизумаба при экспериментальном остеоартрите тормозит неадаптивную регенерацию, клеточный стресс, ингибирует синовиальное воспаление и эктопический патологический ангиогенез. Лечение бевацизумабом животных с экспериментальным

остеоартритом способствует восстановлению нормальной структуры хряща и субхондральной кости. Анти-VEGF терапия – потенциальный фармакологический метод для таргетной терапии остеоартрита.

**МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ
РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СУБХОНДРАЛЬНОЙ
КОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
И ГИПЕРЛИПИДЕМИИ**

Кабалык М.А., Невзорова В.А., Коваленко Т.С.

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток, Россия

Введение/цель

Мы предполагаем, что кардиометаболические факторы, реализующиеся через сосудистые паттерны, способны приводить к ремоделированию субхондральной кости (СХК), снижать ее трофический потенциал по отношению суставному хрящу, способствуя таким образом развитию остеоартрита (ОА). Цель – изучить молекулярные и клеточные механизмы ремоделирования СХК в условиях экспериментальной артериальной гипертензии (АГ) и гиперлипидемии (ГЛ).

Материал и методы

Экспериментальное воспроизведение АГ, ГЛ и их сочетания проводили на 24 половозрелых беспородных морских свинках мужского пола в возрасте 28–30 нед. Животных разделили на 4 группы по 6 в каждой. В 1-й группе моделировали АГ. Во 2-й группе моделировали ГЛ. В 3-й группе животных комбинировали условия эксперимента 1-й и 2-й групп, добиваясь тем самым сочетания АГ и ГЛ. 4-я группа (контроль) получала сбалансированный рацион. На 60-е сутки животные были выведены из эксперимента, после чего производили забор тканей коленных суставов задних лап. Проводили оценку экспрессии белка теплового шока 70 кДа (HSP70) и фактора роста эндотелия сосудов А (VEGF-A) методом иммуногистохимической реакции.

Результаты/обсуждение

АГ, ГЛ и их сочетание вызывали ремоделирование СХК в условиях эксперимента. Данный процесс характеризуется изменением структуры компактной и трабекулярной ее частей, формируя картину неадаптивного остеогенеза. Общими чертами ремоделирования костной ткани является образование каналов резорбции при дефиците полноценных остеонов, избыточная васкуляризация, уменьшение числа остеобластов. Важно отметить, что активация остеокластов сочетается с формированием остеоподобного матрикса и повышением массы кости, основой которого является неравномерно оссифицированная грубоволокнистая матрица. Экспрессия HSP70 и VEGF-A была статистически значимо более высокой в группе сочетания АГ и ГЛ. В контрольной группе экспрессия HSP70 и VEGF-A обнаруживалась только в крестном костном мозге, в то время как в экспериментальных группах она была неравномерно распределена в ростовой пластинке СХК, зоне кальцинированного хряща.

Выводы/заключение

Кардиоваскулярные факторы приводят к клеточному стрессу и активации ангиопролиферации в условиях ишемии, окислительного стресса. Под влиянием АГ и ГЛ формируется ремоделирование СХК, развивается ОА.

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД
К КОРРЕКЦИИ РЕЖИМА ВВЕДЕНИЯ
ТОЦИЛИЗУМАБА ПРИ СИСТЕМНОМ ВАРИАН-
ТЕ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА: РЕЗУЛЬТАТЫ
РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Каледа М.И., Никишина И.П., Федоров Е.С.,
Алексеев Д.Л., Костарева О.М., Шаповаленко А.Н.**
*ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревма-
тологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия*

Введение/цель

Оценить возможность использования коррекции интервала между инфузиями тоцилизумаба (ТЦЗ) как инструмента достижения и поддержания высокой эффективности терапии при системном варианте ювенильного артрита (сЮА).

Материал и методы

В ретроспективное исследование включено 72 пациента (29 мальчиков и 43 девочки) с диагнозом сЮА, верифицированным согласно критериям ILAR, получавших терапию ТЦЗ не менее 12 мес. До регистрации ТЦЗ при сЮА в 2012 г. сроки проведения терапии обуславливались клинической картиной заболевания и регулировались в зависимости от полученного эффекта, в дальнейшем исходный начальный интервал у всех пациентов составлял 2 нед.

Результаты/обсуждение

Терапию продолжают 70 пациентов, медиана продолжительности терапии 5,0 (2,75; 6,38) лет. Исходный интервал между инфузиями ТЦЗ составил 2 нед у 49 пациентов (1-я группа), 4 нед – у 23 пациентов (2-я группа). Через 6 мес терапии во 2-й группе интервал сокращен до 2 нед у 15 пациентов (65,2%) в связи с ускользанием эффекта. При пролонгировании сроков между введениями ТЦЗ на первом году заболевания среди пациентов 1-й группы до достижения статуса неактивной болезни нами выявлено достоверное повышение СОЭ, СРБ и обострение системных проявлений сЮА ($p < 0,05$), у 40% этих пациентов отмечено вовлечение на этом этапе «новых» суставов, в том числе тазобедренных. В период увеличения интервалов между инфузиями у этих пациентов в качестве своеобразных «предвестников» обострения выявлены: артралгии (88%), миалгии (65%), боли в горле (30%), дисфория (50%, чаще у детей дошкольного возраста), из лабораторных маркеров в первую очередь отмечено нарастание ферритина и уровня лейкоцитов. Достижение неактивного статуса болезни с возможностью плавного увеличения интервала между инфузиями удалось достичь у 90,3% пациентов. Отмена ТЦЗ путем постепенного увеличения интервалов осуществлена у 6 пациентов, из них терапия возобновлена с исходным интервалом 2 нед у 4 человек через 3, 6, 21 и 22 мес соответственно, две пациентки находятся в безмедикаментозной ремиссии 23 и 20 мес. Сокращение интервалов до исходных 2 нед выполнено у 13 пациентов (18,1%). Максимальное количество пациентов развило обострения с необходимостью сокращения интервала до исходного на 24–35 мес терапии, что хронологически совпало с периодом активного роста. На настоящий момент 15 пациентов получают терапию с интервалом 5–6, 40–4, 9–3 нед, у 6 пациентов попытка увеличения интервала свыше 2–2,5 нед оказалась неуспешной.

Выводы/заключение

Накопленный опыт свидетельствует о необходимости соблюдения двухнедельного интервала между инфузиями ТЦЗ на начальном этапе терапии до достижения

неактивной стадии болезни с последующим индивидуальным плавным увеличением интервала до 4 нед (по 2–3 дня под тщательным врачебным контролем), при появлении признаков активности сЮА необходимо сокращение интервала до 2 нед. До решения вопроса о полной отмене ТЦЗ целесообразно увеличить интервал между инфузиями до 5–6 нед под тщательным клинико-лабораторным контролем.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА
ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 У ПАЦИЕНТА
С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ**

Калинина Е.В., Звоноренко М.С.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия

Введение/цель

Цель – рассмотреть опыт применения ингибитора интерлейкина-17 у пациента с анкилозирующим спондилитом.

Материал и методы

Пациент 3., 1982 г.р., с 2000 г. стал отмечать боли в поясничном отделе позвоночника и в области крестца с иррадиацией в паховую область, без убедительной связи с физической нагрузкой. В 2006 г. развился увеит левого глаза. В 2012 г. впервые осмотрен ревматологом. После обследования, на основании выявления двустороннего сакроилиита, по данным МРТ, воспалительной боли в позвоночнике, наличия HLA-B27 антигена и поражения глаз, верифицирован диагноз анкилозирующий спондилит. С 2013 г. в связи с неэффективностью стандартной противовоспалительной терапии принято решение о начале терапии генно-инженерными биологическими препаратами в варианте анти-ФНО – адалимумаб. На фоне терапии отмечалась выраженная положительная динамика в виде достижения ремиссии анкилозирующего спондилита и увеита. В 2015 г. в связи с развитием васкулита кожи нижних конечностей (геморрагические высыпания) и лекарственного поражения печени (синдром цитолиза) принято решение об отмене адалимумаба. Назначен сульфасалазин в дозе 3000 мг/сут, НПВС в постоянном режиме. Длительное время самочувствие пациента оставалось удовлетворительным. С весны 2017 г. вновь усиление болей воспалительного характера в поясничном отделе позвоночника, несмотря на постоянный прием НПВС и сульфасалазина. В связи с этим в сентябре 2017 г. пациент был госпитализирован. При поступлении жалобы на боли воспалительного характера в пояснично-крестцовом, шейном отделах позвоночника, усиливающиеся в ранние утренние часы, на утреннюю скованность, до 2 часов, на боли в стопах в утренние часы. При объективном осмотре видимых экссудативных проявлений в суставах нет. Движения в суставах в полном объеме. При поступлении индекс BASDAI составил 5,3 балла, индекс ASDAS-ESR – 4,68, что соответствовало высокой активности заболевания. В анализах крови выявлено ускорение СОЭ до 50 мм/ч, уровень С-реактивного белка достигал 24 мг/мл. Выполнена рентгенография илеосакральных сочленений – двусторонний сакроилиит III–IV степени. Пациенту было рекомендовано назначение генно-инженерного препарата с другим механизмом действия – ингибитора ИЛ-17 – секукинумаба в дозе 150 мг подкожно. Пациент также продолжил стандартную противовоспалительную терапию НПВС, сульфасалазином в дозе 3000 мг/сут.

Результаты/обсуждение

Через 1 месяц терапии секукинумабом наметилась значительная положительная динамика клинических и лабораторных показателей. Через 4 месяца терапии достигнута клиническая ремиссия анкилозирующего спондилита: пациент не предъявлял жалоб. Уровень индекса BASDAI – составил 1,4, ASDAS-ESR – 1,9 – низкая активность заболевания. Следует отметить, что на протяжении проводимой терапии каких-либо побочных эффектов выявлено не было.

Выводы/заключение

Наибольшую пользу секукинумаб может принести пациентам, имеющим наибольший риск прогрессирования анкилозирующего спондилита, при неадекватном ответе на препараты анти-ФНО, что имело место у данного пациента.

ДИСФУНКЦИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ПОЛА С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

**Карпова О.Г., Тяпкина М.А.,
Александрова О.Л., Ребров А.П.**

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

Введение/цель

В настоящее время известно, что кардиоваскулярные факторы риска имеют значение в ухудшении функции почек, а дисфункция почек является самостоятельным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Поражение почек при псориатическом артрите (ПсА) носит многогранный характер и обусловлено наличием псориатической нефропатии, традиционных факторов сердечно-сосудистого риска и воздействием препаратов. Цель – изучить выраженность дисфункции почек у мужчин и женщин с ПсА.

Материал и методы

В исследование были включены 70 больных с ПсА в возрасте от 18 до 60 лет. Женщины составили 55,7%. Больные разного пола были сопоставимы по уровню артериального давления, длительности и активности ПсА, объему проводимой терапии. Проводили определение СКФ по формуле СКД-ЕР1. Для определения канальцевой дисфункции исследовали уровни альбумина (Ал), $\alpha 1$ -микроглобулина ($\alpha 1$ -Мг), гамма-глутамиламинотрансферазы (ГГТП), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) утренней порции мочи с расчетом на 1 ммоль креатинина мочи (Кр) с помощью автоматического анализатора ВМ/Hitachi 912 Analyzer (Roche, Швейцария) с использованием реактивов фирмы «АРТЕС Diagnostics» (Бельгия) и реагентов фирмы «Диакон-ДС» (Россия). В группу сравнения вошли 32 добровольца, средний возраст лиц группы сравнения составил $42,88 \pm 12,73$ года, женщин – 53,12%. Лица группы сравнения сопоставимы с больными ПсА по полу, возрасту, индексу массы тела, уровню артериального давления, уровню общего холестерина.

Результаты/обсуждение

У женщин с ПсА индекс массы тела ($p < 0,05$) и уровень общего холестерина ($p < 0,05$) были выше, а СКФСД-ЕР1 была ниже ($p = 0,000001$), чем у мужчин. У мужчин группы сравнения установлена большая СКФСД-ЕР1, чем у женщин группы сравнения ($p = 0,015$). При оценке тубулярной дисфункции почек у больных ПсА выявлены взаимосвязи между полом и зна-

чениями Ал/Кр ($r = 0,35$; $p = 0,003$); $\alpha 1$ -Мг/Кр ($r = 0,35$; $p = 0,003$); ЛДГ/Кр ($r = 0,3$; $p = 0,011$); ГГТП/Кр мочи ($r = 0,27$; $p = 0,022$). При этом у женщин с ПсА значения $\alpha 1$ -Мг/Кр, Ал/Кр, ЛДГ/Кр, ГГТП/Кр мочи были больше ($p < 0,05$ для всех), чем у мужчин. У мужчин с ПсА значение $\alpha 1$ -Мг/Кр ($p < 0,05$) было больше, чем у лиц группы сравнения, а у женщин с ПсА – значения Ал/Кр мочи ($p < 0,0001$), $\alpha 1$ -Мг/Кр мочи ($p < 0,0001$), ЛДГ/Кр ($p < 0,05$), ГГТП/Кр мочи ($p < 0,05$) были выше, чем у женщин группы сравнения.

Выводы/заключение

У женщин с ПсА выявлена более выраженная дисфункция почек, чем у мужчин с ПсА. Выявленные особенности дисфункции почек у женщин и мужчин с ПсА требуют специального исследования.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СУСТАВОВ И ЭНТЕЗИСОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Кириллова Э.Р.^{1,2}, Гайнуллина Г.Р.¹, Абдулганиева Д.И.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава РФ;

²ГАОУ «Республиканская клиническая больница

Минздрава РТ», Казань, Республика Татарстан

Введение/цель

Патология костно-мышечной системы – одно из наиболее распространенных внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника. В рамках ее рассматривают периферический артрит и поражение периартикулярных тканей, в том числе энтезисов. Выявление вовлеченности энтезисов важно для предотвращения нетрудоспособности, потому что первоначальный острый отек, воспалительная инфильтрация и микроповреждения хряща могут перейти в хроническое внутривнутрикостное окостенение и эрозию костей на поздней стадии.

Материал и методы

В исследование были включены пациенты с установленным диагнозом язвенного колита (ЯК). Всем пациентам предлагали заполнить анкету DETAIL в целях выявления жалоб со стороны костно-мышечной системы. Состояние периферических суставов оценивалось клинически и инструментально (при помощи ультразвукографии). Были обследованы все крупные суставы. Для клинической оценки состояния энтезисов использовались индексы LEI и MASES. Оценка результатов ультразвукового обследования энтезисов проводилась при помощи специальных индексов: GUESS, MASEI и BUSES, включающих следующие параметры: утолщение энтезисов, энтезофиты, бурситы и эрозии, а также васкуляризацию сухожилий и мест их прикреплений.

Результаты/обсуждение

Были выявлены три пациента с синовитами без клинических признаков поражения суставов (2 женщины в возрасте 21 и 28 лет, мужчина в возрасте 59 лет). Длительность язвенного колита у мужчины составила 5 лет, у одной пациентки – 2 года, у другой – 2 месяца. Тяжелая форма заболевания наблюдалась у одного пациента, средней тяжести – у двух. При ультразвуковом обследовании крупных суставов у мужчины синовит обнаружили в тазобедренном суставе, у обеих женщин – в коленном суставе. При этом более в суставах эти пациенты не отмечали, при объективном обследовании также не было выявлено болезненности и ограничения функции. У двух пациентов клинически и инструментально были выявлены энтезопа-

тии, при заполнении опросника DETAIL эти пациенты ответили положительно на 2/6 и 4/6 вопроса. Наиболее многочисленные поражения периартикулярных тканей были выявлены у пациентки с тяжелым течением ЯК. Отсутствие поражений околоуставных структур наблюдалось у пациентки с наименьшей продолжительностью основного заболевания.

Выводы/заключение

У пациентов с ЯК возможно поражение суставов и энтезисов без клинических проявлений, что требует дополнительного внимания к данным пациентам.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Козырева Э.С.¹, Мишустин А.Д.², Беляева Е.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», медицинский институт; ²ГУЗ Тульская ГКБ скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина, Тула, Россия

Введение/цель

Остеопороз, осложненный переломами проксимального отдела бедра, наиболее часто встречается у лиц старше 70 лет. Сопутствующая соматическая патология может ухудшать жизненный прогноз этих больных и препятствовать оказанию медицинской помощи в полном объеме.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов травматологического отделения старше 71 года за 2015 г. (86 пациентов: 12 мужчин и 74 женщины) и 2016 г. (83 пациента: 9 мужчин и 74 женщины), госпитализированных по поводу остеопоротических низкоэнергетических переломов проксимального отдела бедра: чрезвертельный перелом бедренной кости (БК) (87 пациентов: 9 мужчин и 78 женщин), закрытый медиальный неосложненный перелом шейки БК (63 пациента: 11 мужчин и 52 женщины), закрытый неосложненный вертлочно-диафизарный перелом БК (2 женщины), перелом большого вертела (1 женщина), закрытый неосложненный субкапитальный перелом шейки БК (16 пациентов: 1 мужчина и 15 женщин), вертлвный перелом БК со смещением костных отломков (21 пациент: 1 мужчина и 20 женщин).

Результаты/обсуждение

Наиболее часто у пациентов наблюдалась сочетанная коморбидность с преобладанием заболеваний сердечно-сосудистой системы (АГ, ИБС, осложненные ХСН и нарушениями ритма сердца) – 59%. На СД 2 типа приходилось – 17%, на анемию – 8%, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – 5%, другие нозологии (ХОБЛ, бронхиальная астма, ревматоидный артрит, остеоартрит, цирроз печени, сосудистый делирий, болезнь Альцгеймера, хронический пиелонефрит, ожирение) составили суммарно 11%. Индекс коморбидности Charlson колебался от 5 до 9. Несмотря на множественную коморбидность, использование малоинвазивных, непродолжительных по времени методик оперативных вмешательств без массивной кровопотери позволило оказать хирургическую помощь более чем 80% пациентов старше 71 года, несмотря на наличие коморбидной патологии с преимущественным вовлечением сердечно-сосудистой системы.

Выводы/заключение

Коморбидная патология не должна препятствовать хирургическому лечению пациентов с остеопоротическими переломами бедра. Хирургическое лечение было

проведено у 84% пациентов в 2015 г. и у 89% пациентов в 2016 г. Использовались такие варианты хирургического лечения, как чрескожный остеосинтез шейки БК тремя канюлированными винтами (43), БИОС вертлвно-подвертлвного перелома длинной версией стержня ГАММА (9), остеосинтез БК DNS (24), остеосинтез чрезвертлвного перелома гамма-гвоздем (6), остеосинтез БК проксимальным штифтом «osteosintez» (16), гемартропластика т/б сустава протезом «яртез» (14), перкутанный политензофасцикулярный остеосинтез шейки БК двумя пучками V-образных спиц (8). Скелетное вытяжение проводилось у тех больных, оперативное лечение которых не было разрешено врачами терапевтического профиля.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Колотова Н.Н.¹, Колотова Г.Б.^{2,3}, Кузнецова Н.А.²

¹Стоматологическая поликлиника «Визави», Екатеринбург; ²МАУ «Государственная клиническая больница № 40», Екатеринбург; ³ГОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Введение/цель

Системные заболевания соединительной ткани сопровождаются патологическими процессами в ротовой полости. Цель – оценить распространенность и интенсивность кариеса у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в зависимости от особенностей течения заболевания и проводимой терапии.

Материал и методы

В исследование включено 87 больных, серопозитивных по РФ (средний возраст 41,71±0,84 года, 69 (79,3%) женщин и 18 (20,7%) мужчин), с длительностью заболевания не менее 2 лет (в среднем 7,19±0,69 года), без патологии слюнных желез. Контрольную группу составили 42 человека без соматической патологии. Степень поражения зубов определялась распространенностью (%) и интенсивностью кариеса – индексом КПУ и его компонентами: «К» (кариес), «П» (пломба), «У» (удаленный). Для оценки гигиенического состояния полости рта использовался упрощенный индекс Green, Vermillion (1969) – Simplified Oral Hygiene Index (ОНИ-S). Ортопантомографию проводили на аппарате Orthophos 3 («Sirona», Германия).

Результаты/обсуждение

У пациентов с РА выявлена 100% распространенность кариеса. Значение индекса КПУ было выше в основной группе, чем в группе контроля (19,87±0,65 и 12,85±0,83, p<0,001). В структуре кариеса в группе пациентов с РА выявлено преобладание осложненных форм, среди которых 84,6% составили хронические формы периодонтита. На основании клинического и рентгенологического исследования установлено, что в 52,1% случаев осложненные формы кариеса не подлежали консервативному лечению. Выявлены корреляционные связи между маркером воспаления СРП в сыворотке крови пациентов с РА и уровнем КПУ (r=0,42, p<0,05), что подтверждает нарастание интенсивности кариеса при увеличении системного воспаления. При сопоставлении среднего показателя КПУ в подгруппах больных РА, получавших преднизолон или метотрексат, показатель был выше при лечении глюкокортикостероидами (21,19±0,84 и 18,26±0,58 соответственно,

$p < 0,005$), что свидетельствует о негативном влиянии длительного приема глюкокортикостероидов на твердые ткани зубов. Выявлены гендерные отличия уровня КПУ в группе больных РА: показатель интенсивности кариеса у женщин составил $19,83 \pm 0,42$, тогда как у мужчин – $17 \pm 0,31$ ($p < 0,001$). Возможно, выявленные гендерные различия связаны с особенностями гормонального профиля. При оценке гигиенического состояния полости рта с помощью индекса ОНИ-S у пациентов с РА отмечено увеличение показателя по сравнению с контрольной группой ($2,18 \pm 0,05$ и $1,05 \pm 0,06$ соответственно, $p < 0,001$). Установлена корреляционная связь между индексом ОНИ-S и степенью функциональной недостаточности суставов ($r = 0,38$, $p < 0,05$).

Выводы/заключение

Таким образом, выявлена высокая распространенность и интенсивность кариеса у пациентов с РА, которая нарастает по мере увеличения воспалительной активности заболевания, а также при проведении терапии глюкокортикостероидами, неудовлетворительный уровень гигиены полости рта, что требует участия врача-стоматолога в диспансерном наблюдении за пациентами.

АНГИОГЕНЕЗ В СИНОВИИ – ПРЕДИКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДЕСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Комарова Е.Б.¹, Ребров Б.А.¹,
Белкина Г.А.¹, Покрышка И.И.²

¹ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»; ²Государственное учреждение «Луганская республиканская клиническая больница»

Введение/цель

Ангиогенез в синовии суставов считается одним из важных этапов патогенеза ревматоидного артрита (РА). Гипоксия тканей, нарушение системы антиоксидантной защиты, провоспалительные цитокины и факторы роста стимулируют процессы ангиогенеза при РА. Кроме того, формирование новых кровеносных сосудов способствует поступлению питательных веществ и кислорода к увеличенной воспалительной клеточной массе и сохранению синовиита, усилению синовиальной инфильтрации, гиперплазии синовии и формированию эрозий. Проангиогенные факторы, такие как факторы роста (сосудистый эндотелиальный фактор роста – VEGF, фактор роста фибробластов – FGF), цитокины (TNF α) и молекулы адгезии (ICAM-1), продуцируются главным образом из макрофагов и фибробластов синовии при РА. Цель исследования – изучить корреляционные связи показателей TNF α , VEGF, FGF, ICAM-1 в крови, степень васкуляризации синовии и эрозивно-деструктивных изменений при УЗИ суставов у больных РА.

Материал и методы

173 пациентам с диагнозом РА (верифицирован ACR/EULAR 2010) (85% женщин, 15% мужчин, средний возраст – $47,7 \pm 10,22$ года, средняя длительность заболевания – $3,82 \pm 3,43$ года) были проведены УЗИ с доплером (ESAOTE MyLAB 40) суставов кисти с оценкой интенсивности васкуляризации синовии, количества эрозий, наличие паннуса и определение концентрации TNF α (Вектор-Бест, Россия), VEGF, FGF (BCM Diagnostic, Канада), ICAM-1 (Diacclone, Франция) в крови методом иммуноферментного анализа.

Результаты/обсуждение

Высокие уровни TNF α , VEGF, FGF, ICAM-1 в крови были у пациентов с длительностью РА менее 2 лет, высокой степенью активности и высокопозитивных по АЦЦП. Оценка васкуляризации синовии в 3 балла также преобладала у пациентов данных клинических групп. С длительностью заболевания уровни VEGF и ICAM-1 уменьшались, а уровень FGF увеличивался в крови. Сильные прямые корреляции были между TNF α и VEGF ($p < 0,01$). То есть была установлена зависимость между показателями TNF α , VEGF и FGF, оценкой интенсивности васкуляризации синовии и наличием эрозивно-деструктивных изменений у обследованных больных РА.

Выводы/заключение

Таким образом, высокие уровни VEGF, FGF в крови и оценка интенсивности васкуляризации синовии при УЗИ суставов у больных РА могут быть использованы как предикторы высокого темпа прогрессирования заболевания и развития ранней деструкции суставов, что требует назначения ранней агрессивной базисной терапии РА. Именно неоангиогенезу синовии принадлежит ключевая роль в поддержании субклинического синовиита, который даже при низкой активности заболевания ведет к прогрессированию деструкции и снижению качества жизни пациентов с РА.

ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: МОЖНО ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КРИТЕРИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ДЛЯ ЕЕ ОЦЕНКИ?

Кондратьева Л.В., Попкова Т.В.

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

Введение/цель

Инсулинорезистентность (ИР) – потенциально обратимый фактор риска сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых осложнений. В большинстве случаев ИР оценивают с помощью различных индексов, но их применение ограничено, так как определение концентрации инсулина, необходимое для расчета, не является стандартной процедурой в реальной клинической практике. Предполагают, что ИР играет важную роль в развитии метаболического синдрома (МС), поэтому соответствие критериям МС часто расценивается как суррогатный маркер ИР. Однако распространенность МС сильно варьирует в зависимости от варианта используемых критериев, в том числе при ревматоидном артрите (РА). Кроме того, ИР может встречаться и у больных без МС. Цель – сравнить возможность использования двух вариантов критериев МС (критериев National Cholesterol Education Program / Adult Treatment Panel III (NCEP/ATPIII) и критериев International Diabetes Federation (IDF)) для оценки наличия ИР у больных РА.

Материал и методы

В исследование было включено 46 пациентов с РА (39 женщин и 7 мужчин, средний возраст 57 [39; 64] лет) без сахарного диабета в анамнезе. Медиана длительности заболевания составила 7 [5; 14] лет, высокую активность РА по индексу DAS28 имели 13%, умеренную – 48%, низкую – 39% больных. Большинство были позитивны по IgM РФ (80%) и АЦЦП (80%). Глюкокортикоиды получали 50% пациентов, метотрексат – 59%, другие базисные противовос-

палительные препараты – 26%, генно-инженерные биологические препараты – 15,2% больных. Наличие МС оценивали по критериям NCEP/ATPIII и IDF, наличие ИР – с помощью расчета индекса Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance (НОМА-IR). ИР соответствовало значению НОМА-IR > 2,77.

Результаты/обсуждение

МС диагностирован у 10 (22%) пациентов по критериям NCEP/ATP, у 14 (30%) больных – по критериям IDF ($p=0,5$). ИР обнаружена в 14 (30%) случаях. Существовала корреляция между индексом НОМА-IR и объемом талии ($r=0,6$, $p<0,001$). Ассоциации ИР с другими компонентами МС выявлено не было. ИР имели 5/10 (50%) пациентов с МС и 9/36 (25%) больных без МС по критериям NCEP/ATP ($p=0,2$), при использовании критериев IDF ИР встречалась в 8/14 (57%) и в 6/32 (19%) случаях соответственно ($p=0,02$). Чувствительность критериев NCEP/ATP для оценки ИР составила 36%, специфичность – 84%, прогностическая ценность положительного результата – 50%, прогностическая ценность отрицательного результата – 75%. Для критериев IDF данные показатели составили 57, 81, 57 и 81% соответственно. У больных без МС индекс НОМА-IR коррелировал с индексом массы тела ($r=0,5$, $p=0,002$ для критериев NCEP/ATP и $r=0,4$, $p=0,02$ для критериев IDF).

Выводы/заключение

Критерии МС IDF лучше, чем критерии NCEP/ATP, отражают наличие ИР у больных РА вследствие более «строгого» определения абдоминального ожирения. В то же время использование критериев МС не всегда позволяет заподозрить ИР у значительной части пациентов с РА, ожирением и избыточной массой тела.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛОФОСФАМИДА И МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЁГКИХ

Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Анянueva Л.П., Гарзанова Л.А., Старовойтова М.Н.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Циклофосфамид (ЦФ) рассматривается в качестве препарата выбора для лечения интерстициального поражения легких (ИПЛ) при системной склеродермии (ССД). Однако, по данным литературы, на фоне его применения отмечено достаточно скромное и временное улучшение со стороны легочного фиброза, в связи с чем продолжается поиск новых эффективных и безопасных иммуносупрессантов (ИС), среди которых большое внимание уделяется микофенолату мофетилу (ММФ). Цель исследования – сравнить влияние ЦФ и ММФ на клинические проявления и активность ССД и безопасность их применения в открытом проспективном нерандомизированном исследовании.

Материал и методы

В исследование включены пациенты с достоверным диагнозом ССД, имевшие признаки ИПЛ по данным мультиспиральной компьютерной томографии. Все пациенты получали ИС в сочетании с низкими и средними до-

зами ГК. 36 пациентов (средний возраст 47 ± 12 лет, м/ж 1/1,1, давность ССД – $5,0\pm 4,8$ года, диффузная/лимитированная – 1/1,6) получали терапию ЦФ парентерально в течение 12 ± 6 мес, суммарно $10,6\pm 5$ лет. 45 пациентов (средний возраст – 49 ± 13 лет, м/ж – 1/10, давность ССД – $7,6\pm 6,3$ года, диффузная/лимитированная – 1/1,3) получали терапию ММФ в дозе 2 г/сут в течение 13 ± 2 мес. В динамике оценивались форсированная жизненная емкость (ФЖЕЛ), диффузионная способность легких (ДСЛ, %), модифицированный кожный счет (КС, баллы), индекс активности (ИА, баллы), жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, фракция выброса левого желудочка, наличие диастолической дисфункции желудочков, СДЛА (ЭХО-КГ), наличие нарушений ритма и проводимости сердца (ЭКГ), число дигитальных язвочек и некрозов.

Результаты/обсуждение

На фоне терапии ММФ отмечено достоверное уменьшение КС ($7,5\pm 6,9$ и $4,8\pm 3,9$, $p=0,0006$), ИА ($1,9\pm 1,5$ и $1,22\pm 0,9$, $p=0,005$), числа пациентов с нарушением проводимости сердца (13/29 и 5/11%, $p=0,03$). Нарастание ФЖЕЛ на $\geq 10\%$ отмечено в 6 (13%), ДСЛ – в 3 (7%) случаях; снижение – в 4 (9%) и 2 (4%) случаях соответственно. Средние значения как ФЖЕЛ ($90,3\pm 20,8$ и $92,2\pm 21$, $p=0,09$), так и ДСЛ ($52,2\pm 17,4$ и $51,9\pm 17$, $p=0,86$) значительно не изменились. На фоне терапии ЦФ отмечены достоверное нарастание ФЖЕЛ ($80,5\pm 20,1$ и $85,9\pm 20,5$, $p=0,034$), снижение ИА ($2,8\pm 2$ и $1,4\pm 1,17$, $p=0,000165$) и КС ($11,2\pm 9,8$ и $7,9\pm 6,8$, $p=0,009$). Нарастание ФЖЕЛ на $\geq 10\%$ отмечено в 11 (31%) случаях, что было достоверно чаще, чем на фоне терапии ММФ ($p=0,049$). Снижение ФЖЕЛ отмечено в 2 (5,6%) случаях. Медиана прироста ФЖЕЛ составила 5,4% (25th% = -0,6, 75th% = 12,3). Нарастание и снижение ДСЛ на $\geq 10\%$ выявлено у 2 (6,7%) пациентов. В среднем по группе значения ДСЛ ($53,5\pm 16,2$ и $54,4\pm 15,5$) значительно не изменились. Динамика остальных оцениваемых показателей за период наблюдения не отмечено. На фоне терапии ММФ неблагоприятные реакции развивались у достоверно меньшего числа пациентов (12/27%) по сравнению с группой, получающей ЦФ (19/53%), $p=0,03$.

Выводы/заключение

Оба препарата эффективно уменьшали ИА ССД и КС. Однако применение ЦФ чаще приводило к клинически значимому нарастанию ФЖЕЛ в отличие от ММФ, который в большей степени способствовал стабилизации данного показателя. Полученные результаты обосновывают необходимость дифференцированного назначения фармакотерапии в зависимости от тяжести ССД. Целесообразно в качестве индукционной терапии назначение ЦФ пациентам с более тяжелым легочным поражением. Индукционную терапию ММФ можно назначать пациентам ССД с относительно благоприятным течением легочного процесса, при наличии кардиопатии и плохой переносимости ЦФ. В остальных случаях ММФ целесообразно применять в качестве поддерживающей после индукционной терапии ЦФ.

ДИНАМИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ ПО КРИТЕРИЯМ EULAR У МУЖЧИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Королева М.В., Раскина Т.А.,
Мальшенко О.С., Аверкиева Ю.В.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово, Россия

Введение/цель

Оценить динамику эффективности терапии ритуксимабом по критериям EULAR (DAS28) у мужчин с ревматоидным артритом (РА) по результатам проспективного четырехлетнего наблюдения.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 36 мужчин с достоверным диагнозом РА, получавших комбинированную терапию метотрексатом (средняя доза 13,22 [12,5–15,0] мг/нед) и ритуксимабом (1000 мг внутривенно капельно дважды с интервалом 14 дней, среднее количество курсов – 3,65 [3,0–4,0]). Среднее значение DAS28 – 6,3 [4,78; 6,68]. Определение активности заболевания по DAS28 проводилось в различные периоды наблюдения: через 16, 24 нед терапии, через 12, 24, 36 и 48 мес. Для оценки эффективности терапии использовали критерии EULAR (DAS28). Все больные распределялись в различные периоды наблюдения в две группы в зависимости от показателя Δ DAS28: «ответчики» – Δ DAS28 \geq 1,2; «неответчики» – Δ DAS28 < 1,2.

Результаты/обсуждение

Соотношение удельного веса «ответчиков» и «неответчиков» в различные периоды наблюдения составило соответственно: 16 нед – 48,2 и 51,8% ($p=0,62$); 24 нед – 57,1 и 42,9% ($p=0,21$); 12 мес – 68,8 и 31,2% ($p=0,002$); 24 мес – 62,4 и 37,6% ($p=0,023$); 36 мес – 63,1 и 36,9% ($p=0,03$); 48 мес – 54,6 и 45,4% ($p=0,08$). Процентное отношение «ответчиков» составило исходно (48,2%) и в последующие периоды наблюдения: 24 нед – 57,1% ($p=0,08$); 12 мес – 68,8% ($p=0,01$); 24 мес – 62,4% ($p=0,04$); 36 мес – 63,1% ($p=0,04$); 48 мес – 54,6% ($p=0,32$).

Выводы/заключение

Эффективность терапии ритуксимабом по критериям DAS28 у мужчин с ревматоидным артритом постепенно нарастала к 12-му мес терапии, оставалась стабильной в промежутке 24–36 мес лечения и уменьшалась к 48 мес наблюдения.

СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ В МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ СИНОВИИ ПРИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФЕНОТИПАХ ОСТЕОАРТРОЗА

Корочина К.В.¹, Чернышева Т.В.¹, Корочина И.Э.¹,
Сафронов А.А.¹, Аверьянов А.А.²

¹ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России;

²ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница», Оренбург, Россия

Введение/цель

Целью настоящей работы было проанализировать структурные особенности синовиальной оболочки коленных суставов пациентов с наиболее распространенными формами остеоартроза (ОА): посттравматическим, метаболическим и возрастным.

Материал и методы

Исследование выполнено на операционном материале 30 пациентов с гонартрозом 3–4 рентгенологических стадий, направленных на тотальное эндопротезирование коленного сустава в травматолого-ортопедическое отделение ГБУЗ ООКБ и травматологическое отделение ГБУЗ ГКБ № 4 г. Оренбурга. Анализ проведен в трех группах по 10 человек (в зависимости от фенотипа ОА: посттравматический, метаболический, возрастной). Полученная интраоперационно синовиальная оболочка из верхнего сустава коленного сустава подверглась морфологическому исследованию с использованием гистохимических методов и морфометрии. Для сравнительной оценки выраженности синовиита использовали шкалу Krenn V. (2002). Количественные данные обрабатывали статистически.

Результаты/обсуждение

Сравнительный анализ морфологии синовиальной оболочки пациентов с посттравматическим, метаболическим и возрастным ОА выявил ряд структурно-функциональных различий. При посттравматическом ОА (гонартрозе) выявлялись признаки выраженного фиброза синовиитической инфильтрацией и минимальной, по сравнению с другими видами ОА, активностью ангиогенеза. При метаболическом ОА в синовиальной оболочке наблюдалась выраженная гиперплазия ворсин с активным поглощением костно-хрящевого дебриданта, умеренный липоматоз, разволокнение стромы, застой в сосудах микроциркуляции, яркая активация ангиогенеза и выраженная воспалительная инфильтрация. Возрастной фенотип характеризовался значительным липоматозом, обилием костных и хрящевых фрагментов между ворсинами, застоём в сосудах микроциркуляции, слабым ангиогенезом и активным воспалением. Выраженность синовиита по шкале Krenn V. в данных группах составила 3 [3; 5], 4 [3; 5] и 4 [3; 8] балла соответственно (значимые различия между возрастным и посттравматическим ОА при $p=0,048$).

Выводы/заключение

Верифицированные различия морфологии синовиитической оболочки коленного сустава при наиболее распространенных фенотипах ОА актуализируют знания его этиопатогенеза, демонстрируют причины клинической вариабельности и экспонентного роста распространенности, потенцируют потребность в дальнейших научных исследованиях и, вероятно, должны способствовать разработке методов индивидуализированной терапии ОА.

ПРЕДИКТОРЫ УСПЕШНОЙ ТЕРАПИИ АДАЛИМУМАБОМ СОПУТСТВУЮЩЕГО УВЕИТА У ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Криулин И.А.¹, Алексеева Е.И.²,
Дворяковская Т.М.², Москалев А.В.³

¹ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ; ²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова;

³Научно-исследовательский центр биostatистики и клинических исследований, Новосибирск; ⁴ФГБУ НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева МЗ РФ, Москва, Россия

Введение/цель

Хотя предикторы развития увеита у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА) хорошо известны, увеит, рассматриваемый как отдельное параллель-

ное заболевание, имеет свои собственные модели течения болезни и, соответственно, собственные тенденции к ремиссии. Адалimumаб (АДА) является высокоэффективным анти-ФНО-препаратом, обладающим сильным терапевтическим эффектом как при ЮИА, так и при ревматоидных увеитах. Целью исследования было оценить факторы, ассоциированные с достижением пациентами с ЮИА клинической ремиссии сопутствующего увеита при длительной терапии АДА.

Материал и методы

В исследование вошли 105 пациентов с ЮИА и сопутствующим увеитом, получавшие терапию АДА в ревматологическом отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России (Москва). Медиана длительности ЮИА на момент старта терапии составила 4 года (ИКР 2 : 8,1); медиана длительности увеита – 1 год (ИКР 0 : 5). У 28 пациентов (26,7%) увеит затронул только один глаз. Примерно у половины пациентов (51,4%) за время заболевания развились осложнения увеита и у 20 (19%) пациентов в анамнезе были операции по поводу осложнений увеита. Эффективность терапии оценивалась по динамике лабораторных и клинических показателей и по достижению стабильной ремиссии увеита.

Результаты/обсуждение

АДА продемонстрировал высокую эффективность терапии увеита. После первого года терапии 88 (83,8%) пациентов достигли стабильной ремиссии увеита; ни у одного из них не наблюдалось в дальнейшем обострения заболевания при длительном наблюдении (193,75 пациенто-лет). На последнем визите стабильная ремиссия увеита наблюдалась у 89 пациентов (84,8%, группа ремиссии). Среди остальных 16 пациентов (15,2%, группа обострения), только у 3 (2,9%) пациентов за время лечения не наблюдалось положительной динамики состояния увеита; у 13 пациентов обострение увеита произошло после 2–17 месяцев пребывания в ремиссии. При сравнении исходных показателей в группах обострения и ремиссии, были установлены факторы, ассоциированные с ответом на терапию. Главным фактором, определяющим успешность достижения ремиссии увеита при терапии АДА является раннее начало терапии (в первые 6 месяцев после дебюта увеита). Если же терапию начали после 6 месяцев увеита, то успешный ответ на АДА был ассоциирован с меньшей длительностью терапии болезнью-модифицирующих противоревматических препаратов (OR 1,215 (1,038–1,271), $p=0,007$), меньшим количеством разных осложнений увеита в анамнезе (OR 1,541 (1,097–2,203), $p=0,014$), с рецидивирующим характером течения увеита (OR 1,687 (0,96–3,004), $p=0,048$), а также с меньшей длительностью ЮИА до начала терапии АДА (OR 1,143 (1,001–1,31), $p=0,049$).

Выводы/заключение

Адалimumаб демонстрирует очень высокую эффективность терапии при лечении детей с увеитом и ЮИА. Тем не менее тяжелое рецидивирующее течение увеита с осложненным поражением глаз уменьшает вероятность достижения стабильной ремиссии у детей с ЮИА. Раннее начало терапии (в течение полугода после дебюта увеита) значительно увеличивает шансы на благоприятное течение заболевания с 97,4% пациентов, достигающих ремиссии увеита.

АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА

Кричевская О.А., Гандалоева З.М., Дубинина Т.В.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Оценить динамику функционального статуса пациенток с АС на фоне беременности.

Материал и методы

Включено 16 беременных с достоверным диагнозом анкилозирующий спондилит (АС) по модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984). Средний возраст – $31,5 \pm 5,1$ года, средний возраст на момент начала АС – $22,1 \pm 14,5$ года, средняя продолжительность АС – $150,8 \pm 84,9$ мес. Визиты проводились на 10–11, 20–21 и 31–32-й неделях беременности. Оценка функционального статуса проводилась по индексу BASFI. Оценка подвижности в позвоночнике и функция тазобедренных суставов проводилась с использованием комбинированного индекса BASMI. Отдельно измерялась экскурсия грудной клетки.

Результаты/обсуждение

15 беременностей закончились родами на $38,7 \pm 1,2$ неделе беременности, из них естественные роды были у 8 (53,3%) женщин, кесарево сечение – у 7 (46,7%). Масса тела новорожденных составила 3526 ± 274 г, рост – $51,8 \pm 1,9$ см. У большинства пациенток на момент начала исследования отсутствовали нарушения подвижности позвоночника или были умеренно выражены. Средний счет BASMI по триместрам беременности составил 1,4; 1,8; 2,2, экскурсия грудной клетки – 4,3; 4,1; 3,5 см. В течение беременности имела тенденция к ограничению функций осевого скелета, но достоверных различий обнаружено не было. Функциональные ограничения по BASFI нарастали со сроком беременности (в среднем по триместрам – 0,7; 2,7; 4,1, $p < 0,05$, между I и II, I и III триместрами). Прирост значения BASFI во II триместре был за счет ограничения занятий физически активными видами деятельности (14% роста), поддержания активности в течение дня (12,6% роста), затруднений при вставании из положения лежа (13,5% роста) и подъеме по лестнице на 12 ступенек (12,9% роста). Тенденция к увеличению уровня BASFI в III триместре обеспечивалась в основном за счет затруднений при наклоне вперед и поднятии предметов с пола (15,2% роста), надевании носков (14,7% роста), вставании со стула без помощи рук (14,2% роста).

Выводы/заключение

Функциональные нарушения увеличиваются со сроком беременности, причем во II триместре в большей степени за счет активности АС, а в III – как за счет активности АС, так и за счет изменений, связанных с самой беременностью.

ТЕЧЕНИЕ АНКЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ: ДАННЫЕ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Кричевская О.А., Гандалоева З.М., Дубинина Т.В., Демина А.Б.

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

Введение/цель

Изучить динамику активности АС и отдельных клинических проявлений на фоне беременности.

Материал и методы

Для проспективного анализа включено 16 беременных с достоверным диагнозом анкилозирующий спондилит (АС) по модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984). Средний возраст – 31,5±5,1 года, средняя продолжительность АС – 150,8±84,9 мес. Визиты проводились на 10–11, 20–21 и 31–32-й неделях беременности. Оценка активности осуществлялась по индексам BASDAI и ASDAS СРБ. Для оценки энтезитов использовался счет MASES. Кокситы определялись по УЗИ при шеечно-капсулярном расстоянии (ШКР) >7 мм. Всем беременным УЗИ тазобедренных суставов проводилось в III триместре, в I и II триместрах – при наличии жалоб на боли в этих суставах.

Результаты/обсуждение

15 беременностей закончились родами на 38,7±1,2 неделе беременности, в одном случае на 18-й неделе была зарегистрирована неразвивающаяся беременность. Воспалительная боль в спине была в I триместре у 9 (56,3%) беременных, во II и III триместрах – у 13 (86,7%) в каждом из них. Во второй половине беременности присоединились компоненты смешанной боли в спине: улучшение во время отдыха во II триместре отметили 3 (20%) женщины, в III триместре – 5 (33,3%). Интенсивность как ночной боли по NRS (2,5±1,9), так и боли в течение дня (2,3±2,6) в I триместре была ниже боли в III триместре (4,4±2,8 и 3,8±2,7 соответственно, $p<0,05$). Частота энтезитов увеличивалась со сроком беременности: в I триместре определялись у 6 (37,5%), во II – 8 (53,3%), в III – 12 (80%) беременных. К концу беременности увеличился как счет MASES (М по триместрам – 1,3; 3,4; 3,2), так и число энтезитов в области большого вертела бедренной кости (в I триместре – 3, во II – 5, в III – 15). Кокситы несколько чаще выявлялись во II триместре – у 7 (46,7%) женщин (в I триместре – у 2 (12,5%) и в III – у 3 (20%) женщин), но выраженность их была незначительной (ШКР – 8,2 ± 2,6 мм в III триместре). Частота артритов, дактилитов, увеитов не изменялась на протяжении беременности. Активность АС по BASDAI увеличивалась со сроком беременности ($r=0,3$, $p=0,01$). Уровень BASDAI при зачатии (1,76±1,6) был ниже значений BASDAI во всех триместрах беременности (2,6±1,7; 3,7±2,0; 3,6±2,3 соответственно, $p<0,05$ во всех случаях), а в I триместре ниже, чем во II и III триместрах ($p<0,05$). Прирост значения BASDAI к концу I триместра обеспечивался увеличением уровней общей слабости (53% роста), боли в спине и степени неприятных ощущений при дотрагивании до болезненных областей (по 20% роста). Прирост значения BASDAI во II триместре обеспечивался главным образом за счет увеличения уровня боли в спине (35% роста) и степени неприятных ощущений (32% роста). Различия уровней ASDAS СРБ (М по триместрам – 1,8; 2,4; 2,4) и СРБ в течение беременности не выявлены.

Выводы/заключение

Клиническая активность АС увеличивается от момента зачатия к концу II триместра беременности, достигая умеренной и высокой степени по BASDAI и ASDAS СРБ и оставаясь на этом уровне в III триместре. Увеличение активности АС происходит в основном за счет усиления воспалительной боли в спине и увеличения числа энтезитов. В III триместре у трети женщин присоединяются боли в спине, характерные для физиологически протекающей беременности.

МРТ-ИЗМЕНЕНИЯ В МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВАХ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ

Кудинский Д.М., Смирнов А.В., Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Аникин С.Г., Короткова Т.А., Шаропова Е.П., Стребкова Е.А., Феклистов А.Ю.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия
Введение/цель

Остеоартрит (ОА) суставов кистей в настоящее время принято условно разделять на несколько фенотипов, среди которых выделяют эрозивный. Вопрос о том, является ли он отдельным фенотипом или же поздней стадией закономерного прогрессирования заболевания, дискутируется в литературе. Задачей данного исследования являлась оценка степени выраженности МР-симптомов в группах с эрозивной и неэрозивной формами ОА суставов кистей по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Материал и методы

В исследование была включена 61 женщина с достоверным диагнозом ОА суставов кистей (ACR), все пациентки подписали информированное согласие. Средний возраст пациенток составил 66,3±5,7 года, возраст начала 50,0 (45,0–56,0) лет, продолжительность заболевания 15,0 (11,0–20,0) лет. Всем пациенткам впервые выполнена МРТ II–V дистальных межфаланговых суставов (ДМФС), проксимальных межфаланговых суставов (ПМФС). На каждую пациентку был заполнен опросник AUSCAN. В зависимости от обнаружения эрозий в ДМФС и ПМФС правой кисти пациентки были распределены в две группы: с эрозивной (1-я группа) (ЭОА) и неэрозивной (2-я группа) формами заболевания. Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту и длительности заболевания.

Результаты/обсуждение

В ДМФС у пациенток 1-й группы достоверно чаще и в большем количестве выявлялись крупные остеофиты (ОФ) (53 и 16%), более выраженное сужение суставных щелей (ССЩ) (73 и 35%, $OR=0,41$, 95% ДИ [0,21–0,79], $p=0,004$), дегенеративные изменения коллатеральных связок (ДИКС) (93 и 55%, $OR=1,7$, 95% ДИ [1,22–2,37], $p=0,0009$). Частота обнаружения подвывихов составила соответственно 47 и 13%, $OR=3,61$, 95% ДИ [1,34–9,74], $p=0,005$, отека костного мозга (ОКМ) 57 и 19%, $OR=2,92$, 95% ДИ [1,33–6,41], $p=0,003$. Межвидовых различий по наличию синовитов и субхондральных кист выявлено не было. В ПМФС у пациенток из 1-й группы статистически значимо чаще, чем во 2-й группе, встречались ОКМ (37 и 10%, $OR=3,79$, 95% ДИ [1,17–12,25], $p=0,015$) и ДИКС (97 и 65%, $OR=1,49$, 95% ДИ [1,14–1,96], $p=0,002$). Подвывихи в ПМФС правой кисти определялись исключительно у пациенток из 1-й группы, частота их выявления составила 17%. Кроме того, в 1-й группе были выявлены достоверно более выраженный болевой синдром (60 и 31%, $OR=1,69$, 95% ДИ [0,97–2,95], $p=0,024$), а также скованность (50 и 22%, $OR=1,94$, 95% ДИ [0,97–3,89], $p=0,04$).

Выводы/заключение

При сопоставимых возрасте и длительности заболевания у пациенток с ЭОА в ДМФС достоверно чаще выявлялись крупные ОФ, ССЩ, ДИКС, ОКМ и подвывихи, в ПМФС – ОКМ, ДИКС и подвывихи. Помимо этого, в результате анализа данных опросника AUSCAN выявлены достоверно более выраженный болевой синдром и ско-

ванность в суставах правой кисти, что может свидетельствовать о более тяжелом течении ЭОА в сравнении с неэрозивной формой заболевания.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА

Лагутчев В.В., Литвяков А.М.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь

Введение/цель

Несмотря на большое количество диагностических методов, основная роль в диагностике ревматологических заболеваний принадлежит традиционной рентгенографии. Однако рентгенография не может удовлетворять потребностям ранней диагностики. В последнее время интенсивно развивается методика ультразвукового исследования (УЗИ) костно-суставной системы. Цель — определить ультразвуковые критерии диагностики поражения суставов и периартикулярных тканей у пациентов с подагрой.

Материал и методы

Исследование произведено с помощью ультразвукового аппарата Samsung R7 и Toshiba α7 линейными поверхностными датчиками (7–13 МГц). Обследовано 16 пациентов с первичной манифестацией подагры и 22 пациентов с хроническим подагрическим артритом. Всем пациентам выполнена мультиплоскостная динамическая оценка исследуемых суставов. Оценивалось состояние периартикулярных мягких тканей, патологические изменения суставного хряща, изменения синовиальной оболочки, состояние суставной полости (наличие выпота и его характера), суставные поверхности.

Результаты/обсуждение

Эхографическая картина суставного синдрома при подагре в острой (начальной) стадии. В момент приступа (1–4 дня) определяется расширение суставной щели (величина зависит от пораженного сустава) за счет утолщения гиалинового хряща, по поверхности которого появляется прерывистая гиперэхогенная полоска. Отмечается появление признаков вторичного синовита и периартикулярного отека мягких тканей в проекции пораженного сустава. Эхоконтролируемая пальпация пораженного сустава резко болезненна. Костные суставные поверхности с неравномерно усиленной эхогенностью поверхности кости, без признаков деформации и патологических образований. Выше описанные изменения на 5–7-е сутки от начала приступа имеют тенденцию к уменьшению, а 10–14-м суткам могут полностью исчезать. *Эхографическая картина суставного синдрома при хроническом подагрическом артрите.* При хронической форме подагры на поздних стадиях визуализируется разная степень деформации суставных поверхностей, гиалиновых хрящей и менисков (при их наличии) и скопления тофусного материала в самих суставах и периартикулярных областях. Наиболее характерным эхографическим признаком хронического подагрического артрита являются симптомы «двойного контура» — неравномерное увеличение эхогенности поверхности суставного хряща и деформированной суставной поверхности кости и симптом «куска мокрого сахара» — скопления тофусного материала, которые характеризуются четкими неровными контурами, неоднородной структуры, дающие позади себя акустические тени с гипозохогенной окантовкой, образованной элементами гиперваскуляризации. Регистрируются множественные, неправильной формы, костные эро-

зии, прилегающие к тофусным отложениям. Суставной хрящ деформирован истончен, прерывист. Вторичный синовит, вне обострения, как правило, не выражен. Во время обострения нарастают признаки синовита и периартикулярного отека, как и при остром приступе подагры.

Выводы/заключение

Таким образом, мультиплоскостное ультразвуковое исследование суставного синдрома при подагре обладает рядом несомненных достоинств. Метод обладает высокой достоверностью, информативностью и неинвазивностью, доступен и экономичен. УЗИ позволяет обеспечить раннюю диагностику патологических изменений при данном заболевании, что позволяет проводить диагностику в начале патологического процесса, определять стадию заболевания и, самое главное, осуществлять дифференциальную диагностику заболеваний.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В Г. КАЗАНИ

Лапшина С.А.¹, Мясоутова Л.И.^{1,2},

Мухина Р.Г.², Абдулганиева Д.И.¹

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ; ²ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Казань, Россия

Введение/цель

В последние годы произошли кардинальные изменения в терминологии, понимании патогенеза, диагностике аксиальных спондилоартритов (АксСпА), включая анкилозирующий спондилит (АС). На сегодняшний день большую роль играет уровень информированности врачей первичного звена в вопросах ранней диагностики АксСпА. Цель работы — оценить результативность образовательных мероприятий для врачей первичного контакта по диагностике АксСпА на протяжении длительного времени.

Материал и методы

С 2010 г. по настоящее время проводятся образовательные мероприятия для врачей первичного звена по диагностике и тактике ведения пациентов с АксСпА и АС с обсуждением критериев воспалительной боли в спине, вариантов дебюта и алгоритма диагностики и обследования пациентов для врачей первичного контакта г. Казани. С 2014 г. образовательные модули интегрированы в систему непрерывного образования врачей. Оценка результатов образовательных школ проводилась согласно анализу отчетов амбулаторного приема ревматолога Городского ревматологического центра г. Казани (ГАУЗ ГКБ № 7) и анализа медицинской документации пациентов направленных к ревматологу за 2009 базовый год в сравнении с 2010–2017 гг. в период проведения школ.

Результаты/обсуждение

За время проведения школ на приеме у ревматолога существенно увеличилось количество пациентов с АксСпА (2009 г. — 378 человек, 2010 г. — 611, 2011 г. — 742, 2014 г. — 1217, 2016 г. — 1943, 2017 г. — 1961 пациент), из них с АС (2009 г. — 378, 2010 г. — 575, 2011 г. — 683, 2014 г. — 897, 2016 г. — 1188, 2017 — 1298 человек). Подобная динамика была и в отношении пациентов АксСпА (включая АС), обратившихся впервые в ревматологический центр со значимым увеличением пациентов в 2010–2011 и 2016–2017 гг. (2009 г. — 118, 2010 г. — 190, 2011 г. — 204, 2016 г. — 506, 2017 — 711 человек). При этом доля пациентов с АксСпА

(включая АС) от общего числа консультаций в ревматологическом центре выросла с 4,5% в 2009 г. до 13,4% в 2017 г. Доля впервые обратившихся пациентов с АксСрА составила 2,3% в 2009 г. и 7,7% в 2017 г. по отношению к общему числу первичных больных в данном году. Существенное увеличение числа пациентов в 2010–2011 гг. может быть объяснено началом проведения образовательных мероприятий для врачей; в 2016–2017 гг. — увеличением числа мероприятий (в том числе дистанционных), объема информации, повышением доступности МРТ-обследования для пациентов с АксСрА. Существенно увеличилось число пациентов, приходящих от врача первичного контакта на консультацию ревматолога с необходимым объемом обследования (описание боли в спине, лабораторные тесты, определение HLAB27, рентгенограммы) с 23,7% в 2009 г. до 87% человек в 2017 г., что позволяет поставить диагноз без повторных консультаций.

Выводы/заключение

Образовательные программы для врачей первичного звена (лекции, школы, дистанционные программы) имеют огромное значение для своевременной диагностики АксСрА, сокращения числа консультаций перед постановкой диагноза и с последующим назначением адекватной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА ВОЛЧАНОЧНОЙ ПОЛОСЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И «НЕПОЛНОЙ» ВОЛЧАНКОЙ

Лиля В.А., Мазуров В.И.

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

Введение/цель

Тест волчаночной полосы — метод прямой иммунофлюоресценции биоптатов неповрежденной кожи, позволяющий выявить отложения иммуноглобулинов и компонентов комплемента по ходу базальной мембраны. Данное исследование выполняется в качестве дополнительного теста для диагностики системной красной волчанки и имеет важное значение в дифференциальной диагностике заболевания.

Цель исследования — установить связь между основными иммунологическими показателями периферической крови при системной красной волчанке (антинуклеарный фактор, антитела к двуспиральной ДНК и др.) и отложениями иммуноглобулинов и компонентов комплемента в коже.

Материал и методы

В условиях ревматологического отделения СЗГМУ им. И.И. Мечникова обследовано 35 пациентов с иммунологическим синдромом (повышение титров АНФ и антител к двуспиральной ДНК) и клинической картиной, характерной для СКВ (эритема на лице, сыпь в зоне «декольте», артрит, лихорадка, изменения со стороны легких, анемия, протеинурия) и 16 пациентов контрольной группы. Всем обследованным была выполнена биопсия неповрежденной кожи в верхней трети плеча с последующим выполнением теста волчаночной полосы.

Результаты/обсуждение

У 20 (57,1%) пациентов основной группы результаты теста волчаночной полосы были положительными (выявлены отложения IgA, IgM, IgG, C1q и C3 под базальной мембраной эпидермиса). Из 16 пациентов контрольной группы

с клиническими проявлениями в виде мигрирующих артралгий, немотивированной общей слабости, субфебрилитета, кожных высыпаний, умеренным повышением титра АНФ («неполная» волчанка) положительный тест волчаночной полосы определялся у 5 (31,3%), при этом у всех наряду с повышением АНФ были повышены и титры антител к двуспиральной ДНК.

Выводы/заключение

Таким образом, тест волчаночной полосы может служить дополнительным лабораторным тестом при проведении дифференциальной диагностики системной красной волчанки, а также определения диагностической и терапевтической тактики в случае наличия у пациента «неполной» волчанки.

АНАЛИЗ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Лисицина Ю.И.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия

Введение/цель

Поражение почек при ревматоидном артрите (РА) является значимым аспектом, поскольку ухудшает течение заболевания, влияя на качество жизни. Метаболический синдром (МС) также является глобальной проблемой здравоохранения. Эпидемиологические исследования связывают МС с повышенным риском гломерулярного повреждения и эндотелиальной дисфункции. Все компоненты МС связаны с прогрессированием хронической болезни почек. Однако субклиническое поражение почек при ревматоидном артрите порой упускается из виду. Цель исследования — оценка скорости клубочковой фильтрации у пациентов с ревматоидным артритом в сочетании с метаболическим синдромом.

Материал и методы

В исследование включено 70 пациентов с РА, которые были разделены на две группы с учетом наличия критериев МС. Первую группу (31 человек) составили пациенты с РА без МС, средний возраст $M=56\pm 8,56$ года, среди которых 19 (61,3%) женщин и 12 (38,7%) мужчин, длительность течения РА $M=8\pm 5,59$ года. Во вторую группу вошли пациенты с признаками МС (согласно рекомендациям экспертов РКО по диагностике и лечению МС): возраст $M=61\pm 8,27$ года, из них 36 (92,3%) женщин, 3 (7,69%) мужчин, длительность РА $M=8,4\pm 7,96$ года. Пациенты были обследованы в условиях ревматологического отделения ГУЗ ГКБСМП № 25 г. Волгограда. Определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) проводилось с помощью калькулятора СКД-ЕРІ. Наличие сахарного диабета, клинически выраженного повреждения почек, инфекционного процесса было критерием исключения. Пациенты получали лечение базисными противовоспалительными препаратами (монотерапия метотрексатом/лефлуномидом/гидрохлорохином/сульфасалазином), НПВП в стандартных дозах.

Результаты/обсуждение

В результате исследования было выявлено снижение СКФ менее 90 мл/мин/1,73 м² у 52 (74,3%) человек. В 1-й группе пациентов (РА без МС) средние показатели СКФ выше в сравнении с данными во 2-й группе (РА с МС): СКФ 1-й группы $M=80,133\pm 17,03$ мл/мин/1,73 м², 2-й груп-

пы=75,41±17,98 мл/мин/1,73 м². В группе пациентов без МС нормальная СКФ была у 8 (25,8%) человек, во 2-й группе – у 6 (15,4%) человек. У 38,7% пациентов 1-й группы присутствовала артериальная гипертензия, среди пациентов с МС распространенность артериальной гипертензии составила 92,3%. Коэффициент атерогенности в группе: М=3,07±1,088 – в 1-й; 4,05±1,379 – во 2-й.

Выводы/заключение

Среди больных РА велика доля пациентов со сниженной СКФ. У пациентов с признаками МС определяется более низкий уровень СКФ в сравнении с больными СКФ без МС.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГОЛИМУМАБА ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Мальшенко О.С.¹, Раскина Т.А.¹,

Королева М.В.¹, Пирогова О.А.²

¹ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»; ²Областной клинический госпиталь для ветеранов войн, Кемерово, Россия

Введение/цель

Цель – оценить эффективность терапии голимумабом у больных ПсА.

Материал и методы

Под наблюдением находились 9 пациентов с достоверным диагнозом ПсА (7 женщин и 2 мужчины), получавшие в качестве базисной терапии метотрексат 15–20 мг/нед. Средний возраст – 50 (30–61) лет. Длительность псориаза – 27,1 (14–40) года, ПсА – 9,3 (3–16) года. Голимумаб вводили по 50 мг п/к 1 раз в 4 недели. Пациенты наблюдались в течение 24 мес. Исходно у всех больных отмечалась высокая активность заболевания (DAS28 7,5±0,6). Каждые 3 мес оценивались DAS28, индексы LEI и PASI.

Результаты/обсуждение

Через 3 мес от начала терапии отмечено уменьшение активности заболевания по DAS28 (7,5±0,6 и 4,9±0,4; p=0,068), индексу LEI (4,2±0,6 и 1,9±0,4; p=0,360) и PASI (10,5±0,6 и 4,9±0,4; p=0,042). На фоне терапии были зарегистрированы 4 случая ОРВИ, не потребовавшие отмены препарата. Через 12 мес терапии сохранялась положительная динамика по всем изучаемым показателям активности заболевания: DAS28 (исходно 7,5±0,6 и 2,9±0,3 через 12 мес; p=0,032), индексам LEI (исходно 4,2±0,6 и 0,9±0,3 через 12 мес; p=0,018) и PASI (исходно 10,5±0,6 и 2,1±0,4 через 12 мес; p=0,002) у большинства пациентов. Отсутствие эффекта наблюдалось в одном случае, что привело к отмене препарата. В течение последующего периода наблюдения у всех пациентов сохранялось стабильное течение заболевания с минимальной активностью: DAS28 – 1,49±0,2, p=0,028, LEI – 0,36±0,2, p=0,011 и PASI – 1,1±0,4, p=0,002.

Выводы/заключение

У пациентов с ПсА голимумаб демонстрирует эффективность по всем изучаемым показателям активности заболевания (DAS28, LEI и PASI), что позволяет говорить о его воздействии на все точки-мишени: синовиальную оболочку сустава, энтезисы и кожу.

Т-КЛЕТОЧНАЯ АКТИВАЦИЯ И АНТИ-Т-КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Мамасаидов А.Т.¹, Немцов Б.Ф.², Абдурашитова Д.И.¹, Лобанченко О.В.³, Ирисов С.Ю.⁴, Турсунов С.Ю.⁵

¹Ошский государственный университет, Ош, Кыргызстан; ²Кировский государственный медицинский университет, Россия; ³Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева; ⁴Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации, Кыргызстан; ⁵Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение/цель

Целью исследования было изучение клинического значения показателей Т-клеточной активации и эффективности анти-Т-клеточной терапии при ревматоидном артрите (РА).

Материал и методы

Исследовано 404 больных ревматоидным артритом (РА). В качестве контроля исследованы 30 здоровых лиц, а в качестве сравнения – 47 больных остеоартрозом (ОА), 33 больных реактивным артритом (РеА) и 59 больных анкилозирующим спондилитом. У всех исследованных методом количественной цитофлуориметрии оценивали Т-клеточную активацию по уровню пролиферативной активности Т-лимфоцитов (РАТЛ) периферической крови. Анти-Т-клеточная терапия препаратом этанерцепт (Энбрел®) была проведена 38 больным РА с высокой активностью болезни и с предшествующей неэффективностью метотрексата в течение 3 мес. Оценка эффективности анти-Т-клеточной терапии проводили через 24 нед от начала лечения.

Результаты/обсуждение

Уровень РАТЛ при РА был достоверно выше, чем у здоровых лиц (p<0,001), больных ОА (p<0,001), больных РеА (p<0,01) и больных АС (p<0,05). У больных РА высокий уровень РАТЛ коррелировал с высокими клиническими и лабораторными признаками активности болезни. К концу 24-недельного лечения этанерцептом (Энбрелом®) у больных РА выявлено достоверное (p<0,05) снижение показателя РАТЛ. По итогам 24-недельного лечения этанерцептом (Энбрелом®) хороший и удовлетворительный эффект отмечен у 30 (78,9%) больных РА.

Выводы/заключение

При РА показатель Т-клеточной активации (РАТЛ) может быть использован для определения наличия и степени активности и эффективности лечения болезни, а применение анти-Т-клеточной терапии является эффективным методом лечения тяжелых форм этой патологии.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРА ИНТЕРЛЕЙКИ-НА-6 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НЕ ПРИВОДИТ К НАРАСТАНИЮ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: 12 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ

Мартынова А.В., Попкова Т.В., Герасимова Е.В.

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

Введение/цель

N-концевой пропептид мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), широко известный как маркер сердечной недостаточности, часто изучается только у пациентов с высокой активностью ревматоидного артрита (РА).

Однако влияние препарата выбора терапии таких пациентов – ингибитора рецепторов интерлейкина-6 (ИЛ-6), тоцилизумаба (ТЦЗ) – на уровни NT-проBNP и сократительную способность миокарда остается неизученным.

Материал и методы

17 пациентов с РА (14 женщин, 3 мужчины); средний возраст 60 [42; 75] лет; продолжительность заболевания 48 [6; 348] месяцев; балл по шкале DAS28 $6,27 \pm 0,99$; ревматоидный фактор (RF) + 100%; антитела к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП) + 70,6%, в открытом исследовании получали терапию ТЦЗ (8 мг/кг каждые 4 нед). Определение уровней NT-проBNP в сыворотке крови, трансторакальная ЭХО-кардиография с измерением фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и отношением Е/А проводились в исходной точке и через 12 мес наблюдения.

Результаты/обсуждение

У 2 (12%) из 17 пациентов имелись стабильная стенокардия и хроническая сердечная недостаточность (ХСН; II функциональный класс по классификации NYHA). У 6 (35%) из 17 пациентов с начальными признаками левожелудочковой недостаточности кардиотропная терапия не менялась в течение исследования. У всех пациентов исходно ФВЛЖ 66 [62; 71]%, NT-проBNP на уровне 95,3 [38; 151] пг/мл. Через 12 мес терапии ТЦЗ уровень NT-проBNP снизился (с 95,3 [38; 151] до 47,5 [29,1; 108,5] пг/мл, $p=0,011$), выросла ФВЛЖ (с 66 [62; 71] до 70 [64; 74]%, $p=0,029$). Незначительное увеличение отношения Е/А (0,84 [77; 1,09] до 1,05 [0,735; 1,095]) коррелировало со снижением уровня NT-проBNP ($r=-0,63$, $p=0,036$). Увеличение ФВЛЖ через 12 мес соотносилось со снижением активности РА по шкале SDAI ($r=-0,673$, $p<0,05$).

Выводы/заключение

Применение ТЦЗ у пациентов с активным РА в течение 12 мес наблюдения не показало признаков появления или прогрессии патологии сердца, в частности ХСН. При применении ТЦЗ снизился уровень NT-проBNP, выросла ФВЛЖ. Исследование продолжается.

АНАЛИЗ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Матчанов С.Х., Абдураззакова Д.С., Алиева К.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся гиперплазией синовиальной ткани и ее инвазией в хрящ и кость с последующей их деструкцией. В последние десятилетия заболеваемость РА непрерывно увеличивается. По литературным данным, РА страдает 1–2% популяции. Коморбидностью считают сочетание у одного больного два или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них (J.M. Valderas, et al., 2011). Проблема коморбидных состояний у пациентов с РА актуальна для современной практической ревматологии, поскольку возможное влияние сопутствующих заболеваний на течение и результаты лечения при РА остается малоизученным. РА ассоциируется с частым развитием сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), артериальной гипертензией (АГ), ожирением, дислипидемией, хронической почечной недостаточностью (ХПН), сахарным диабе-

том (СД) 2 типа. Для РА характерна наибольшая коморбидность, особенно у больных пожилого и старческого возраста. Целью нашей работы было проанализировать сопутствующую патологию у больных РА.

Материал и методы

В исследование было включено 76 пациентов с достоверным диагнозом РА по критериям ACR/EULAR (2010). Из них 63 женщины и 13 мужчин, средний возраст составил $58,6 \pm 5,1$ года, длительность заболевания $7,2 \pm 1,2$ года. Проведен анализ коморбидности при РА.

Результаты/обсуждение

Нами выявлено, что у каждого десятого больного индекс массы тела (ИМТ) соответствует ожирению. Среди пациентов с ожирением 10% лишнего веса отмечалось у 5 (71,4%) больных, а 30% – у 2 (28,6%) больных. Обнаружена прямая корреляция избыточного веса с частотой выявления гиперхолестеринемии и развитием коронарной болезни. У пациентов с ожирением и принимающих алкоголь частота гипертриглицеридемии обнаружена в 28,6%, у 32 (42,1%) больных выявляются нарушения липидного обмена, почти у 80% – АГ, причем в половине случаев АГ характеризовалась как тяжелая, у 5 (6,5%) больных выявлен СД 2 типа. У каждого больного в среднем выявлено 1–2 различных сопутствующих заболеваний.

Выводы/заключение

Метаболические нарушения, развивающиеся при РА (АГ, нарушения липидного и углеводного обмена, ожирение), тесно ассоциированы с атеросклерозом и рассматриваются как независимые факторы риска ССЗ, что, несомненно, делает РА общемедицинской проблемой, для которой характерен высокий риск фатальных сердечно-сосудистых катастроф, связанных с атеросклерозом. Это диктует необходимость оптимизации ранней диагностики сопутствующих заболеваний РА на амбулаторно-поликлиническом этапе. Следовательно, при составлении плана лечения и мониторинга больных РА необходимо учитывать наличие коморбидной патологии и внесуставных поражений как факторов, ухудшающих клиническое и рентгенологическое течение соответственно.

THE IMPACT OF TUMOR NECROSIS FACTOR α INHIBITOR TREATMENT OVER A PERIOD OF 1 YEAR ON ECHOCARDIOGRAPHIC VALUES FOR PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Makhina V.I.¹, Gaidukova I.Z.², Rebrov A.P.¹

¹V. I. Razumovskiy Saratov State Medical University, Ministry of Health of Russia, Saratov, Russia; ²North-western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

Introduction/aim

It is well known that tumor necrosis factor α (TNF α) inhibitor treatment of patients diagnosed with cardiovascular pathologies is associated with increased risk of heart failure due to increased systolic dysfunction of myocardium while origin of such heart failure remains unclear. The aim of the present study was to evaluate the changes of echocardiographic values in patients with ankylosing spondylitis without cardiovascular diseases treated with TNF-alpha during the year.

Material and methods

The test group included 94 patients with ankylosing spondylitis (AS); the selected patients were compliant with all modified New York criteria and were not diagnosed with any cardiovascular diseases at the time of study. Twenty six (26)

patients (with average age of $41,96 \pm 12,6$ years, diagnosed with AS for $16,53 \pm 10,06$ years) were treated with TNF α inhibitor (Remicade, 5 mg per kg of body weight). Sixty eight (68) patients (with average age of $41,7 \pm 12,5$ years, diagnosed with AS for $12,3 \pm 10,7$ years) did not receive any biological agent treatment. Patients from both treatment groups had comparable cardiovascular risk factors. We have studied the standard echocardiographic parameters of patients obtained via transthoracic Doppler echocardiography (ECG) twice at one year interval. First ECG readings were obtained before the start of TNF α inhibitor treatment.

Results/discussion

Patients included into the study had no evident clinical symptoms of heart failure. Both patients that received and did not receive TNF α inhibitor treatment had comparable initial ECG parameters with p value being equal or greater than 0,05. After a year of treatment, the patient treated with TNF α inhibitor had significant changes of intracardial volume such as: increased end-diastolic volume of left ventricle (LV), decreased end-systolic volume of LV, decreased ejection fraction, reduced LV myocardium mass ($p \geq 0,05$) between initial and final ECG readings for patients diagnosed with AS that did not receive TNF α inhibitor treatment. Repeated ECG readings of patients that received and did not receive TNF α inhibitor treatment also had no differences ($p \geq 0,05$ for all parameters). TNF α inhibitor treatment of patients that did not have clinical evidence of increased heart failure lead to increase of end-diastolic volume of left ventricle and decrease of its end-systolic volume and size with a tendency to increased systolic discharge and significant decrease of ejection fraction. These observations indicate of a not completely effective attempt to compensate for increased diastolic volume by increasing the systolic function of left ventricle. We believe that the most probable explanation for such fact is increased number and activity of fibroblasts against the background of persistent concentration of IL-17A and decreasing concentration of TNF α , however, such hypothesis requires further proofs.

Conclusions

TNF-alpha treatment in patients with ankylosing spondylitis without cardiovascular diseases during the year is associated with a subclinical decrease in systolic left ventricular function and an increase in diastolic dysfunction of the left ventricle.

RAYNAUD'S SYNDROME IN SYSTEMIC SCLEROSIS. THE EXPERIENCE OF USING THE METHOD OF CAPILLAROSCOPY IN DIFFUSE SCLERODERMA AT ARTHRITIS MEDICAL CENTER IN THE CITY OF SHYMKENT

Mahmudov Sh.A., Baymuhamedov Ch.T.

Medical center in the city of Shymkent, Kazakhstan

Introduction/aim

Raynaud's syndrome is one of the characteristic and early manifestations of diffuse scleroderma. The goal is to study the clinical features and severity of Raynaud's syndrome in diffuse scleroderma. and the diagnostics and all manifestations during the of the study of nailfold capillaroscopy.

Material and methods

The study included 62 patients (57 or 91,9% of women and 5 or 8,1% of men average age is $52,3 \pm 12,6$, duration of the disease is $6,7 \pm 5,4$ years). In 47 patients (75,8%), the limited form of the disease was identified in 47 patients diffusion in in 15 (24,1%). The first degree of Raynaud's syndrome was diagnosed in 62 (100%) patients. The first degree of Raynaud's syndrome

was found in 18 (29,1%) patients, the second degree was in 31 (50%), the third degree in 13 (20,9%). All patients had nailfold capillaroscopy examination.

Results/discussion

The number of capillaries in the group of diffuse scleroderma suffered patients was an average $5,7 \pm 2,3$, avascular zones – $1,4 \pm 0,8$, «bushy» capillaries – $1,5 \pm 1,2$, enlarged capillaries – $2,3 \pm 1,6$. All indicators found in patients with diffuse scleroderma were statistically different from those of healthy and patients with primary Raynaud's syndrome. We detected a statistically significant difference between the diffuse and limited forms of diffuse scleroderma based on the explicit «bushy» deformity of the vessels. Typical for the diffuse scleroderma with capillaroscopy features are varying degrees of dilated capillaries ranging from insignificant to mega capillaries, a decrease in the number of capillaries often with the formation of avascular regions, microhemorrhage which are usually associated with mega capillaries, the growth of «bushy» capillaries.

Conclusions

Currently it is generally accepted that capillaroscopy changes in patients with Raynaud's syndrome are a predictor of the development of connective tissue disease in the future (including diffuse scleroderma). Raynaud's syndrome in diffuse scleroderma has clear clinical and capillaroscopy more explicit signs in severe forms of the disease.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ДЕБЮТА ПОДАГРЫ

Михневич Э.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Введение/цель

Подагра гетерогенна как фенотипически, так и генотипически. Подагра, как правило, развивается на фоне опережденной коморбидной патологии или ее сочетании. Цель – выделить основные клиническо-патогенетические варианты дебюта подагры в зависимости от ведущей коморбидной патологии.

Материал и методы

403 пациента с подагрой длительностью до 3 лет, соответствующей классификационным критериям, включены в исследование. Регистрировали коморбидную патологию до развития подагры, при ее появлении и на момент последнего осмотра (2012–2016). Кардиоваскулярная (КВ) патология включала коронарную и аритмическую ИБС, АГ с признаками поражения органов мишеней, возникшую до развития подагры, ХСН и ОНМК. Пациенты с терминальной почечной недостаточностью после трансплантации органов не включены в исследование, так как наблюдаются в специализированных центрах.

Результаты/обсуждение

Из 403 пациентов с подагрой небольшую группу составили 5,7% ($n=23$) пациентов, у которых возникновение подагры ассоциировалось с лимфолиферативными и другими болезнями крови, ХБП, анорексией, с болезнями кишечника и после его частичной резекции. Алкогольная подагра была определена у 4 пациентов с дефицитом массы тела без другой коморбидной патологии. Пациенты с подагрой, развивающейся на фоне одного из КВ заболеваний, составили 42,7% ($n=172$). Данная группа пациентов характеризовалась началом подагры в среднем в 60 (55–64) лет. Женщины составили – 13,4% ($n=23$). 97,7% ($n=163$) пациентов страдали АГ и 14,5% ($n=25$) имели сахарный ди-

абет (СД). Метаболический синдром (МС) присутствовал в качестве 5 компонентов у 1 пациента, 4 – у 39,0% (n=67), 3 – у 34,3% (n=59), 2 – у 22,1% (n=38). Применение диуретиков и аспирина в низких дозах отмечалось соответственно у 14,5% (n=25) и 37,2% (n=64) пациентов. ХБП со снижением СКФ в 60 мл/мин выявлена у 24,4% (n=42) пациентов. У 50,6% (n=204) из них на момент начала болезни был выявлен МС или его компоненты без КВ патологии. Начало подагры у таких пациентов регистрировалось в более раннем возрасте, чем у пациентов с КВ патологией, – в 42 (35–48) года ($p < 0,001$). Доля женщин в этой группе была меньшей – 6,4% (n=13) ($\chi^2=5,28$, $p=0,022$). У подавляющего большинства – 98,5% (n=201) пациентов ИМТ > 25 кг/м² встречался чаще ($F=0,04$, $p=0,000$). АГ диагностирована в 43,6% (n=89) случаев, что значительно меньше, чем в группе с КВ патологией ($\chi^2=110,4$, $p=0,000$). Количество случаев СД также было меньшим ($\chi^2=18,56$, $p=0,000$). Повышенная концентрация ТГ в крови наблюдалась чаще, чем в первой группе ($\chi^2=15,90$, $p=0,0001$), а концентрация ЛПНП ниже нормы встречалась реже ($\chi^2=13,64$, $p=0,0002$). Доля пациентов с концентрацией МК в крови > 600 мкмоль/л была ниже, чем в предыдущей группе ($\chi^2=5,28$, $p=0,022$). Регулярное употребление алкоголя в этой группе было значительно выше – 98,5% (n=201) случаев ($F=0,486$, $p=0,012$). Что касается медикаментов, то как аспирин, так и диуретики назначались в единичных случаях для лечения АГ ($p=0,000$ для обоих) соответственно. ХБП со снижением СКФ менее 60 мл/мин не определялась ни в одном случае. В эту группу были отнесены 9 пациентов с началом подагры в возрасте до 25 лет.

Выводы/заключение

Наиболее частыми клинико-патогенетическими вариантами дебюта подагры являются метаболическая подагра и кардиоваскулярная подагра с характерными особенностями. Такое разделение подагры отражает реальную клиническую практику и позволяет лучше видеть ориентиры, на которые следует нацеливать как лечащих врачей, так и пациентов.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПОДАГРЫ

Михневич Э.А., Теттега В., Павлович Т.П.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Введение/цель

Последние годы отмечается рост заболеваемости подагрой, в связи с этим ее своевременная диагностика имеет первоочередное значение. Тем не менее в некоторых ситуациях диагностика подагры может вызывать определенные трудности, особенно у врачей первичного звена. Цель – изучить группу пациентов с затруднительным диагнозом подагрического артрита (ПА) на амбулаторном этапе.

Материал и методы

В ретроспективное исследование включено 234 пациента с ПА из 785 пациентов, госпитализированных в отделение ревматологии 11-й ГКБ с 2011 по 2016 г. Исследуемую группу составили 8,4% (n=66) пациентов, которые на амбулаторном этапе наблюдались по поводу иного заболевания, чем подагра, но в отделении ревматологии был установлен диагноз ПА, верифицирован (кристаллы моноурата натрия в синовиальной жидкости или тофусы) в 51,5% (n=34) случаев. Для сравнения выделили 1-ю группу (n=103) – пациенты, у которых диагноз подагры ревма-

толога совпадал с диагнозом врача первичного звена, 2-ю группу (n=65) – пациенты с диагнозами других артритов, соответствующими диагнозам основной группы при поступлении в стационар.

Результаты/обсуждение

66 пациентов поступили в отделение ревматологии со следующими диагнозами: реактивный артрит урогенитальный – 40,9% (n=27), гонартроз с синовитом – 19,7% (n=13), недифференцированный артрит – 16,7% (n=11), ревматоидный артрит – 13,6% (n=9), бактериальный артрит – 4,5% (n=3), псориатический артрит – 3,0% (n=2) и острый бурсит – 1 случай. При сравнении с 1-й группой в исследуемой когорте пациентов чаще отмечалось затяжное и хроническое течение данной атаки ($\chi^2=5,84$; $p < 0,02$). Что касается клинической картины, то как двустороннее поражение преимущественно суставов стопы ($F=0,205$; $p < 0,001$), так и поли- и/или олигоартикулярный тип поражения суставов также чаще встречались в изучаемой группе ($\chi^2=6,1$; $p < 0,02$). Более часто констатировали артрит крупных суставов ($\chi^2=5,41$; $p < 0,02$), особенно коленного ($\chi^2=10,26$; $p < 0,001$). При втором сравнении основной и 2-й групп после проведения логарифмической регрессии составлено уравнение: $p=1/(1+e^{-5,18+20,619*\text{тофусы}+2,0362*\text{атаки артрита в анамнезе}-2,643*\text{коленный сустав}+0,011*\text{МК}+0,103*\text{ожирение}})$ где МК – концентрация мочевой кислоты в крови > 360 ммоль/л. По уравнению трудный диагноз подагры у наших пациентов можно предсказать при $p \leq 0,835$. ROC-анализ показал высокую чувствительность – 87,9% и специфичность – 84,6% предложенной формулы (AUC- 0,930; Se – 0,051; $p < 0,001$).

Выводы/заключение

Затруднения при диагностике подагры на амбулаторном этапе связаны прежде всего с затяжным течением атаки, двусторонним, поли- или олигоартикулярным поражением суставов с частым вовлечением крупных суставов, особенно коленного. Больше половины случаев подагры трактовались как реактивные и недифференцированные артриты. Предложенное уравнение для диагностики подагры на амбулаторном этапе указывает, на какие факторы следует обратить внимание при обследовании таких пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ

АКТИВНОСТИ КСАНТИНОКСИДАЗЫ И КСАНТИНДЕГИДРОГЕНАЗЫ В ЛИЗАТАХ ЛИМФОЦИТОВ И ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ

Мозговая Е.Э.¹, Бедина С.А.¹,

Трофименко А.С.^{1,2}, Зборовская И.А.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского», ²ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) – одно из наиболее социально-значимых ревматических заболеваний. В настоящее время значительные успехи достигнуты в рамках стратегии «Лечение до достижения цели». В то же время даже тщательный подбор терапии с использованием противоревматических препаратов, обладающих разными механизмами

действия, включая генно-инженерные биологические препараты, базисные противовоспалительные препараты, не позволяет достигнуть полного излечения от недуга. В связи с этим изучение звеньев патогенеза РА, изменений, в том числе метаболического уровня, на фоне применения разных групп препаратов сохраняет свою актуальность. Цель исследования – изучить изменение активности ксантиноксидазы (КО) и ксантиндегидрогеназы (КДГ) в плазме крови и лизатах лимфоцитов больных РА при введении среднетерапевтических доз метилпреднизолона и бетаметазона.

Материал и методы

Наблюдали 47 больных РА, соответствующих диагностическим критериям ARA (1987) со II степенью активности патологического процесса по DAS28, и 35 практически здоровых людей. Больные были разделены на две сопоставимые по поло-возрастному составу и клиническим проявлениям РА группы ($p < 0,05$). Больным 1-й группы однократно внутримышечно вводился метилпреднизолон – метипред 3% 1,0 мл (30 мг), больным 2-й группы – бетаметазон, 7 мг (дипроспан 1,0 мл). Препараты вводились утром, до приема пищи и иных плановых медикаментозных средств. Активность КО (О-форма; ЕС 1.2.3.2) и КДГ (Д-форма; ЕС 1.2.1.37) определяли в образцах периферической крови, забор которых осуществлялся через 30–35 мин после введения испытуемого лекарственного препарата.

Результаты/обсуждение

У больных РА обеих групп в сравнении со здоровыми лицами в плазме крови определялась более высокая активность КО ($p < 0,001$) и более низкая активность КДГ ($p < 0,001$), в лизатах лимфоцитов – более низкая активность обоих ферментов. В плазме крови больных РА после внутримышечного введения среднетерапевтических доз глюкокортикоидных препаратов (метипреда или дипроспана), а также в лизатах лимфоцитов после введения метипреда отмечалось достоверное снижение активности КО и повышение активности КДГ, которое, однако, не позволяло изучаемым показателям достигнуть уровня нормальных значений. Тем не менее можно предположить, что на фоне введения глюкокортикоидов имело место переключение заключительного этапа пуринового метаболизма по пути утилизации гипоксантина и ксантина под воздействием КДГ. Выявленные изменения активности ферментов системы ксантиноксидаза/ксантиндегидрогеназа носят позитивный характер, поскольку ведут к снижению выработки супероксидных радикалов и, следовательно, способствуют повышению антиоксидантного потенциала больного РА. Можно предположить, что сокращение продукции активных форм кислорода наряду со свойственной глюкокортикоидам способностью к стабилизации лизосомальных и клеточных мембран также способствует сокращению образования нейтрофильных внеклеточных ловушек, которые участвуют в формировании аутоиммунного воспаления и могут выступать факторами аутоагрессии.

Выводы/заключение

1. Введение среднетерапевтических доз метилпреднизолона (метипред) и бетаметазона (дипроспан) сопровождается повышением активности КДГ на фоне снижения активности КО в плазме крови и лизатах лимфоцитов. 2. Уменьшение под воздействием глюкокортикоидов опосредованной КО продукции активных форм кислорода может оказывать позитивное действие на течение аутоиммунного воспаления при РА.

ГРУППА РИСКА ГЕПАТОТОКСИЧНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ

Мытник Е.А.¹, Михневич Э.А.², Раевнева Т.Г.², Павлович Т.П.², Тетега В.², Леончик Е.В.³

Минский клинический консультативно-диагностический центр, Минск, Республика Беларусь

Введение/цель

Лекарственно-индуцированные повреждения печени Drug Induced Liver Injury (DILI) констатируют в случае превышения более чем в 2 раза исходного уровня аланинаминотрансферазы (АлАТ) крови при приеме нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Значение минимальной гипертрансаминаземии (МГТА – превышение АлАТ до 2 норм) в настоящее время не ясно. Цель – определить сроки формирования DILI и значение МГТА при приеме НПВС у пациентов с подагрой.

Материал и методы

В ретроспективное исследование было включено 189 пациентов из 738 страдающих подагрой (25,6%). Критерии включения: наличие подагры (критерии АКР, 1977), исходно нормальный уровень АлАТ крови; повышение уровня АлАТ в процессе лечения НПВС. Критерии исключения: наличие известного заболевания печени. Включенные в исследование пациенты разделены на две группы: пациенты с МГТА ($n=101$) и пациенты с DILI ($n=88$). Возрастной состав групп – 55 (49–60) лет против 54 (44–59,5) лет, так же как и гендерный (мужчин 90,1% против 93,3%), не различался ($p < 0,05$).

Результаты/обсуждение

В группе DILI ($n=88$) мы наблюдали следующие уровни АлАТ (выраженность цитолитического синдрома): у 81,8% ($n=72$) от 2 до 3 норм; у 14,8% ($n=5$) – от 3 до 5 норм; у 3,4% ($n=3$) пациентов более 5 норм. После применения НПВС среднее значение АлАТ крови составило в этой группе 89 (75–108,5) ед. В исследуемой группе с МГТА ($n=101$) превышение нормы АлАТ крови свыше 50% от нормы было у 50,5% ($n=51$) пациентов, медиана значения АлАТ крови – 51 (47–57) ед. Длительность приема НПВС в группах составила: в группе с МГТА – 8 (5–10) дней и в группе с DILI – 10 (6–14) дней. При сравнении длительности лечения НПВС выявлена статистически значимая разница между группами ($U=3236$, $p < 0,001$). Также в группе с DILI 97,7% пациентов принимали весь период дозы НПВС выше средних ($\chi^2=19,4$; $p < 0,001$). При проведении ROC-анализа установлено, что прием НПВС в группе пациентов с подагрой в дозах выше терапевтических менее 11 дней снижает вероятность развития DILI ($AUC=0,64 \pm 0,04$, $p=0,010$, $S=47,7\%$, $Sp=82,2\%$, $OR=4,21$, $95\%CI - 3,38-5,24$).

Выводы/заключение

При купировании приступа подагры МГТА развилась у 13,7%, а DILI – у 11,9% пациентов, в целом – 25,6%. По нашим данным, МГТА формируется в срок до 11 дней приема НПВС в дозах выше средних у пациентов с подагрой, а вероятность развития DILI возрастает при превышении этого срока. В этой связи целесообразно избегать пролонгированных курсов приема высоких доз НПВС и ограничиваться 10 днями. Группу пациентов с МГТА следует рассматривать как группу риска развития DILI при назначении НПВС.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ КАЛЬЦИФИКАЦИИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Никитина Н.В.¹, Александрова Н.В.¹, Александров А.В.^{1,2}

¹ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского»; ²ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) вызывает поражение не только суставов, но и внутренних органов, среди которых до 50–60% случаев по данным аутопсии приходится на поражение сердца. При этом клинические изменения со стороны сердца, как правило, минимальны и редко выходят на первый план в общей картине основного заболевания. В связи с этим очень важно среди больных РА с патологией сердечно-сосудистой системы выделять подгруппу пациентов с признаками поражения клапанов сердца, так как данное обстоятельство существенно повышает риск не только сердечно-сосудистых осложнений (ССО) в целом, но и риск внезапной смерти. Цель работы – оценить степень выраженности кальцификации клапанов сердца по данным эхокардиографии (ЭХОКГ) и возможность использования данного критерия для прогноза прогрессирования поражения клапанного аппарата у больных РА.

Материал и методы

Было обследовано 30 больных РА в стадии выраженных клинических изменений с умеренной активностью патологического процесса (26 женщин и 4 мужчин в возрасте от 32 до 66 лет; средняя продолжительность заболевания $7,42 \pm 4,12$ года), которые составили основную группу наблюдения. В группу сравнения были включены 30 пациентов с остеоартритом (ОА) коленного сустава (22 женщины и 8 мужчин в возрасте от 38 до 64 лет; средняя продолжительность заболевания $8,25 \pm 5,39$ года). Исследование морфологических и функциональных изменений сердца и его клапанного аппарата было проведено методом ЭХОКГ на ультразвуковой диагностической системе Acuson V10 (Medison, Корея). При оценке степени кальцификации аортального (АК) и/или митрального (МК) клапанов сердца использовали следующую градацию: 0 – отсутствие кальцификации, 1-я степень – невыраженная кальцификация, 2-я степень – умеренная кальцификация, 3-я степень – выраженная кальцификация клапанов сердца.

Результаты/обсуждение

В основной группе ультразвуковые признаки кальцификации клапанов сердца (АК и/или МК) встречались достоверно чаще по сравнению с пациентами из группы сравнения (53,3% случаев против 20%; $p < 0,004$). У больных РА отмечена высокая распространенность кальцификации АК различной степени выраженности (в 40% случаев против 13,3% в группе сравнения; $p = 0,01$) и немногим менее выявляемая кальцификация МК (в 33,3% случаев против 6,7% в группе сравнения; $p = 0,005$). Следует подчеркнуть, что в основной группе мы наблюдали преобладание пациентов со 2–3-й степенью кальцификации (АК и МК в сопоставимых пропорциях) клапанов сердца (1-я стадия – у 2, 2-я – у 9, 3-я – у 5 человек), а в группе сравнения – преобладание пациентов с 1-й степенью кальцификации (преимущественно АК) клапанов сердца (1 стадия – у 5, 2-я – у 1 человека). В 20% случаев в основной группе было зафиксировано сочетанное поражение АК и МК, а в группе сравнения

таких пациентов не было. Наличие аутоиммунного хронического воспалительного процесса, являясь независимым признаком развития преждевременного атеросклероза, обуславливает наибольший риск развития ССО у больных РА и ускоряет процессы кальцификации клапанов сердца. Полученные данные указывают на необходимость регулярного ЭХОКГ обследования пациентов с РА на предмет раннего выявления морфологических и функциональных изменений сердца и его клапанного аппарата.

Выводы/заключение

Для оценки имеющихся изменений и прогноза прогрессирования клапанного поражения со стороны сердца можно использовать простой и эффективный критерий – определение степени выраженности кальцификации клапанов сердца по данным ЭХОКГ, что поможет ориентировать врача при назначении специфической терапии и профилактике ССО у больных РА.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СИМПТОМ- МОДИФИЦИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ МЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ НА ОБЪЕМ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Носков С.М., Горохова В.А., Луцкова Л.Н., Широкова Л.Ю., Лаврухина А.А., Шерина Т.А.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

Введение/цель

Целью исследования было изучить влияние применения парентеральных гликозаминогликанов (ГА) на объем синовиальной жидкости, оцениваемый при МРТ-исследовании, у больных с остеоартрозом (ОА) коленных суставов.

Материал и методы

В исследование включили 79 больных (73 женщины и 6 мужчин) со II–III стадией ОА коленных суставов в возрасте от 45 до 76 лет. В заслепленном режиме 44 больных получали двухмесячное лечение внутримышечными инъекциями ГА, 35 пациентов – плацебо. МРТ-исследование коленных суставов выполнялось на закрытом томографе высокой мощности Siemens 1,5 T в трех режимах T1, T2 и PD и трех проекциях с жироподавлением дважды с интервалом в 6 месяцев. Описание данных МРТ-исследования производил заслепленный рентгенолог. Синовиальный выпот оценивали в градациях: отсутствие, незначительный, умеренный и выраженный. Объем синовиальной жидкости в кисте Бейкера вычисляли в мл. Под уменьшением объема синовиальной жидкости в полости сустава понимали или снижение синовиального выпота, или уменьшение кисты Бейкера. С-реактивный белок (СРБ) определяли латексным иммунотурбидиметрическим методом. При статистической обработке использованы методы описательной статистики.

Результаты/обсуждение

Среди 79 пациентов после 6 месяцев наблюдения снижение объема синовиальной жидкости отмечено только у 8 (10,1%) человек, причем в группе ГА – у 8 (18,1%), в группе плацебо – у 0 (0%). Увеличение содержания синовиальной жидкости (16 (20,2%) больных), напротив, несколько преобладало в группе плацебо (13,6 и 28,6%). Объем кисты Бейкера уменьшился в группе ГА у 4 больных на 20% (с 48,2 до 38,5 мл) и увеличился в группе ГА у 4 больных на 158% (с 10,4 до 26,9 мл), плацебо – у 8 пациентов на 160% (с 6,2 до 16,3 мл). Отличались ли 8 пациентов

с уменьшением объема синовиального выпота от других 36 больных ОА, тоже получивших терапию ГА, но без подобного эффекта? В этой группе исходно была больше встречаемость умеренного и выраженного синовиального выпота (87,5 и 38,8%). Утолщение синовиальной оболочки отмечалось в 37,5 и 22,2%. Киста Бейкера обнаружена у 50 и 44% больных. Снижение толщины хряща до 1 мм и менее на бедренном отделе медиального бедренно-большеберцового сустава было выявлено в 75 и 58%, на большеберцовом участке – в 62,5 и 61%. Повреждение медиального мениска 3а и 3б стадий присутствовало в 50 и 61%, разрыв мениска – в 50 и 42%, повреждение крестообразных связок – в 37,5 и 33,3%. Трабекулярный отек костного мозга выявлен в группах в 37,5 и 75%. По уровню СРБ значимых различий между группами не выявлено.

Выводы/заключение

Таким образом, парентеральное назначение ГА может примерно у пятой части пациентов с манифестным ОА коленных суставов приводить к уменьшению объема синовиального выпота, обеспечивая тем самым возможное снижение тяжести артралгий. Для стабильного достижения подобного эффекта необходимо среди МРТ-показателей в первую очередь обращать внимание, с одной стороны, на увеличение содержания синовиальной жидкости в полости сустава, с другой – на минимизацию трабекулярного отека костного мозга. Учитывая отсутствие параллелей с динамикой СРБ, противовоспалительный механизм действия ГА в снижении синовиального выпота при данном виде терапии представляется сомнительным. В качестве альтернативных гипотез может рассматриваться изменение физико-химических свойств синовиальной жидкости или повышение биомеханической функциональности мышц-разгибателей коленного сустава.

СИМПТОМ-МОДИФИЦИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТА ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПУТИ ВВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Носков С.М.¹, Дыбин С.Д.²,
Нагибин Р.М.¹, Горохова В.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России; ²НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Ярославль, Россия

Введение/цель

Учитывая недостаточную клиническую эффективность локально применяемых стероидных препаратов у ряда больных остеоартрозом (ОА) коленных суставов, особенно в случаях вторичного синовита, а также нивелирование оптимизма в отношении терапевтических возможностей производных гиалуроновой кислоты, внимание многих практикующих артрологов привлечено к курсовому применению внутрисуставных (в/с) инъекций хондроитин сульфата (ХС). Последние применяются или изолированно в объеме 8–12 в/с инъекций дважды в неделю, но чаще в составе курсового приема, включающего дополнительно внутримышечные инъекции препарата. Основанием для такого подхода в лечении могут служить данные G.A. Bell, et al. (2012), которые показали, что на концентрацию эндогенного хондроитин сульфата у здоровых добровольцев не влиял его пероральный прием в дозировке 1200 мг. Целью исследования была оптимизация терапии ОА парентеральными формами ХС на основе анализа визуально-аналого-

вой шкалы боли (ВАШ) в группах с исходно невысоким уровнем боли (ВАШ <50 мм), умеренной болью (ВАШ от 51 до 69 мм) и сильной болью (ВАШ 70 и более мм).

Материал и методы

В исследование включили 95 больных (преимущественно женщины) ОА коленных суставов II–III рентгенологической стадии со стартовым уровнем боли по ВАШ более 40 мм. Пациентов рандомизировали в две группы. 1-я группа (n=47) получала внутримышечные введения ХС по 200 мг 3 раза в неделю на протяжении 2 мес. 2-й группе (n=48) назначалась комбинированная терапия, при которой в первый месяц больные получали по 8 в/с инъекций 200 мг ХС, а далее рекомендовался его внутримышечный прием по 200 мг 3 раза в неделю на протяжении одного месяца. Окончательную оценку клинического действия оценивали через 6 мес от начала терапии. По анализируемому параметру боли по ВАШ все пациенты были разделены на три подгруппы, численность которых составила 15, 55 и 20 больных соответственно с невысокой, умеренной и сильной болью в коленных суставах. Для статистической обработки данных использовали прикладной пакет Statistica 10.0.

Результаты/обсуждение

Из 1-й группы выбыла одна больная в связи с неэффективностью лечения, все пациенты 2-й группы завершили назначенный курс терапии. Исходно обе группы были сопоставимы по среднему уровню боли по ВАШ (60,7 и 64,2 мм, p>0,05), финальные значения оценки боли – 21,5 и 19,9 мм (p>0,05). То есть в целом явных различий между группами с внутримышечным и внутрисуставным применением ХС не выявлено. Также не выявлено различий между финальными величинами ВАШ при различных видах терапии ХС у больных с относительно низкой болью (15,3 и 15,6 мм, Z=0,4, P=0,68) и сильной болью (22,3 и 27,2 мм, Z=-0,73, P=0,46). В группе с умеренной выраженностью боли различия по критерию Манна–Уитни были достоверны (22,6 и 16,6 мм, Z=-3,28, p=0,001).

Выводы/заключение

Таким образом, у больных с относительно низкой интенсивностью суставных болей целесообразность в/с применения ХС не подтверждается клиническими данными. При умеренной величине болей в/с инъекции ХС позволяют повысить эффективность курса в/м (или пероральной) терапии ХС. При выраженных суставных болях никакие преимущества внутрисуставного введения ХС не обнаруживаются, что подчеркивает безальтернативность в данной ситуации внутрисуставного применения стероидной терапии.

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА НА ДИНАМИКУ МРТ-КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Носков С.М.¹, Луцкова Л.Н.¹, Горохова В.А.¹,
Нагибин Р.М.¹, Паруля О.М.¹, Снигирева А.В.¹,
Жомова М.В.¹, Микрюков А.А.², Речкина О.П.¹,
Башкина А.С.³

¹ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России; ²«ЛДЦ МИБС»;

³«Ярославский государственный педагогический университет» им. К.Д. Ушинского, Ярославль, Россия

Введение/цель

Негативное воздействие ожирения на развитие остеоартроза (ОА) является неоспоримым фактом. Более то-

го, выделен метаболический вариант ОА, при котором ожирение рассматривается в качестве ведущего патогенетического фактора. Целью данного исследования было установить возможную зависимость между процессом изменения массы тела и динамикой МРТ-показателей при одновременном (односезонном) шестимесячном сроке наблюдения.

Материал и методы

В исследование включили 80 больных (74 женщины и 6 мужчин) со II–III стадией ОА коленных суставов в возрасте от 45 до 76 лет. МРТ-исследование коленных суставов выполнялось на закрытом томографе высокой мощности Siemens 1,5 Т в трех режимах T1, T2 и PD и трех проекциях с жироводавлением. Описание данных МРТ-исследования производил заслепленный рентгенолог. В настоящую работу был включен анализ двух МРТ-параметров: трабекулярный отек костного мозга и содержание жидкости в полости сустава. СРБ определяли количественным методом. Для статистической обработки использованы методы описательной статистики.

Результаты/обсуждение

Исследование проводилось одновременно в осенне-зимне-весенний сезон 2017/18 г. В течение полугодового периода из исследования выпала только одна пациентка. 79 (98,8%) больных ОА завершили участие в проекте. Было выделено три группы пациентов в зависимости от изменения массы тела. В 1-й группе из 38 (48,1%) больных отмечена неизменная масса тела (86,57 кг). Во 2-й группе из 18 (22,8%) больных с исходной массой тела 84,87 кг зарегистрировано ее снижение на 6,76 кг (-7,9%). В 3-й группе из 23 (29,1%) пациентов с массой тела 85,45 кг она увеличилась на 5,89 кг (+6,9%). Снижение интенсивности трабекулярного отека костного мозга зарегистрировано в сравнимых группах в одинаковой степени – 21, 22 и 26%. Нарастание выраженности трабекулярного отека было похожем в 1-й и 2-й группах (32 и 33%), тогда как в 3-й группе частота этого явления была больше и достигла 52% ($Z=2,87$, $p<0,05$).

Выводы/заключение

Таким образом, из трех возможных вариантов динамики массы тела именно ее нарастание сопровождается негативным воздействием на внутренние структуры коленного сустава, выявляемым по нарастанию трабекулярного отека костного мозга уже в течение 6 месяцев наблюдения. В этой же группе наблюдается увеличение титра СРБ. Необходимо проведение дальнейшего анализа клинических параметров для определения первичного повреждающего фактора: или нарастания ожирения с последующим повреждением структур сустава, или первичного ухудшения структурно-функционального состояния коленного сустава с последующим боль-зависимым ограничением функционального статуса и нарастанием массы тела. Вместе с тем снижение массы тела не приводило к выраженным позитивным изменениям по сравнению с группой с неизменной массой тела.

ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТОЙКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. СПОСОБЫ ФИКСАЦИИ АРТРОДЕЗА I ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ

Нурмухаметов М.Р.¹, Макаров М.А.¹, Макаров С.А.¹, Бялик Е.И.¹, Хренников Я.Б.², Бялик В.Е.¹, Нестеренко В.А.¹, Храмов А.Э.¹, Рыбников А.В.¹, Нарышкин Е.А.¹, Павлов В.П.¹

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»; ²Клинико-диагностический центр «МЕДСИ», Москва, Россия

Введение/цель

Цель исследования – оценить эффективность хирургического лечения стойкой деформации переднего отдела стопы у больных ревматоидным артритом (РА), изучить влияние плотности костной ткани на выбор способа фиксации артродеза I плюснефалангового сустава (ПФС).

Материал и методы

Обследовано 88 пациентов (143 стопы) с РА, средний возраст – 53,8±9,5 года (18–75 лет). Все обследованные пациенты разделены на две группы. В 1-ю группу вошел 41 пациент (69 стоп), которому применялась стандартная операция – артродез I ПФС, резекция головок 2–5 плюсневых костей с фиксацией артродеза тремя спицами Киришнера. Во 2-ю группу вошли 47 пациентов (74 стопы), которым применялся модернизированный вариант операции с фиксацией артродеза I ПФС спицей Киришнера и канюлированными винтами.

Результаты/обсуждение

Исходя из оценок по опроснику AOFAS (American Orthopaedic Foot & Ankle Society), до операции клинико-функциональный статус у больных обеих групп был неудовлетворительным, а через 2,5±1,2 года он соответствовал оценке «хорошо». Хорошие результаты артродеза I ПФС у больных 1-й группы отмечены в 100% случаев, у больных 2-й группы – в 95,9% (артродез не состоялся в 3 случаях, что из общего количества прооперированных стоп составило 2,1%). Последующая ревизионная операция с фиксацией артродеза тремя спицами Киришнера оказалась эффективной.

Выводы/заключение

В результате применения дифференцированных способов фиксации артродеза I ПФС достигнут низкий процент несостоятельности артродеза – 2,1%. В ходе исследования выяснилось, что выбор способа фиксации артродеза следует осуществлять в зависимости от плотности костной ткани. При низкой плотности предпочтительнее фиксировать тремя спицами Киришнера, в остальных случаях допустима фиксация канюлированными винтами. В послеоперационном периоде обязательно ношение обуви для разгрузки переднего отдела стопы (обувь Барука) в течение не менее 1,5 месяца.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ С-ПЕПТИДА И МОДИФИЦИРОВАННЫХ ИНДЕКСОВ НОМА ПРИ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ

Нуруллина Г.И., Валеева Ф.В., Абдулганиева Д.И.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

Введение/цель

Оценка диагностической ценности С-пептида и модифицированных индексов НОМА при нарушениях углеводного обмена (НУО) на фоне пульс-терапии глюкокортикоидами (ГК).

Материал и методы

Обследовано 68 пациентов (системная красная волчанка (СКВ) – 47, системный васкулит (СВ) – 21), которые получали пульс-терапию глюкокортикоидами (ПТГК) в виде в/в капельного введения 10–15 мг/кг преднизолона в сутки на 250 мл 0,9%-го раствора хлорида натрия, 3 дня подряд; курсовая доза 1800–3000 мг. Всем пациентам проведены стандартное клинико-лабораторное обследование, пероральный глюкозо-толерантный тест (ПГТТ), а также оценка С-пептида, модифицированных индексов НОМА-IR и НОМА-islet с использованием показателя С-пептида (X. Li, et al., 2004).

Результаты/обсуждение

Проведение ПГТТ выявило, что у пациентов с СКВ, СВ, вне зависимости от нозологии, нарушения углеводного обмена при ПТГК развиваются в 33,9% случаев и проявляются в виде нарушения гликемии натощак (НГН), нарушения толерантности к глюкозе (НТГ), сахарного диабета (СД) (у 8,2; 13,3; 12,4% пациентов соответственно). У обследуемой группы пациентов с выявленными СД и НТГ значения С-пептида и индекса НОМА-IR до проведения лечения и ПГТТ были выше, чем при отсутствии НУО, что говорит о наличии исходной прогрессирующей инсулинорезистентности у данной категории больных. При СД выявлено снижение секреторной функции β-клеток, что проявлялось в виде снижения показателей индекса НОМА-islet. Анализ диагностической ценности определения С-пептида, НОМА-IR, НОМА-islet в качестве маркера НУО методом ROC-анализа показал пороговые значения для С-пептида >1049,27 (чувствительность 91,57, специфичность 88,63), НОМА-IR >3,49 (чувствительность 92,63%, специфичность 87,96%), НОМА-islet >167,58 (чувствительность 91,67%, специфичность 75,34%).

Выводы/заключение

У пациентов с СКВ, СВ, вне зависимости от нозологии, на фоне пульс-терапии ГК развиваются различные варианты нарушения углеводного обмена. Исходные уровни С-пептида, модифицированные индексы НОМА-IR и НОМА-islet могут быть использованы для определения риска развития нарушений углеводного обмена у пациентов при пульс-терапии ГК.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕГКИХ И АКТИВНОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНЫМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Нуруллина Г.И.¹, Шамсутдинова Н.Г.¹, Кириллова Э.Р.¹, Краснов А.Е.¹, Суриков А.А.¹, Абдулганиева Д.И.¹, Мингазова Л.И.², Сухорукова Е.В.², Закиров Р.Х.²

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», ²ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава РТ, Казань, Республика Татарстан

Введение/цель

Частота поражения легких при системных ревматических заболеваниях достигает 50% (Е.Л. Насонов, 2014). Жизненный и социальный прогноз во многом зависит от скорости и степени вовлечения легких в патологический процесс (Е.А. Трофимов, 2014), причем именно интерстициальное поражение легких является непосредственной причиной смерти у 15–20% пациентов (Р.С. Сайковский, 2010, Д.Е. Каратеев, 2014). Цель исследования – оценить функциональное состояние легких и особенности взаимосвязи активности заболевания с показателями функции внешнего дыхания у пациентов с ревматическими заболеваниями с вторичным поражением легких.

Материал и методы

В исследование было включено 30 пациентов с ревматическими заболеваниями: смешанные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) – 4 пациента, системный васкулит (СВ) – 20 пациентов, ревматоидный артрит (РА) – 6 пациентов, которые проходили стационарное лечение в ГАУЗ РКБ МЗ РТ. У всех пациентов были диагностированы и КТ-верифицированы интерстициальные поражения легких по типу неспецифической интерстициальной пневмонии. Средний возраст пациентов составил 56,55±10,59 (от 22 до 77 лет), длительность заболевания – 2,3±1,2 года. Для оценки активности и фазы клинического течения основного заболевания в исследовании были применены следующие индексы и шкалы: индекс повреждения VDI, Бермингемская шкала активности системных васкулитов (BVAS), шкала активности РА (DAS28 – CRP). Функциональное состояние легких оценивалось с помощью спирометрии, бодиплетизмографии, диффузии газов «одиночный вдох». В качестве нагрузки был использован тест с 6-минутной ходьбой.

Результаты/обсуждение

Среди обследуемых пациентов в тяжелом обострении основного заболевания находилось 66% пациентов, в умеренном – 20%, легкое обострение диагностировано в 14% случаев. У большинства (86%) больных установлена высокая активность ревматического заболевания. У всех пациентов выявлена дыхательная недостаточность (ДН) разной степени тяжести: группа с ДН 1 ст. составила – 10 пациентов, ДН 2 ст. – 14 пациентов, ДН 3 ст. – 6 пациентов. Выявлено, что в группе пациентов с высокой активностью ревматического заболевания после теста с 6-минутной ходьбой статистически значимо снижались показатели функционального состояния легких (p<0,05).

Выводы/заключение

У пациентов с системными ревматическими заболеваниями с вторичным поражением легких отмечается ухудшение показателей функционального состояния легких после нагрузочного теста, что может свидетельствовать о снижении функционального резерва легких. При этом для пациентов с высокой активностью ревматических заболеваний

характерно более выраженное проявление дыхательной недостаточности и ее ухудшение после нагрузки, что может привести к прогрессирующей потере функции легких с развитием необратимого органного повреждения и скорейшей декомпенсации с крайне неблагоприятным исходом.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ДИГИТАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ЗА ПЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ

Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П.

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

Введение/цель

Интерстициальное поражение легких (ИПЛ) у пациентов с системной склеродермией (ССД) является, наряду с легочной гипертензией, одной из ведущих причин смерти. Однако до сих пор неизвестны предикторы исхода заболевания у пациентов с ССД и ИПЛ. Цель – оценить ассоциацию между цифровой ишемией (ДИ) и динамикой таких показателей функциональных легочных тестов (ФЛТ), как форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) и диффузионная способность легких (ДСЛ), у пациентов ССД и ИПЛ.

Материал и методы

В исследование было включено 83 пациента с достоверным диагнозом ССД и ИПЛ (средний возраст на момент включения составил $46,2 \pm 13,4$; давность заболевания от первого не-Рейно синдрома – $7,4 \pm 6,6$, с лимитированной формой – 69%; женщины составили 93%). Длительность наблюдения составила $58,9 \pm 11,4$ месяца. С помощью компьютерной томографии высокого разрешения (КТВР) органов грудной клетки пациенты были разделены на три группы: 1-я группа (16 пациентов) с положительной динамикой; 2-я группа (39 пациентов) без динамики и 3-я группа (22 пациента) с отрицательной динамикой по КТВР.

Результаты/обсуждение

В конце исследования уровень ФЖЕЛ достоверно вырос у всех пациентов без ДИ ($n=54$) с $88,5 \pm 19$ до $96 \pm 23\%$ ($p < 0,05$); в 1-й группе с $92 \pm 20,5$ до $106 \pm 19\%$ ($p < 0,05$); во 2-й группе с 87 ± 18 до $94 \pm 23,5\%$ ($p < 0,05$) и только в 3-й группе показатели ФЖЕЛ оставались стабильными (88 ± 22 и $87 \pm 24,5$) ($p > 0,05$). Средний уровень показателей ФЖЕЛ у всех пациентов с ДИ не менялся (88 ± 14 и $86 \pm 16\%$, $p > 0,05$) и только в 3-й группе значения ФЖЕЛ имели тенденцию к снижению (с $83 \pm 12,5$ до $74 \pm 13\%$) ($p > 0,05$). За пятилетний период наблюдения значения ДСЛ достоверно снизились у всех пациентов независимо от наличия ДИ. Однако в 1-й группе снижение ДСЛ было незначительное. Значения ДСЛ снизились во 2-й группе у пациентов без ДИ ($n=24$) – с 65 ± 16 до $60 \pm 11\%$ ($p < 0,05$) и у пациентов с ДИ ($n=14$) с 61 ± 15 до $57 \pm 14\%$ ($p < 0,05$) и в 3-й группе у пациентов без ДИ ($n=13$) значения ДСЛ снизились с 55 ± 15 до $48 \pm 15\%$ ($p < 0,05$), а у пациентов с ДИ ($n=9$) – с 50 ± 20 до $44,5 \pm 15\%$ ($p < 0,05$).

Выводы/заключение

У пациентов без ДИ средние значения ФЖЕЛ достоверно выросли за пятилетний период наблюдения. Самые низкие значения ФЖЕЛ и ДСЛ были выявлены в группе с отрицательной динамикой ИПЛ по данным КТВР как на момент, так и в конце исследования.

СОПОСТАВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И СКОРОСТИ ОСЕДАНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ С ПАРАМЕТРАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ И ИНДЕКСОМ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ ЗА ПЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ

Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П.

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

Введение/цель

Системная склеродермия (ССД) – прогрессирующее полисиндромное заболевание с характерными изменениями кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов. Плохой прогноз ССД ассоциируется с тяжелым поражением внутренних органов и диффузным поражением кожи, причина смерти в 55% случаев связана со склеродермическим поражением внутренних органов, из них на долю интерстициального поражения легких (ИПЛ) приходится 19% [A.J. Tundall, et al., 2010]. Цель – оценить взаимосвязь таких маркеров воспаления, как вчСРБ и СОЭ с параметрами функциональных легочных тестов (ФЛТ) и индексом активности (ИА) у пациентов с ССД и ИПЛ за длительный период наблюдения.

Материал и методы

В исследование было включено 77 пациентов с достоверным диагнозом ССД и ИПЛ (средний возраст на момент включения составил $46,2 \pm 13,4$; давность заболевания от первого не-Рейно синдрома – $7,4 \pm 6,6$ года, 69% с лимитированной формой; женщины составили 93%). Длительность наблюдения составила $58,9 \pm 11,4$ месяца. С помощью компьютерной томографии высокого разрешения (КТВР) органов грудной клетки пациенты были разделены на три группы: 1-я группа (16 пациентов) с положительной динамикой; 2-я группа (39 пациентов) без динамики и 3-я группа (22 пациента) с отрицательной динамикой по КТВР. В обследование входило определение: высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ), скорости оседания эритроцитов (СОЭ), проведение ФЛТ (определение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и диффузионной способности легких – ДСЛ), определение индекса активности.

Результаты/обсуждение

В результате исследования не было найдено достоверных различий между группами по гендерной принадлежности, по форме и длительности заболевания. Средний уровень вчСРБ и СОЭ достоверно не менялся в течение исследования. Была выявлена прямая корреляция между средним уровнем вчСРБ и СОЭ у всех пациентов при включении и в конце исследования ($R=0,45$ и $R=0,4$ ($p < 0,05$) и $R=-0,42$ ($p < 0,05$) соответственно); во 2-й и 3-й группах в конце исследования ($R=-0,34$ ($p < 0,05$) и $R=-0,47$ ($p < 0,05$)] соответственно). Значения вчСРБ обратно коррелировали с ФЖЕЛ только в конце исследования у всей когорты больных ($R=-0,42$; $p < 0,05$) и во 2-й группе ($R=-0,47$; $p < 0,05$). Также имели прямую корреляцию с показателями ИА все пациенты 2-й и 3-й групп в конце исследования ($R=0,58$ ($p < 0,0001$), $R=0,46$ ($p < 0,01$) и $R=0,77$ ($p < 0,001$) соответственно). В то время как средние значения СОЭ обратно коррелировали только с ДСЛ

и только при поступлении во всей когорте пациентов ($R=-0,43$; $p<0,05$), в 1-й группе ($R=-0,66$; $p<0,05$) и во 2-й группе ($R=-0,39$; $p<0,05$). А также прямую корреляцию с показателями ИА в конце исследования и только на всей когорте больных ($R=0,309$; $p<0,01$).

Выводы/заключение

Средние значения вЧСРБ лучше коррелируют с показателями функциональных легочных тестов и индексом активности, чем средние значения СОЭ. Таким образом, вЧСРБ более точно отражает тяжесть заболевания.

THE EFFICIENCY OF DIACEREIN IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS, TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND OBESITY

Oleinik M.A., Zhuravleva L.V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Introduction/aim

To study the influence of diacerein on dynamics of inflammation markers (cytokine and C-reactive protein) and the course of disease in patients with osteoarthritis (OA) combined with type 2 diabetes mellitus (T2DM) and high body mass index.

Material and methods

A total of 35 patients (10 men and 25 women, mean age $57,51 \pm 1,13$ years) were examined in Kharkiv Regional Hospital. All patients had OA, combined with T2DM and obesity. Baseline characteristics of patients included history of OA ($8,29 \pm 0,57$ years) and T2DM ($8,45 \pm 0,80$ years). X-ray examination of the knees was performed for all patients. Also, patients were evaluated by the anthropometric data, global knee pain [visual analog scale (VAS)], the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) (scoring of pain, stiffness, lack of joint function and total score). The survey plan included: level of C-reactive protein (CRP), indices of carbohydrate exchange (insulin, glucose, HbA1C, HOMA-IR). The level of TNF- α and IL-1 β was determined by ELISA. level of HbA1C was $<7,5\%$ in all patients. Patients were assigned for diacerein, 50 mg 1 time per day during the first two weeks and then 50 mg twice daily for 3 months. All of the reported adverse events were documented during the study period.

Results/discussion

The effect of treatment was observed in 4–5 weeks and increased throughout the treatment period. The efficacy of treatment was evaluated by WOMAC-index. Obtained data demonstrated that diacerein was associated with a significant reduction of pain intensity and stiffness in 3 months (-36% , and $-12,5\%$, respectively). The improvement in functional abilities by WOMAC index (functional insufficiency) was significantly better with diacerein by day 90, 23,2% respectively. However, it should be noted, that patients with obesity grade III demonstrated no significant improvement of the pain level by WOMAC scale, although improvement of the functional state and decreased stiffness of the joints was present. CRP level decreased significantly from $17,54 \pm 2,58$ mg/ml to $5,66 \pm 1,98$ mg/ml ($p=0,003346$) within 3 months after treatment. The levels of proinflammatory cytokines underwent significant changes as the result of treatment: IL-1 β decreased from $84,23 \pm 0,98$ to $78,77 \pm 1,47$ ($p=0,002105$), TNF- α decreased from $91,85 \pm 0,85$ to $84,31 \pm 1,91$ ($p=0,001474$). Diacerein was generally well tolerated. During the 3-months follow-up period there were 2 adverse events, which were associated with diarrhea, but only 1 patient needed cessation of therapy. Diacerein had no negative effects on the course of T2DM.

Conclusions

Obtained data suggest that diacerein is an effective agent for treatment of knee OA. Diacerein has a positive effect on the reduction of pain and improvement in functional abilities of patients with OA and concomitant T2DM and obesity. Treatment with diacerein is associated with decrease of proinflammatory cytokines in blood. In addition, the drug is well tolerated by patients.

ЗНАЧЕНИЕ КОНСТАНТНЫХ МАРКЕРОВ В ОЦЕНКЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Омельченко В.О.^{1,2}, Летьгина Е.А.¹, Шевченко А.В.¹, Коненков В.И.¹, Поспелова Т.И.², Королев М.А.¹

¹НИИ клинической и экспериментальной лимфологии – филиал ИЦиГ Сибирского отделения РАН; ²Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся эрозивным артритом и сопутствующими системными проявлениями. Больные РА демонстрируют превышение показателей смертности по сравнению с общей популяцией, что связано главным образом с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Имеющиеся шкалы недостаточно адекватно оценивают уровень сердечно-сосудистого риска, что связано как с особенностями течения кардиальной патологии при РА, так и с тем, что разработка рискометров должна носить популяционно ориентированный характер. С учетом тенденции к внедрению средств ранней профилактики необходима разработка рискометров с константными маркерами, позволяющими рано выделять группы высокого риска. Целью настоящей работы было разработать модель для выделения группы высокого сердечно-сосудистого риска у больных РА.

Материал и методы

После подписания добровольного информированного согласия в исследование включены 212 больных РА, жителей Новосибирской области (диагноз выставлен на основании критериев ACR 1987 г.). Средний возраст – 58 лет [48; 65], доля женщин – 85,4%. Дебют заболевания – 47 лет [33; 57]. Серопозитивность по РФ – 91,5%. Большинство пациентов были с умеренной и высокой степенью активности РА – DAS28 $4,96$ [3,86; 5,85]. Распределение по степени рентгенологических нарушений: I стадия – 5,7%; II стадия – 37,3%; III стадия – 33,5%; IV стадия – 23,6%. Определение носительства однонуклеотидных полиморфизмов генов цитокинов (TNFA G-308A, TNFA C-863A, TNFA G-238A, IL6 G-174C) проводилось с помощью рестрикто-анализа длин продуктов амплификации. Всем пациентам проведены общеклиническое обследование, определение показателей липидного спектра. Наличие атеросклеротической бляшки (АСБ) по данным УЗДГ БЦА использовано в качестве суррогатного маркера высокого сердечно-сосудистого риска. Статистическая обработка результатов включала методы описательной статистики, непараметрические методы анализа и логистическую регрессию.

Результаты/обсуждение

Наличие атеросклеротической бляшки выявлено у 59 (27,8%) больных, при этом данная группа была значимо старше (66 [59; 73] против 55 [42; 61] лет, $p<0,001$). При построении логистической регрессионной модели основны-

ми факторами, помимо возраста ($B=0,123$, $p<0,001$), влияющими на формирование АСБ, были артериальная гипертензия ($B=3,114$, $p<0,001$), курение ($B=2,167$, $p<0,001$), РФ-позитивность ($B=1,674$, $p=0,038$), наличие мутантного аллеля А в позиции TNFA C-863A ($B=1,338$, $p=0,005$), индекс массы тела ($B=-0,098$, $p=0,019$). Константа: $-10,562$. Показатели для модели: $-2\text{Log правдоподобие} = 146,53$, R квадрат Кокса и Снелла $= 0,388$, R квадрат Нэйджелкера $= 0,559$. Площадь под ROC-кривой $0,90$.

Выводы/заключение

Подтверждено значимое влияние возраста, артериальной гипертензии, курения на прогрессию атеросклеротического поражения БЦА. Позитивность по РФ и носительство мутантного аллеля А в позиции TNFA C-863A ассоциировано с наличием АСБ у больных РА. Разработанная модель может быть использована для выделения групп высокого риска у больных РА после ее дополнительной проверки на тестовой группе больных.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛУЧЕЗАПЯСТНЫХ СУСТАВОВ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХОНДРОКАЛЬЦИНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ АРТРОПАТИЯМИ

Осипянц Р.А.¹, Елисеев М.С.², Владимиров С.В.², Ильиных Е.В.²

¹Российский университет дружбы народов;

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

Введение/цель

Сонография играет важную роль в ранней диагностике пирофосфатной артропатии (ПФА). Имеются данные о том, что ПФА ассоциируется с другими ревматическими заболеваниями [1,2]. Цель – изучение частоты ультразвуковых (УЗ) признаков хондрокальциноза в треугольном фиброзно-хрящевом комплексе (ТФХК) запястья у пациентов с различными артропатиями.

Материал и методы

40 пациентов были включены в исследование и разделены на 4 группы (по 10 в каждой группе): основная – пациенты с ПФА (кристалл-верифицированная; медиана возраста $58,5$ (IQR $45–63$) года; 6 мужчин, 4 женщины) и контрольные – пациенты с ревматоидным артритом (РА, ACR/EULAR 2010; возраст $50,5$ ($44–56$) года; 3 мужчины, 7 женщин), псориатическим артритом (ПсА, CASPAR критерии; возраст 50 ($37–59$) лет; 3 мужчины, 7 женщин), здоровые добровольцы (возраст $37,5$ ($33–55$) года; 3 мужчины, 7 женщин). Все участники исследования были сопоставимы по полу и возрасту с основной группой. УЗ-исследование (УЗИ) суставов (Voluson-I, (GE, USA), датчик $4–13$ МГц) проводилось одним независимым оператором. Для верификации гиперэхогенных депозитов оценивался ТФХК запястья согласно УЗ-критериям ПФА [3]. Тест Манн–Уитни применяли для оценки межгрупповых различий.

Результаты/обсуждение

У всех пациентов с ПФА были обнаружены УЗ-признаки хондрокальциноза по меньшей мере в одном суставе. В контрольной группе гиперэхогенные депозиты были верифицированы у 6 из 10 пациентов с РА (60 против 100%, $p=0,029$), у 2 – с ПсА (20 против 100%, $p<0,01$).

Выводы/заключение

УЗИ ТФХК – чувствительный и специфичный метод диагностики ПФА. Выявлена высокая частота хондро-

кальциноза ТФХК у пациентов с РА. Полученные результаты позволяют предположить взаимосвязь хондрокальциноза с РА. Однако необходимы дальнейшие исследования.

ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПРИЗНАКОВ ДЕПОНИРОВАНИЯ КРИСТАЛЛОВ МОНОУРАТА НАТРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПИРОФОСФАТНОЙ АРТРОПАТИЕЙ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛАБОРАТОРНЫМИ ДАННЫМИ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ И РЕЗУЛЬТАТАМИ ОЦЕНКИ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ

Осипянц Р.А.¹, Елисеев М.С.², Владимиров С.В.², Ильиных Е.В.², Смирнов А.В.²

¹Российский университет дружбы народов;

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

Введение/цель

Ассоциация между подагрой и хондрокальцинозом хорошо известна. Цель работы – оценить распространенность ультразвуковых (УЗ) признаков депонирования кристаллов моноурата натрия (МУН) у пациентов с пирофосфатной артропатией (ПФА) и исследовать взаимосвязь между уровнем мочевой кислоты крови, результатами микроскопии синовиальной жидкости, рентгенологическими (R) и УЗ-данными.

Материал и методы

85 пациентов (52% мужчин) с ПФА (критерии McCarty; медиана возраста $58,5$ [IQR $50,5–65$] года) были обследованы. Уровень мочевой кислоты определяли в течение периода наблюдения. УЗ-исследование (УЗИ) суставов (Logiq 9, GE, датчик 9 МГц) проводилось одним независимым оператором, оценивался гиалиновый хрящ коленных суставов, II–V пястно-фаланговых суставов и I плюснефалангового сустава. Наличие «двойного контура» свидетельствовало в пользу депонирования кристаллов МУН [1,2]. Анализ синовиальной жидкости проводился с помощью поляризационной микроскопии в день УЗИ суставов. R-графия коленных суставов выполнялась в двух проекциях у всех пациентов. Оценивались R-признаки остеоартрита (ОА) в тиббиофemorальном (ТФ) и пателлофemorальном (ПФ) компартаментах (по J. Kellgren и J. Lawrence (KL), стадия ≥ 2).

Результаты/обсуждение

В 44% случаев (38/85) констатированы R-признаки ПФ ОА, в 9% (16/85) – ТФ ОА, в 10,5% (9/85) – ТФ + ПФ ОА. 35 из 85 (41%) пациентов имели высокий уровень мочевой кислоты (более 6 мг/дл или 357 мкмоль/л), из которых 21 (60%) пациенту выполнено УЗИ суставов. Частота УЗ-признаков «двойного контура» (по крайней мере в I суставе) у пациентов с гиперурикемией составила 81% (17/21). Обнаружена значимая позитивная корреляция уровня мочевой кислоты крови с УЗ-признаками «двойного контура» (Spearman's $r=0,532$, $p<0,05$) и R-картиной ПФ ОА ($r=0,291$, $p<0,05$). Кристаллы МУН были обнаружены у 4 из 17 (23,5%) пациентов.

Выводы/заключение

УЗ-признаки «двойного контура» в суставах достоверно коррелируют с уровнем урикемии и, следовательно, УЗИ суставов может быть использовано как чувствительный неинвазивный метод для оценки нарушений пуринового обмена у пациентов с микрокристаллической артропатией. Гиперурикемия у пациентов с ПФА ассоциирована с R-проявлениями ПФ ОА.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФНО α И ИЛ-6 У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, НЕ ПОЛУЧАЮЩИХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Панафидина Т.А., Попкова Т.В., Насонов Е.Л.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия
Введение/цель

В основе патогенеза системной красной волчанки (СКВ) лежит патологическая активация В- и Т-лимфоцитов, сопровождающаяся гиперпродукцией аутоантител и цитокинов. Фактор некроза опухоли α (ФНО α) и интерлейкин-6 (ИЛ-6) обладают не только провоспалительными, но и иммунорегуляторными эффектами с дифференциальным воздействием на В- и Т-лимфоциты.

Материал и методы

Включено 28 пациентов с СКВ (в соответствии с критериями ACR, 1997) – 86% женщин, медиана возраста 30,0 [26,0; 33,5] лет, не получавших на момент включения глюкокортикоиды, цитостатические и генно-инженерные биологические препараты, 3 (11%) из них принимали гидроксихлорохин 200 мг/сут. Это были пациенты, как первые заболевшие СКВ, так и длительно болеющие, но отменившие назначенную ранее терапию. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров, сопоставимых с больными по возрасту и полу. Активность болезни оценивали по шкале SLEDAI-2K, необратимые повреждения – по SLICC/DI. Концентрацию ФНО α и ИЛ-6 (пг/мл) определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (Bender MedSystem GmbH, Австрия).

Результаты/обсуждение

Медиана длительности СКВ составила 15 [6–48] мес, SLEDAI-2K – 10 [7–19], SLICC/DI – 0 [0–0] баллов. Основными клиническими проявлениями СКВ были гематологические нарушения (61%), поражение почек (57%), суставов (54%) и кожи (50%). Все пациенты имели иммунологические нарушения: позитивный антинуклеарный фактор (АНФ) выявлен у 100%, антитела к двуспиральной ДНК (анти-дс-ДНК) – у 79% больных СКВ. Пациенты с СКВ по сравнению с группой контроля имели повышенную концентрацию ИЛ-6: 2,78 [1,62–7,48] vs 1,37 [0,72–2,12] пг/мл, $p < 0,01$ и сниженную ФНО α : 1,44 [0,17–2,23] vs 4,46 [3,51–6,37] пг/мл, $p < 0,00001$). У больных СКВ уровень ИЛ-6 положительно коррелировал с концентрацией щелочной фосфатазы ($r=0,63$, $p < 0,05$), К+ ($r=0,53$, $p < 0,05$) и ФНО α ($r=0,46$, $p < 0,05$). Выявлена положительная корреляция концентрации ФНО α с уровнем АСТ ($r=0,38$, $p < 0,05$), глюкозы ($r=0,43$, $p < 0,05$), гемоглобином ($r=0,37$, $p < 0,05$), ИЛ-6 ($r=0,46$, $p < 0,05$) и APRIL ($r=0,40$, $p < 0,05$). Пациенты были разделены на две группы по значению индекса активности SLEDAI-2K: 1-я группа ($n=19$) – пациенты с высокой и умеренной активностью (SLEDAI-2K ≥ 8), 2-я ($n=9$) – с низкой (SLEDAI-2K < 8). Различий в концентрации ИЛ-6 и ФНО α в обеих группах не обнаружено.

Выводы/заключение

У пациентов с СКВ выявлен высокий уровень ИЛ-6 ($p < 0,01$) и низкий ФНО α ($p < 0,00001$) по сравнению со здоровыми донорами. Ассоциации уровня данных цитокинов с клиническими проявлениями СКВ (поражением кожи, слизистых оболочек, почек, нервной системы, артритом, серозитом, гематологическими нарушениями), с иммунологическими показателями, специфичными для СКВ,

а также с маркерами воспаления (СРБ, СОЭ) не обнаружено. Возможно, ИЛ-6 и ФНО α оказывают иммунорегуляторный, но не провоспалительный эффект у пациентов с СКВ. Предполагается вероятная протективная роль ФНО α в патогенезе СКВ, т.к. согласно единичным исследованиям его дефицит (или терапевтическая блокада) может приводить к развитию СКВ.

РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Петров В.С.
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Рязань, Россия
Введение/цель

Целью исследования была оценка распространенности синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у пациентов с ревматической болезнью сердца (РБС) и его влияние на заболевание.

Материал и методы

В исследование включено 165 пациентов с приобретенным митральным стенозом, которым проведена оценка факторов риска СОАС, храпа и дневной сонливости. Для выявления СОАС выполнялся кардиореспираторный мониторинг. В оценке функционального класса хронической сердечной недостаточности (ХСН) применялся тест 6-минутной ходьбы. Дополнительно пациентам проводилась оценка качества жизни по опроснику SF-36 и применялись шкалы оценки тревоги и депрессии.

Результаты/обсуждение

При оценке факторов риска СОАС выявлено: заболеваний ЛОР-органов (увеличение миндалин и небного язычка, носовой обструкции, ретро и микрогнатии), которые могли бы приводить к развитию СОАС, у пациентов не зафиксировано. Пациенты относились к европеоидной расе. Данных за гипотиреоз не получено. Транквилизаторы и снотворные средства в терапии пациентов не применялись. Курильщики составили 9,8% (15 человек); злоупотребляющих алкоголем не было. Средний рост больных – 163,46 \pm 0,6 см, масса тела – 78,64 \pm 1,13 кг и средний индекс массы тела составил 29,43 кг/м² (избыточная масса тела). Таким образом, большинства факторов риска развития СОАС у пациентов, включенных в исследование, не определялось. По результатам кардиореспираторного мониторинга пациенты были разделены на четыре группы: с нормальным значением индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) – 14,5% (24 пациента); легкая степень СОАС (ИАГ 5–14) – 58,1% (96 пациентов); умеренная степень СОАС (ИАГ 15–29) – 16,3% (27 пациентов); тяжелая степень СОАС (ИАГ 30 и более) – 10,9% (18 пациентов). При снижении дистанции теста 6-минутной ходьбы у пациентов с РБС (с 395,8 \pm 22,74 до 226,21 \pm 22,23 м) статистически значимо снижался ИАГ. При этом у всех пациентов в группе без СОАС была фибрилляция предсердий (ФП) и статистически значимо меньшие размеры площади митрального отверстия – 1,17 \pm 0,07 см². Одышка по ВАШ у пациентов в группе без СОАС была выше – 53,0 \pm 5,3 мм, однако данные были статистически незначимы. Достоверной разницы по данным опросника качества жизни SF-36, шкалам тревоги и депрессии не получено. Проведение холтеровского мониторирования показало статистически значимо большую частоту 2-секундных пауз на фоне ФП и большее количество желудочковых экстрасистол в группах пациентов с СОАС. Показатели эхокардиографии также различа-

лись в четырех группах: пациенты без СОАС имели достоверно большие линейные размеры левого предсердия и меньшие линейные размеры левого желудочка, чем пациенты с СОАС. При этом площадь митрального отверстия (S Mo) у пациентов с СОАС была достоверно больше, чем S Mo исследуемых без СОАС ($1,17 \pm 0,07$ см). С учетом меньшей дистанции по тесту по тесту 6-минутной ходьбы у пациентов без СОАС можно говорить о том, что в группу исследуемых с ИАГ менее 5 вошли пациенты с не начавшейся дилатацией полости сердца.

Выводы/заключение

Таким образом, у пациентов с РБС имеет место высокая распространенность СОАС – 85,5%. Выраженность ИАГ у пациентов с РБС статистически значимо снижается при уменьшении дистанции теста 6-минутной ходьбы. При этом СОАС не влияет на качество жизни, выраженность тревоги и депрессии у пациентов с РБС, что может быть связано с влиянием ХСН на эти показатели. Наличие СОАС у пациентов с РБС влияет на замедление атрио-вентрикулярного проведения и увеличение числа желудочковых экстрасистол.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ

Петров А.В.¹, Белоглазов В.А.¹, Гаффарова А.С.¹, Гнатенко Т.Г.²

¹Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»; ²Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Симферополь, Россия

Введение/цель

Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое ревматическое заболевание неизвестной этиологии с непредсказуемым течением. В настоящее время не идентифицированы надежные маркеры прогноза развития тяжелых проявлений СКВ. В ранней стадии заболевания в аутоиммунный процесс вовлекаются многие органы и системы организма, в том числе и система крови. В частности, у 10–15% больных СКВ в дебюте заболевания наблюдается тромбоцитопения. Целью исследования является оценка ассоциации тромбоцитопении с другими симптомами и синдромами СКВ и частотой идентификации антиядерных антител.

Материал и методы

В основу исследования был положен анализ клинических и иммунологических данных 70 больных СКВ, соответствовавших критериям ACR. Из них у 22 больных в первые три года от манифестации СКВ наблюдалась тромбоцитопения, а у 48 больных гематологические проявления СКВ отсутствовали.

Результаты/обсуждение

У пациентов с тромбоцитопенией по сравнению с остальными больными СКВ достоверно чаще были выявлены: поражения центральной нервной системы (27,27 против 2,08%, $p < 0,05$), активный нефрит (9,09 против 0%, $p < 0,01$), активный нефрит (45,46 против 20,83%, $p < 0,05$), эндокардит Либманна–Сакса с развитием пороков митрального и аортального клапанов (22,72 против 8,16%, $p < 0,05$), перикардит (18,18 против 8,33%), пульмонит (31,82 против 12,25%, $p < 0,05$) и антифосфолипидный синдром (31,82 против 8,16%, $p < 0,05$). В частоте встречаемости дерматита (54,55 против 65,31%, $p > 0,05$) и синдрома

Рейно (40,91 против 32,65%, $p > 0,05$) статистически значимых различий не выявлено. У больных с тромбоцитопенией по сравнению с остальными больными СКВ достоверно чаще ($p < 0,05$) определялись антитела к двуспиральной ДНК (53,3 против 37%), рибосомальному протеину (9,1 и 5,6%), RNP (18,2 и 11,1%) и фосфолипидам (20 против 11,1%), и достоверно реже ($p < 0,05$) определялись антитела к антигенам SSA (18,2 против 61,1%) и SSB (9,1 против 22,2%).

Выводы/заключение

Таким образом, появление тромбоцитопении в раннем периоде СКВ ассоциировано с повышением риска развития аутоиммунного поражения центральной нервной системы, почек, сердца и сосудов, что сопровождается увеличением частоты синтеза антител к нативной ДНК, рибосомальному протеину, RNP и фосфолипидам.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АЦЕКЛОФЕНАКА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКОГО МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «НОТА»

Погожева Е.Ю., Каратеев А.Е., Амирджанова В.Н., Филатова Е.С., Лиля А.М.

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

Введение/цель

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) активно используются в клинической практике как действенное и удобное средство для купирования боли, вызванной повреждением и воспалением. Особенно широко эти лекарства применяют для лечения неспецифической боли в спине (НБС) и остеоартрита (ОА) – заболеваний, с которыми связано наибольшее число эпизодов развития острой и хронической скелетно-мышечной боли в современной популяции. Цель исследования – определить эффективность и переносимость ацеклофенака у пациентов с ОА и НБС в реальной клинической практике.

Материал и методы

Эффективность 2-недельного курса НПВП при ОА и НБС в реальной клинической практике определялась в ходе открытого наблюдательного исследования «НОТА» (НПВП для обезболивания: терапевтический анализ). Наблюдаемую группу составили 3604 больных ОА и НБС (60,6% женщин и 39,4% мужчин, средний возраст – $55,0 \pm 13,4$ года). Согласно дизайну работы оценивались результаты применения ацеклофенака (Аэртал®) и любых других НПВП, назначенных лечащими врачами, в соотношении 1 : 1. Критерием эффективности служила частота полного купирования болевого синдрома через 2 недели после начала терапии. Дополнительно определялась динамика боли и самочувствия по 10-балльной числовой рейтинговой шкале (ЧРШ).

Результаты/обсуждение

Ацеклофенак получали больше половины больных (54,9%). Другими наиболее часто назначаемыми препаратами были: мелоксикам (13,7%), эторикоксиб (7,1%) целекоксиб (5,9%), нимесулид (5,8%), а также диклофенак (2,0%), кетопрофен (1,9%), лорноксикам (2,2%), напроксен (2,1%) и другие НПВП (4,4%); 56,2% больных получали миорелаксанты, в основном толперизон (74,7%), витаминные группы В (10,4%), а также ингибиторы протонной помпы (42,8%). В целом по группе купирование боли было достигнуто у 54,8% пациентов. Снижение уровня боли

и улучшения общего самочувствия составило (по ЧРШ) $63,9 \pm 13,4$ и $61,7 \pm 14,8\%$ соответственно. Эффективность ацеклофенака оказалась несколько выше, чем во всей группе: при его использовании боль купирована у 59,9% больных. Нежелательные явления при назначении ацеклофенака отмечены у 2,3% больных, других НПВП – от 2,4 до 14,1%.

Выводы/заключение

НПВП являются основным средством анальгетической терапии при ОА и НБС. В исследовании показана эффективность ацеклофенака в отношении купирования болевого синдрома у данных пациентов, отмечена хорошая переносимость препарата.

СОЗДАНИЕ СЛУЖБЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕЛОМОВ, ИЛИ ТО, ЧТО МОЖНО ПРЕДУГАДАТЬ, МОЖНО ПРЕДУПРЕДИТЬ

Полякова Ю.В., Писарева В.В., Сивордова Л.Е., Ахвердян Ю.Р., Папичев Е.В., Шилова Л. Н., Заводовский Б.В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского», Волгоград, Россия

Введение/цель

Служба профилактики повторных переломов (СППП) – модель помощи пациентам с низкоэнергетическими переломами. Несмотря на доказанную высокую экономическую и социальную эффективность СППП, в России создание аналогичных служб происходит достаточно медленно. Цель – оценить целесообразность и возможность обеспечения работы СППП на базе травматологического отделения городской больницы сотрудниками Центра остеопороза, оценить процент пациентов, нуждающихся в специализированной помощи при привлечении к работе врачей стационара.

Материал и методы

По данным журнала учета пациентов травматологического отделения проведена выборка пациентов 1-й группы с низкоэнергетическими переломами, больные 2-й группы набирались по рекомендации врача травматологического отделения (больные с низкоэнергетическими переломами в анамнезе, но данная госпитализация с травмой высокой энергии), 3-я группа сформирована из пациентов ревматологического, неврологического и пульмонологического отделений по рекомендации лечащих врачей (наличие компрессионных переломов позвонков на рентгенограммах).

Результаты/обсуждение

В исследование набран 91 больной: 1-я группа – 69 пациентов от 44 до 95 лет ($69,66 \pm 12,06$, $M \pm \sigma$), 2-я группа – 10 пациентов от 70 до 81 года ($75,4 \pm 4,005$), 3-я группа – 12 пациентов от 58 до 79 лет ($73 \pm 6,32$). Риск переломов по FRAX без данных рентгеновской денситометрии (DXA): 1-я группа – высокий риск основных остеопоротических переломов – 28 пациентов, 18 – требуется уточнение степени риска по результатам DXA, высокий риск перелома бедренной кости – 36 пациентов; 2-я группа – у всех пациентов высокий риск переломов, в 3-й группе – у 9 пациентов высокий риск переломов, у 3 – требуется уточнение степени риска после DXA. На работу по выборке пациентов и заполнение анкет затрачено до 2 ч работы в неделю обученного специалиста (координатора). Результаты анкетирования больных оценивал врач у по-

стели пациента с выдачей предварительного заключения (около 2 ч в неделю). В дальнейшем работу с пациентами целевой группы ведет координатор СППП по телефону (обзвон 1 раз в 1–3 месяца). Часть пациентов, нуждающихся в помощи специалистов СППП, не попадает в поле зрения координатора по различным причинам. Рекомендации врачей профильных стационаров позволяют повысить выявляемость больных, нуждающихся в консультативной помощи, значительно сокращая временные затраты координатора на просмотр медицинской документации. По результатам исследования можно сделать вывод о высоком проценте пациентов, попавших в отделение травматологии после минимальной травмы (падение на плоскости) с множественными факторами риска переломов. Одновременно можно отметить достаточно хорошую осведомленность о наличии такого заболевания, как остеопороз, и практически полное отсутствие профилактики и лечения данного заболевания. При этом 10,9% пациентов (2-я группа) госпитализированы с повторными переломами высокой энергии, выявлены только при активном содействии их лечащего врача-травматолога, 13,2% (3-я группа) не воспринимали информацию о переломах позвонков как о заболевании, подлежащем специфической терапии.

Выводы/заключение

Работа медицинского персонала по выявлению и первичному консультированию пациентов целевой группы составляет около 16 ч в месяц. Участие в профилактической работе врачей травматологического, ревматологического, неврологического и пульмонологического отделений с передачей информации координатору СППП позволяет повысить выявляемость больных с высоким риском переломов из числа пациентов, не попадающих в группу для наблюдения СППП в условиях скрининга.

СООТВЕТСТВИЕ УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Разин В.Н.¹, Беляева Е.А.²

¹МЦ «Консультант»; ²ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», медицинский институт, Тула, Россия

Введение/цель

Ультрасонография наряду с рентгенографией остается самым распространенным инструментальным методом исследования в ревматологии. Возможности ультразвукового исследования позволяют подтверждать клинический диагноз и проводить дифференциальную диагностику поражения различных структур сустава. Важное значение этот метод имеет в исследовании коленного сустава, поскольку болевой синдром у пациента бывает обусловлен поражением различных его структур. Правильная топическая диагностика источника боли во многом определяет успех лечения.

Материал и методы

Проведен анализ результатов ультрасонографических исследований 180 пациентов, обратившихся за амбулаторной помощью в многопрофильный медицинский центр, с болью в коленном суставе, не связанной с травмой. Исследование проводилось на аппарате TOSHIBA APLIO 400 датчиком 10 МГц.

Результаты/обсуждение

У 68 пациентов выявлен выпот в полости сустава, у 43 из них синовит сопровождался наличием кист Бейке-

ра, у 6 пациентов выявлялись «суставные мышцы», у 27 — анзериновый тендобурсит, у 8 — болезнь Гоффа, в 9 случаях — супра- и инфрапателлярный бурсит, в 12 случаях — неоднородность и утолщение собственной связки надколенника, 1 — новообразование большеберцовой кости, также в 86% случаев определялось истончение гиалинового хряща менее 3 мм, наличие остеофитов, неоднородность и фрагментация менисков, кальцификация. Наибольшая продолжительность болевого синдрома отмечалась у лиц с наличием кист Бейкера. При этом выраженность боли была незначительной (не более 50 мм по ВАШ), но отмечались жалобы, связанные с нарушением венозного оттока в пораженной конечности (тяжесть, судороги в мышцах голени, пастозность конечности к вечеру) при отсутствии патологии сосудов. Высокая интенсивность болевого синдрома при движении (более 60 мм по ВАШ) и ночной ритм боли были типичны для пациентов с анзериновым тендобурситом. Неполное разгибание в коленном суставе в сочетании с ночными болями выявлялось при болезни Гоффа. Нарушение функции ходьбы в наибольшей степени было выражено у пациентов с наличием «суставной мышцы» и фрагментацией и кальцификацией менисков.

Выводы/заключение

Возможность оценки состояния всех структур сустава и невысокая стоимость исследования делают ультразвуковое исследование самым оптимальным методом инструментальной диагностики при остеоартрите. Дифференцированный подход к лечению боли в коленном суставе позволяет своевременно проводить артроскопическое вмешательство, эвакуацию кист Бейкера, локальную инъекционную терапию при тендинитах и бурситах и обеспечивает высокую эффективность терапевтического и хирургического лечения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Раскина Т.А., Аверкиева Ю.В.,
Мальшенко О.С., Королева М.В.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово, Россия

Введение/цель

Оценить распространенность остеопоротических переломов позвонков у лиц старшей возрастной группы в зависимости от пола и возраста больных.

Материал и методы

Переломы позвонков, полученные при минимальном уровне травмы, изучались за 5 лет наблюдения по обращаемости пациентов в специализированные отделения г. Кемерово. Переломы данной локализации зарегистрированы в 78 случаях: 57 (73,08%) мужчин и 21 (26,92%) женщина ($p < 0,001$). Частота переломов в среднем составила для лиц обоего пола 50,15 на 100 000 населения в возрасте 50 лет и старше: у мужчин — 98,43 на 100 000, у женщин — 21,29 на 100 000 населения.

Результаты/обсуждение

Выявлено, что переломы позвонков во всех возрастных группах чаще встречались у мужчин, чем у женщин. В возрастной группе 50–54 лет остеопоротические переломы позвонков у женщин за исследуемый период не зарегистрированы, в то время как у мужчин распространенность переломов составила 17,2 на 100 000 человеко/лет. В воз-

растных группах 55–59 и 60–64 лет переломы позвонков также встречались чаще у мужчин, чем у женщин, однако статистически значимых различий между группами не получено ($p > 0,05$). Начиная с возраста 65–69 лет отмечено увеличение частоты переломов как у женщин, так и у мужчин. Темпы роста числа переломов у мужчин в этой возрастной категории в 7,5 раза выше, чем у женщин ($p < 0,001$). При сравнении группы мужчин в зависимости от возраста установлено, что статистически значимо чаще переломы позвонков встречались в возрасте 80 лет и старше (836,0 на 100 000 человеко/лет), чем в других возрастных группах ($p < 0,05$). У женщин наибольшая частота переломов также выявлена в возрасте 80 лет и старше (68,1 на 100 000 человеко/лет) без статистически значимых различий с возрастной группой 75–79 лет ($p > 0,05$).

Выводы/заключение

Таким образом, у мужчин переломы позвонков во всех возрастных группах встречались чаще, чем у женщин. Наибольшее число переломов зарегистрировано в возрасте 80 лет и старше как у женщин, так и у мужчин.

РИСК РАЗВИТИЯ ФАТАЛЬНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Раскина Т.А.¹, Воронкина А.В.², Летаева М.В.¹,
Малюта Е.Б.², Коков А.Н.³, Барбараш О.Л.³

¹ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России;

²МАУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского»;

³НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

Введение/цель

Оценить степень риска развития фатальных коронарных событий по кальциевому индексу коронарных артерий (КА) в зависимости от минеральной плотности кости (МПК) у мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы

Обследовано 102 мужчины с верифицированной ИБС в возрасте 51–75 лет [61 (55; 65) года]. Всем больным выполняли мультиспиральную компьютерную томографию. Кальциевый индекс рассчитывали согласно методу Agatston. Пациентов с показателем кальциевого индекса в абсолютных единицах выше 75-го перцентиля соответствующего возраста относили к группе высокого риска развития фатальных коронарных событий. Методом двухэнергетической абсорбциометрии определяли МПК и Т-критерий на уровне поясничного отдела позвоночника и шейки бедра. По Т-критерию мужчины были разделены на три группы: 1-я — 33 (32,4%) человека с остеопорозом (Т-критерий $< -2,5$), 2-я — 48 (47,0%) — с остеопенией (Т-критерий от -1 до $-2,5$) и 3-я — 21 (20,6%) с нормальной МПК (Т-критерий ≥ -1).

Результаты/обсуждение

Абсолютное большинство включенных в исследование больных (63,7% мужчин) имели высокий риск развития фатальных коронарных событий. Распределение пациентов с высоким риском развития фатальных коронарных событий в зависимости от Т-критерия представлено следующим образом: в 1-й группе — 23 (69,7%) мужчины, во 2-й — 35 (72,9%), $p = 0,95$. У больных с нормальной МПК высокий риск коронарных событий регистри-

ровался достоверно реже – у 7 (33,3%) пациентов, p I vs III = 0,02, p II vs III = 0,01.

Выводы/заключение

Низкая МПК ассоциируется с высоким риском развития фатальных коронарных событий, что позволяет рассматривать остеопенический синдром в качестве вероятного прогностического фактора развития коронарных осложнений у мужчин с ИБС.

СТРУКТУРА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Раскина Т.А.¹, Малышенко О.С.¹,

Усова Е.В.¹, Панкратова С.Ю.²

¹ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»; ²Клиника «Мир Здоровья», Кемерово, Россия

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) – одно из наиболее распространенных воспалительных заболеваний суставов, дебют которого приходится на возраст 30–55 лет, когда пациенты уже имеют ряд других заболеваний, оказывающих влияние на течение и прогноз РА, выбор тактики лечения и качество жизни больных. Цель – изучить структуру и частоту коморбидности при РА.

Материал и методы

Проанализировано 130 историй болезней пациентов с РА (95 женщин, 35 мужчин) в возрасте от 19 до 60 лет (медиана [25-й; 75-й перцентили] – 47 [34,25; 49,5] лет), находившихся на лечении в терапевтическом отделении ОКГВВ г. Кемерово с 2015 по 2017 г. Диагноз РА был установлен с использованием критериев ACR (1987) и ACR/EULAR (2010). Большинство больных были серопозитивными – 110 (84,6%) и АЦЦП-положительными – 75 (57,6%). У 121 (93%) больного отмечалась средняя и высокая активность РА (DAS28 7,5+0,6).

Результаты/обсуждение

Сочетанную патологию имели 122 (93,0%) пациента с РА, из них у 30 (24,5%) – одно, у 35 (28,6%) – два и у 57 (46,7%) – три и более сопутствующих заболеваний. Ведущее место в структуре коморбидности занимали заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – у 103 (79,2%) пациентов: хронические воспалительные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки – у 76 (58,4%), язвенные поражения верхних отделов ЖКТ – у 19 (14,6%), ГЭРБ – у 14 (10,7%), НПВС-гастропатия – у 11 (8,4%), лекарственный гепатит – у 6 (4,6%). На втором месте по частоте регистрировалась кардиоваскулярная патология – у 63 (48,5%) больных, наиболее часто АГ – у 48 (36,9%). Несколько реже выявлялся вторичный остеоартрит – у 53 (40,7%) пациентов, остеопороз – у 26 (20,0%) больных РА. Заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит в сочетании с МКБ) отмечались у 36 (27,6%) пациентов.

Выводы/заключение

У больных РА отмечена высокая частота сопутствующих заболеваний. В структуре коморбидности преобладают хронические воспалительные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, вторичный остеоартрит и АГ. При курации данных пациентов в клинической практике необходимо учитывать имеющуюся сопутствующую патологию при оценке клинических особенностей РА, эффективности и переносимости терапии.

ВЛИЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Рахимова М.К., Набиева Д.А., Исакова Э.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Цель исследования – определение критериев метаболического синдрома (МС) и их связи с клиническим течением псориатического артрита (ПсА).

Материал и методы

Обследовано 42 больных ПсА, диагностированных на основании классификационных критериев CASPAR. Средний возраст больных 36,52±11,27 года, длительность заболевания до включения в исследование 12,4±9,2 мес. У 70,8% диагностирован ПсА, у 29,2% – межприступный период. Статистический анализ полученных данных выполнен при помощи t-критерия Стьюдента (уровень достоверности $p < 0,05$).

Результаты/обсуждение

Среди 42 больных ПсА выявлен МС у 26 человек. Обнаружены такие критерии МС, как абдоминальное ожирение (объем талии $OT \geq 102$ см в 69,7%), артериальная гипертензия (САД ≥ 138 , ДАД ≥ 85 мм рт. ст., в 80,5%), гипергликемия (ГГ $\geq 6,1$ ммоль/л в 20,8%), дислипидемия: повышение уровней ХС ≥ 190 мг/дл, в 26,4% и ТГ ≥ 150 мг/дл, в 18,7%, снижение ХС ЛПВП ≤ 40 мг/дл, в 69,4%, а также повышение уровня мочевой кислоты (МК) ≥ 360 мкмоль/л, в 63,9% и концентрации высокочувствительного (вч С-РБ) ≥ 5 мг/мл). В 55,5%, помимо АГ, были следующие сопутствующие болезни: ишемическая болезнь сердца (ИБС) (31,4%), сахарный диабет 2 типа (16,7%), хроническая почечная недостаточность (12,5%), хроническая сердечная недостаточность (13,9%). АГ сочеталась с ИБС в 34,7%, перенесенным инсультом в 11,2% и инфарктом миокарда в 15,3%. Выявлено, что ожирение и АГ предшествовали развитию ПсА у 16 из 42 больных МС, у 21,7% больных возникали параллельно. Раннее развитие ожирения вызывало ПсА до 40 лет (35,6±7,1 года), а позднее – в возрасте 48,2±6,4 года ($p < 0,05$).

Выводы/заключение

Псориатический артрит часто ассоциируется с метаболическим синдромом, который осложняет клиническое течение заболевания. Количество критериев метаболического синдрома влияет на выраженность сопутствующей сердечно-сосудистой и почечной патологии. Увеличение концентрации вчСРБ прогнозирует частые обострения псориатического артрита.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНУЮ РЕАКТИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Реброва Н.В.^{1,2}, Саркисова О.Л.¹, Рипп Т.М.^{1,2}, Богомолова И.И.¹, Карпов Р.С.^{1,2}, Мордовин В.Ф.²

¹ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России; ²НИИ кардиологии, Томск, Россия

Введение/цель

Пациенты с ревматоидным артритом (РА) имеют более высокую частоту развития мозгового инсульта по сравнению с общей популяцией. Артериальная гипертензия

(АГ) является одним из мощных факторов риска инсультов и приводит к нарушению механизмов ауторегуляции церебрального кровотока. Доказано, что нарушение цереброваскулярной реактивности (ЦВР) значительно повышает риск развития повторных острых церебральных ишемий. На данный момент отсутствуют исследования, изучающие влияние глюкокортикоидной терапии на параметры ЦВР. Цель исследования – изучить состояние ЦВР у больных РА в сочетании с АГ в зависимости от приема глюкокортикоидов (ГК).

Материал и методы

Обследован 61 пациент с РА в сочетании с АГ 1–2 степени. Средний возраст составил $59,8 \pm 7,7$ года, продолжительность РА – $11,2 \pm 7,4$ года, АГ – $12,1 \pm 8,6$ года. Большинство пациентов были женщины (89%), имели серопозитивный РА (72%), II степень активности (39%) и III–IV рентгенологическую стадию (59%) РА. Все пациенты получали метотрексат $13,2 \pm 3,2$ мг/нед. При офисном измерении артериальное давление (АД) составило $148,9 \pm 9,1/87,9 \pm 5,1$ мм рт. ст., при суточном мониторинге АД – $144,2 \pm 10,1/84,6 \pm 8,3$ мм рт. ст. В зависимости от приема ГК пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – 12 (20%) пациентов, которые принимали ГК в дозе $7,7 \pm 4,9$ мг/сут в пересчете на преднизолон, 2-я группа – 49 пациентов без приема ГК. Группы были сопоставимы по клиническим характеристикам. ЦВР оценивали с помощью транскраниальной доплерографии средних мозговых артерий (СМА) с использованием гипероксической (фаза вазоконстрикции) и гиперкапнической (фаза вазодилатации) проб. Измеряли линейные скорости кровотока (ЛСК) в СМА в покое, в течение 2 минут ингаляции 100% кислорода и 3 минут восстановительного периода. Затем по этой же схеме проводили гиперкапническую пробу с вдыханием 4% смеси углекислого газа с воздухом. Рассчитывали показатели цереброваскулярного резерва: коэффициент изменения скорости кровотока относительный – $KIS_{отн}$ (отражает силу ответа) и тестовая скорость изменения ЛСК (ТСИ ЛСК, отражает скорость ответной реакции на стимул) и показатель фазы цереброваскулярной ауторегуляции: индекс восстановления ЛСК (ИВ ЛСК).

Результаты/обсуждение

По результатам гипероксической пробы у большинства пациентов с сочетанием РА и АГ (56%) независимо от приема ГК наблюдали недостаточную реакцию мозгового кровотока на стимул, значительно реже – нормальную ЦВР у 16 (26%; $p=0,0008$) пациентов и извращенную реакцию у 11 (18%; $p=0,0000$) пациентов с РА в сочетании с АГ. В 1-й группе по сравнению со 2-й выявлено более тяжелое нарушение ЦВР в условиях гипероксии. Так, установлены статистически значимые различия между показателями фазы цереброваскулярного резерва: $KIS_{отн}$ $-4,4 \pm 11,9$ против $-15,6 \pm 11,3\%$ ($p=0,0031$) и ТСИ ЛСК $0,04 \pm 0,10$ против $0,11 \pm 0,09$ см/с² ($p=0,0162$) соответственно. Показатели фазы цереброваскулярной ауторегуляции ИВ ЛСК были сопоставимы в обеих группах $1,0 \pm 0,08$ против $1,0 \pm 0,1$ ($p=0,3501$) усл. ед. и соответствовали нормальным значениям. По результатам гиперкапнической пробы также наиболее часто ($p=0,0000$) регистрировали недостаточную реакцию мозгового кровотока – у 40 (66%) пациентов, нормальную ответную реакцию – у 16 (26%) пациентов и гиперрегическую реакцию – у 5 (8%) пациентов. Анализ параметров ЦВР в зависимости от приема ГК не выявил значимых различий в подгруппах.

Выводы/заключение

У пациентов с сочетанием РА и АГ установлена высокая частота нарушения ЦВР. Прием ГК в дозах до 10 мг/сут ассоциируется с более тяжелыми нарушениями ЦВР.

МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ С НАЛИЧИЕМ УВЕИТОВ И БЕЗ УВЕИТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛИТЕЛЬНО

Ребров А.П.¹, Апаркина А.В.¹, Гайдукова И.З.², Хонджарян Э.В.¹, Гамаюнова К.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России; ²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Увеит (воспаление сосудистой оболочки глаза) является самым распространенным внескелетным проявлением спондилоартритов (СПА). Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются неотъемлемым звеном в лечении пациентов со СПА как с наличием увеитов, так и без увеитов. Цель – исследование уровня маркеров почечного повреждения у пациентов со СПА с наличием увеитов и без увеитов, принимающих НПВП длительно.

Материал и методы

В исследование включено 82 пациента со СПА, отвечающих критериям аксиального спондилоартрита Assessment of Spondyloarthritis International Society (2009) и постоянно принимающих НПВП. 25 (30,5%) пациентов со СПА наблюдались у офтальмолога по поводу увеитов, иридоциклитов. Средний возраст пациентов составил $36,5 [27,0; 44,0]$ года, длительность заболевания $-13,0 [6,0; 20,0]$ лет, длительность приема НПВП – $7 \pm 4,2$ года. Пациенты со СПА с наличием увеитов и без увеитов были сопоставимы по данным показателям. Для всех больных рассчитывали индекс приема НПВП (индекс ASAS) за последний год, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ. У всех пациентов со СПА на момент вступления в исследование, затем через 12 месяцев постоянного приема НПВП определяли уровень альбумина, $\alpha 1$ -микроглобулина в утренней порции мочи с расчетом отношения альбумин/креатинин мочи и $\alpha 1$ -микроглобулин/креатинин мочи (мг/г). Из исследования исключали пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Statistica 8.0.

Результаты/обсуждение

У пациентов со СПА индекс приема НПВП ASAS составил $50 [8,2; 100,0]$ %. Средняя СКФ у пациентов с наличием увеитов составила $96,2 [92,6; 104,0]$ мл/мин/1,73 м², уровень альбуминурии $19,46 [14,74; 26,43]$ мг/г, микроглобулинурии $23,64 [15,64; 29,06]$ мг/г. У пациентов без увеитов средняя СКФ составила $99,5 [96,4; 107,4]$ мл/мин/1,73 м², уровень альбумина мочи составил $24,76 [19,24; 28,63]$ мг/г, микроглобулинурии $25,79 [18,56; 31,76]$ мг/г. Через 12 месяцев лечения отмечено снижение СКФ у пациентов с наличием увеитов относительно исходного уровня до $90,5 [85,5; 100,2]$ мл/мин/1,73 м², $p=0,036$. СКФ у пациентов со СПА без увеитов составила $96,8 [90,0; 105,5]$ мл/мин/1,73 м² ($p \geq 0,05$ относительно исходного уровня). Снижение СКФ

от 60–89 мл/мин/1,73 м² было отмечено у 14 пациентов из 25 наблюдающихся по поводу увеитов или иридоциклитов ($\chi^2=4,74$, p для точного критерия Фишера 0,02) и у 15 (35,7%) пациентов без увеитов. Достоверного повышения уровня альбуминурии и $\alpha 1$ -микроглобулина мочи через 12 месяцев наблюдения у пациентов с наличием увеитов не выявлено: 22,78 [17,23; 38,67] мг/г и 28,24 [19,64; 34,68] мг/г соответственно ($p \geq 0,05$ относительно исходного уровня). Уровень $\alpha 1$ -микроглобулина мочи через 12 месяцев у пациентов без увеитов составил 27,87 [18,11; 48,45] мг/г ($p \geq 0,05$ относительно исходного уровня), отмечено повышение уровня альбумина мочи до 35,24 [18,46; 58,78] мг/г ($p=0,034$ по сравнению с уровнем альбуминурии исходно).

Выводы/заключение

У пациентов со СПА при исходно нормальных уровнях маркеров почечного повреждения, принимающих НПВП постоянно в течение 12 месяцев, наблюдающихся по поводу увеитов, иридоциклитов, чаще встречается снижение СКФ, а у пациентов со СПА без увеитов – повышение уровня альбумина мочи. При планировании и проведении длительной терапии НПВП необходим контроль функции почек у пациентов со СПА, особенно у пациентов с увеитами.

ПОКАЗАТЕЛИ АУТОИММУННОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ЭЛАСТИН–ЭЛАСТАЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Русанова О.А., Гонтарь И.П., Емельянова О.И.
ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского», Волгоград, Россия
Введение/цель

Интерстициальное заболевание легких является частым осложнением системной красной волчанки, приводящим к снижению качества жизни, что делает особенно актуальной диагностику раннего вовлечения легких в патологический процесс. Нарушение обмена эластина, появление измененных растворимых изоформ с последующим включением механизмов аутоиммунитета обуславливают причастность изучаемого биополимера к патогенезу полиорганной патологии. В катаболизме эластина принимают участие ферменты с широкой субстратной специфичностью – эластазы. Именно от равновесия в динамической системе эластин – эластаза зависит физиологическое функционирование органов и тканей, содержащих эластические волокна: кожа, связках, легких и стенках кровеносных сосудов. Цель – поиск диагностических и прогностических тестов и корреляционных связей между показателями антител у больных системной красной волчанкой (СКВ) с легочной патологией; разработка высокочувствительных маркеров легочного ремоделирования на ранних стадиях СКВ. В связи с этим участие гуморального иммунитета к системе эластина в развитии патологии легких при СКВ требует дальнейшего детального изучения.

Материал и методы

Отбор больных для исследования производили среди пациентов отделения ревматологии МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25» г. Волгограда. Основную группу составили 65 человек с диагнозом СКВ. Из них 60 (92,3%) женщин и 5 (7,7%) мужчин в возрасте от 18 до 68 лет. Средний возраст боль-

ных составил $42,5 \pm 12,1$ года. Диагноз СКВ верифицировался с помощью диагностических критериев ACR в редакции 1997 г. Контрольную группу составили 30 здоровых доноров Волгоградской областной станции переливания крови. АТ к эластину и эластазе определяли в сыворотке крови вариантом непрямого иммуноферментного метода с применением нерастворимых форм с повышенным содержанием антигена по оригинальной технологии Гонтаря и соавт. (1990).

Результаты/обсуждение

У пациентов с СКВ по сравнению с контролем выявили значительное увеличение частоты образования антител к эластазе (78%) и эластину (41%). Верхняя граница нормы АТ к эластину в пределах 0,104 е.о.п., антител к эластазе 0,113 е.о.п. Средние значения антитела к эластину в группе больных СКВ составляли $0,135 \pm 0,077$ е.о.п. Значение АТ к эластазе составило $0,158 \pm 0,067$ е.о.п. Повышенный уровень антител к эластину и эластазе ассоциировался у больных с поражением легких: базальный пневмофиброз – 33 (50,7%), легочная гипертензия – 16 (24,6%) и адгезивный плеврит – 11 (16,9%). В половине случаев поражение легких носило бессимптомный характер и выявлялось при дополнительных обследованиях: рентгенографии органов грудной клетки, исследовании функции внешнего дыхания, ЭхоКГ, проводившихся для определения степени тяжести висцеритов и дифференциальной диагностики с сердечной недостаточностью. Уровень антител к эластину у больных СКВ с поражением легких составил $0,132 \pm 0,071$ е.о.п., к эластазе $0,149 \pm 0,071$ е.о.п., что существенно превышало средние показатели в исследуемой группе.

Выводы/заключение

Определяя антитела к эластину и эластазе вариантом иммуноферментного метода, на ранних стадиях СКВ можно прогнозировать поражение легочной паренхимы, проявляемой различной клинической симптоматикой, и усугубление процессов фиброобразования.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ

Саидова М.М., Камилова У.К., Юсупалиев Б.К.
Бухарский государственный медицинский институт, Душанбе, Таджикистан

Введение/цель

Изучить качество жизни у больных ревматоидным артритом (РА) с кардиоваскулярной коморбидностью.

Материал и методы

В исследование включены 63 больных РА в возрасте от 40 до 55 лет, находившихся на лечении в клинике Бухарского государственного медицинского института. Диагноз РА был установлен с использованием критериев ACR (1987) и ACR/EULAR (2010). 39 (61,9%) пациентов были серопозитивными по ревматоидному фактору. Проводилось анкетирование, объективный осмотр больных, учитывались данные амбулаторной карты. Показатели качества жизни оценивались по шкале SF-36 с вычислением 8 основных показателей: ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, Ж – жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психическое здоровье и оценка двух суммарных измерений: физическо-

го (PCS) и психологического здоровья (MCS). Контрольную группу составили 25 здоровых, группу сравнения – 30 больных с РА без коморбидной патологии.

Результаты/обсуждение

Артериальная гипертензия (АГ) выявлялась у 46 больных, что составило 73%. Ишемическая болезнь сердца встречалась у 12 (19%) больных: стабильная стенокардия у 9 (14,2%) больных, перенесенный инфаркт миокарда у 3 (4,8%) больных. Перенесенный инсульт выявлялся у 2 (3,2%) больных. Тестирование пациентов с помощью опросника SF-36 также продемонстрировало снижение показателей качества жизни при РА. В наибольшей степени это касалось PCS, который на 15 баллов ниже средних значений группы сравнения и на 20 баллов ниже группы контроля, за счет значительных ограничений при самообслуживании и выполнении физических нагрузок. В наибольшей степени изменялись показатели физического здоровья (ФФ, РФФ, Б, ОЗ). ФФ было снижено на 32,4% по сравнению с группой контроля и на 28,3% – с группой сравнения. Показатель РФФ – на 31,2 и 24,6% ($p=0,02$), показатель Б – на 32,3 и 16,4% ($p=0,05$) соответственно по сравнению со средними значениями групп контроля и сравнения. Среди показателей качества жизни, характеризующих психологическое здоровье (Ж, СФ, РЭФ, ПЗ), в большей степени были снижены Ж – на 33,1 и 16,5% и СФ – на 22,9 и 15,1% соответственно ($p=0,010$).

Выводы/заключение

У больных РА с кардиоваскулярной коморбидностью в структуре кардиоваскулярных состояний преобладала артериальная гипертензия и отмечалось ухудшение параметров КЖ.

ОСТЕОПОРОЗ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У МУЖЧИН: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского», Волгоград, Россия

Введение/цель

Остеопороз называют безмолвной эпидемией XXI в., однако пристальное внимание к постменопаузальному остеопорозу привело к несколько заниженной оценке практикующими врачами данной проблемы у мужчин. Однако около 30% всех переломов шейки бедра и примерно 25% переломов позвонков происходят у мужчин. Целью настоящего исследования явилось обобщение накопленного за год материала, оценка частоты снижения минеральной плотности костной ткани у мужчин.

Материал и методы

За 2017 г. на базе ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского» проведено обследование методом двухэнергетической рентгеновской абсорбционной остеоденситометрии (LUNAR XR, США) 2731 пациенту по стандартной программе.

Результаты/обсуждение

Среди направленных на обследование больных (2731 человек) доля обследованных мужчин составила всего 5% (138 пациентов). Из них мужчины старше 60 лет – 2% (55 человек), дети и подростки мужского пола – 0,29% (8). Нормальная минеральная плотность выявлена у 44 (31,88%) обследованных, низкая костная масса – у 55 (39,86%) мужчин, остеопороз – у 39 (28,26%). Более половины направленных на обследование – мужчины молодого

и среднего возраста (60,14%), при этом низкая костная масса и остеопороз выявлены у 47 человек из 83, что составляет 56,63%. Снижение минеральной плотности костной ткани в этой группе отмечено у пациентов, наблюдающихся с ревматическими болезнями (анкилозирующий спондилит, ревматоидный артрит, системная красная волчанка), с эндокринной патологией (сахарный диабет I типа, диффузный токсический зоб), заболеваниями желудочно-кишечного тракта (болезнь оперированного желудка, неспецифический язвенный колит, хронический аутоиммунный гепатит с переходом в цирроз печени, алиментарно-токсический гепатит с переходом в цирроз печени), болезнями легких (бронхиальная астма, альвеолит). Мужчины пожилого и старческого возраста среди обследованных составили 39,86%, низкая костная масса и остеопороз были выявлены у 47 человек из 55, что составило 85,45%. При этом вторичные причины снижения минеральной плотности костной ткани выявлены только у 5 (9,09%) из 55 мужчин в возрасте 60 лет и старше (2 – ревматоидный артрит, 1 – бронхиальная астма, 1 – идиопатический альвеолит, 1 – цирроз печени, у всех в настоящее время или в анамнезе – терапия глюкокортикоидами). Снижение минеральной плотности костной ткани менее 2,5 стандартных отклонений выявлено у 25 (45,45%) из 55 пожилых мужчин. Низкотравматичные переломы в анамнезе имелись у 13 из 55: у 1 пациента при нормальных показателях минеральной плотности костной ткани – перелом тела поясничного позвонка, у 2 мужчин с низкой костной массой имелись переломы длинных трубчатых костей и ребер и у 10 пациентов с остеопорозом по Т-критерию ($T < -2,5$) – у 1 – перелом тела 1 позвонка, у 6 – множественные переломы позвонков, у 2 – множественные повторные переломы костей, у 1 – перелом предплечья. Нормальная минеральная плотность костной ткани была выявлена у 44 мужчин. До 59 лет их число составило 36 (81,8%) человек, 60 лет и старше – всего 8 (18,2%).

Выводы/заключение

В современных условиях необходимо проводить профилактическую работу по обеспечению сохранения физической активности и соблюдению диеты, богатой кальцием. Важно раннее выявление нарушений минерализации костной ткани, своевременное назначение терапии. Эти мероприятия могут создать благоприятные условия для снижения общего уровня патологии не только со стороны костно-мышечной системы, но и сердечно-сосудистых заболеваний, метаболических нарушений.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭТОРИКОКСИБА В ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Ахвердян Б.В., Поляков В.А., Кравцов Г.И., Заводовский Б.В.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского», Волгоград, Россия*

Введение/цель

В России до 40% населения старше 70 лет страдают остеoarтрозом, а 25% из них не могут переносить ежедневные физические нагрузки, 80% из их числа постоянно испытывают сильные боли, существенно ухудшающие качество жизни. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются средством первого выбора для купирования сильной боли в суставах при этом заболева-

нии, однако нередко их применение приводит к целому ряду нежелательных лекарственных реакций. Целью исследования была оценка клинической эффективности эторикоксиба по сравнению с другими НПВП.

Материал и методы

Дизайн исследования: открытое рандомизированное проспективное исследование. Под наблюдением было 296 пациентов с первичным ОА коленных и тазобедренных суставов, преимущественно II–III стадии по шкале Kellgren–Lawrence с выраженным болевым синдромом. Из них 190 женщин и 106 мужчин в возрасте от 65 до 92 лет, медиана возраста составила 76,27 (ДИ 64,7–88,3).

Результаты/обсуждение

Больные были разделены на четыре группы. Пациенты 1-й группы (n=176) получали эторикоксиб (Аркоксиа®) в дозе 90–60 мг/сут; 2-я группа (n=40) получала диклофенак натрия (Вольтарен®) в дозе 150 мг/сут + омепразол (Омепразол-рихтер®) 20 мг/сут; 3-я группа (n=40) – мелоксикам (Мовалис®) в дозе 15 мг/сут + омепразол (Омепразол-рихтер®) 20 мг/сут; 4-я группа – целекоксиб (Целебрекс®) (n=40) в дозе 200 мг/сут. Больные наблюдались не менее 3 месяцев, интенсивность и длительность терапии зависела от индивидуальной клинической ситуации. Группы отличались статистически незначимо (p>0,05). Исследование показало, что все назначаемые препараты вызывали достоверное снижение индекса WOMAC, выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале, выраженности заболевания. Во всех четырех группах и врач, и больной чаще оценивали эффект от проводимой терапии как хороший и очень хороший. Наиболее высокую субъективную оценку получил эторикоксиб, однако различия с другими группами были статистически незначимыми (p>0,05). Однако при применении эторикоксиба наблюдалось достоверно более быстрое купирование острого суставного синдрома по сравнению с другими препаратами. Кроме того, длительный период полувыведения эторикоксиба обеспечивает его фармакологическое действие в течение 24 ч и позволяет его применять 1 раз в сутки, что определяло высокую комплаентность пациентов в нашем исследовании. Нежелательные реакции наблюдались во всех группах, но их выраженность и интенсивность отличались. У 11 (6,25%) из 176 больных, получавших эторикоксиб, имели место умеренные подъемы артериального давления, у 4 (2,27%) препарат отменен. На фоне приема диклофенака натрия у 7 (17,5%) из 40 пациентов имели место умеренные диспепсические расстройства, у 3 (5%) – выраженные боли в животе, тошнота, диспепсия, в связи с чем препарат был отменен. У 6 (15%) пациентов, получавших мелоксикам, отмечались головная боль, тошнота, у 2 (5%) препарат отменен. У 6 (15%) пациентов на фоне приема целекоксиба наблюдались периферические отеки, сердцебиение, у 4 (10%) больных потребовавшие отмены препарата.

Выводы/заключение

Таким образом, селективный ингибитор ЦОГ-2 эторикоксиб обладает быстрым и выраженным обезболивающим и противовоспалительным эффектом, позволяет значительно сократить количество нежелательных побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта и отмен препарата и существенно расширяет возможности оказания эффективной медицинской помощи больным остеоартрозом.

АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Симонова О.В., Аботурова Д.О., Пленкина Л.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Киров, Россия

Введение/цель

Оценить частоту и характер коморбидных состояний у больных псориатическим артритом (ПсА) в зависимости от возраста и гендерных различий. Провести анализ переносимости базисной терапии в зависимости от наличия коморбидных состояний.

Материал и методы

Проведен анализ историй болезни 173 больных достоверным диагнозом ПсА, находившихся на лечении в ревматологическом отделении Областной клинической больницы г. Кирова в период с 2014 по 2017 г. Возраст больных варьировал от 23 до 68 лет (средний возраст 46,6±12,0 года). Среди них было 64,2% женщин и 35,8% мужчин. Длительность суставного синдрома составляла от 6 месяцев до 31 года (в среднем 8,2±7,7 года), стаж псориаза – от 1 года до 44 лет (в среднем 12,9±11,8 года). У большинства больных (70,7%) наблюдался вульгарный очаговый псориаз в стационарной стадии (84,7%). 13,3% пациентам был выставлен диагноз ПсА без псориаза. Большинство больных (90,2%) имели полиартритический вариант суставного синдрома. У 42,2% больных выявлены энтезиты, у 45,7% – дактилиты, у 57,8% – сакроилеит, у 29,5% – спондилит. Системные проявления отмечены у 19,7% пациентов. Активность I степени диагностирована у 15,6% пациентов, II степени – у 82,7%, III степени – у 1,7%. Нарушение функции суставов соответствовало II функциональному классу – у 12,3% больных, III – у 83,2%, IV – у 4,6%. Большинство больных ПсА (92,5%) получали базисную терапию. Чаще всего назначали метотрексат (55,5%), реже сульфасалазин (11,6%), комбинированную терапию метотрексатом и сульфасалазином (16,7%), лефлуноmid (5,8%), генно-инженерные биологические препараты (инфликсимаб, этанерцепт, цертолизумаб пэгол) (6,9%).

Результаты/обсуждение

Коморбидная патология наблюдалась у 54,9% больных ПсА. Количество хронических заболеваний варьировало от 1 до 5 у одного пациента и в среднем составило 2,96±0,72. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы (50,3%) чаще всего встречалась гипертоническая болезнь (42,8%). Другие ревматические заболевания представлены в основном остеоартрозом (27,7%). С высокой частотой встречались эндокринные и метаболические заболевания: ожирение (52%), сахарный диабет 2 типа (12,7%), заболевания щитовидной железы (6,9%). У 24,3% больных выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта, у 15% – заболевания мочевыделительной системы, у 6,4% – заболевания органов дыхания. У женщин чаще встречались: артериальная гипертония (p=0,000), ожирение (p=0,027), сахарный диабет (p=0,009), заболевания щитовидной железы (p=0,049), у мужчин – гиперурикемия, вторичная подагра и патология органов дыхания (p=0,003). Частота коморбидной патологии увеличивалась с возрастом (p=0,002). Частота развития побочных эффектов была существенно выше у пациентов с сопутствующими заболеваниями (p=0,000). При этом не было выявлено зависимости между частотой побочных эффектов и видом базисной терапии у пациентов с наличием или отсутствием коморбидных состояний (p>0,005).

Выводы/заключение

Сопутствующая патология наблюдается более чем у половины больных ПА. Среди коморбидных состояний преобладают сердечно-сосудистая патология, прежде всего гипертоническая болезнь, а также заболевания пищеварительной и эндокринной систем. Частота коморбидной патологии увеличивается с возрастом, а ее характер имеет гендерную принадлежность. У больных ПА с коморбидными состояниями с достоверно более высокой частотой развиваются побочные эффекты при применении базисных препаратов. Частота развития серьезных побочных эффектов у пациентов с наличием и отсутствием сопутствующих заболеваний существенно не зависит от вида базисной терапии.

**ОЦЕНКА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ
У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ
СПОНДИЛИТОМ**

Симонова О.В., Мацола С.М., Пленкина Л.В.
ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Киров, Россия
Введение/цель

Оценить частоту и характер коморбидной патологии у больных анкилозирующим спондилитом (АС) в зависимости от возраста, гендерных различий, клинической формы заболевания и наличия HLA B27.

Материал и методы

Проведен анализ историй болезни 136 больных достоверным диагнозом АС, находившихся на лечении в ревматологическом отделении Областной клинической больницы г. Кирова в период с 2014 по 2017 г. Возраст больных варьировал от 18 до 69 лет (средний возраст $41,99 \pm 1,082$ года). Среди них было 25% женщин и 75% мужчин. Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 28 лет (в среднем $16,71 \pm 8,001$ года). У 54,4% больных была центральная форма АС, у 45,6% – периферическая. Активность I степени диагностирована у 13,2% пациентов, II степени – у 75,8%, III степени – у 11%. Нарушение функции суставов соответствовало I функциональному классу – у 11,8% больных, II – у 70,6%, III – у 17,6%. Системные проявления наблюдались у 36,8% пациентов. HLA B27 выявлен у 88,2% больных.

Результаты/обсуждение

Коморбидная патология наблюдалась у 62,8% больных АС. Количество хронических заболеваний варьировало от 1 до 4 у одного пациента и в среднем составило $1,56 \pm 0,29$. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы (32,4%) чаще всего встречалась гипертоническая болезнь (25,8%), реже ишемическая болезнь сердца (ИБС) (4,4%) и другие заболевания (2,2%). С высокой частотой встречались эндокринные и метаболические заболевания: ожирение (21,3%), избыточная масса тела (13,2%), сахарный диабет 2 типа (2,9%), заболевания щитовидной железы (0,75%). У 14% пациентов были выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта, в том числе хронический гастрит (5,9%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) (8,1%). Заболевания мочевыделительной системы (5,1%) были представлены вторичным амилоидозом почек (3,6%), мочекаменной болезнью (1,5%). Патология органов дыхания выявлена у 4,5% пациентов. У 3,6% больных выявлена железодефицитная анемия легкой степени тяжести. Анализ коморбидности в зависимости от гендерных различий выявил, что у женщин чаще

встречались: артериальная гипертензия ($p=0,002$), ИБС ($p=0,002$), ожирение ($p=0,0021$), сахарный диабет ($p=0,001$), заболевания щитовидной железы ($p=0,000$) и железодефицитная анемия ($p=0,002$), у мужчин – язвенная болезнь ДПК ($p=0,001$), вторичный амилоидоз почек ($p=0,000$) и патология органов дыхания ($p=0,001$). С одинаковой частотой у мужчин и женщин встречался хронический атрофический гастрит ($p=0,000$). Оценка частоты и характера коморбидной патологии в зависимости от возраста показала возрастание числа хронических заболеваний при увеличении возраста больных ($p=0,009$). В группе пациентов до 44 лет чаще встречался амилоидоз почек, ожирение, язвенная болезнь желудка и ДПК, атрофический гастрит, анемия, в возрасте 61–75 лет – гипертоническая болезнь, ИБС, мочекаменная болезнь. Анализ частоты и характера сопутствующей патологии в зависимости от клинической формы АС или наличия HLA B27 значимых отличий не выявил.

Выводы/заключение

У 2/3 больных АС наблюдается наличие сопутствующей патологии. Среди коморбидных состояний преобладают сердечно-сосудистая патология, прежде всего гипертоническая болезнь, а также заболевания пищеварительной и эндокринной систем. Частота коморбидной патологии увеличивается с возрастом, а ее характер имеет гендерную принадлежность и не зависит от клинической формы заболевания и наличия HLA B27.

**УСТЕКИНУМАБ И ИНГИБИТОРЫ ФНО α
ОДИНАКОВО СНИЖАЮТ АКТИВНОСТЬ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АРТРИТА
ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ:
ПЕРВЫЙ ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ АНАЛИЗ
НАБЛЮДАТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ В 8 СТРАНАХ ЕВРОПЫ
(PsABio)**

**Smolen J.S.¹, Коротаева Т.В.², Bergmans P.³,
Бондарева И.⁴, de Vlam K.⁵, Gremese E.⁶, Joven-Ibanez
B.⁷, Nurmohamed M.T.⁸, Sfikakis P.P.⁹, Siebert S.¹⁰,
Смирнов П.¹¹, Theander E.¹², D'Abrosca V.¹³, Gossec L.¹⁴**

¹Венский медицинский университет, Вена, Австрия;

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

³Janssen-Cilag B.V., Бреда, Нидерланды; ⁴Кемеровская областная клиническая больница; ⁵Университетская больница Левена; ⁶Организация «Поликлиника Джемелли», Католический университет Святого Сердца, Рим, Италия; ⁷Университетская больница 12 декабря, Мадрид, Испания; ⁸Центр ревматологии и иммунологии Амстердама, Нидерланды; ⁹Медицинский факультет Афинского университета, Афины, Греция; ¹⁰Университет Глазго, Шотландия, Великобритания; ¹¹Janssen Pharmaceutica NV, Москва, Россия; ¹²Janssen EMEA, Исси-ле-Мулино, Франция; ¹³Университет Кампании «Луиджи Ванвители», Неаполь, Италия; ¹⁴Университет Сорбонна, Париж, Франция

Введение/цель

Цель исследования PsABio (ИН по ClinicalTrials.gov: NCT02627768) – оценить эффективность, переносимость и устойчивость терапии и-ФНО α и устекинумабом (УСТ) у пациентов с псориатическим артритом (ПСА), начинающих терапию данными биологическими базисными противовоспалительными препаратами (ББПВП) в рамках

1, 2 или 3-й линии в реальной клинической практике. Представляем первый промежуточный анализ влияния и-ФНО α и УСТ на активность периферического артрита и аксиальные проявления ПсА через 6 месяцев наблюдения. Спонсор исследования PsABio – компания Janssen.

Материал и методы

С декабря 2015 г. по август 2017 г. последовательно включено 278 пациентов, получавших УСТ и 285 пациентов, получавших и-ФНО α . Выполнен анализ эффективности терапии у 152 пациентов в группе УСТ и у 151 пациента в группе и-ФНО α , имевших данные по текущей линии терапии к 6 месяцам. Активность ПсА по DAPSA, DAS28, CDAI, cDAPSA, BASDAI, ASDAS оценивали до начала терапии и через 6 месяцев в обеих группах, так же определялось достижение минимальной активности заболевания (МАЗ), ремиссии и низкой активности по DAPSA.

Результаты/обсуждение

К 6-му месяцу наблюдения 7,6% пациентов в группе УСТ и 10,2% в группе и-ФНО α прекратили терапию или переведены на другой БПВП. К этому сроку наблюдения среди всех анализируемых пациентов УСТ применялся в качестве терапии 1-й линии у 40,1% пациентов, 2-й – у 35,5% и 3-й – у 24,3%; для и-ФНО α эти цифры составляли 64,2; 28,5 и 7,3% соответственно. К 6-му месяцу лечения DAS28 статистически значимо улучшился по сравнению с исходными значениями: на 4,3 (СО 1,2) и 4,3 (СО 1,2) для УСТ и и-ФНО α соответственно в среднем на –1,3 (95% ДИ: –1,6; –1,0) и –1,3 (95% ДИ: –1,6; –1,1) для обеих групп. Значимые улучшения наблюдались в обеих когортах для всех линий терапии и клинических вариантов ПсА (данные не показаны). Отмечено статистически значимое снижение активности ПсА по DAPSA: среднее –18,4 (95% ДИ: –22,2; –14,5) и –19,5 (95% ДИ: –22,5; –16,5) для УСТ и и-ФНО α соответственно; у 12,2 и 15,7% соответственно достигнута ремиссия, а у 37,8 и 37,1% – низкая активность заболевания по DAPSA. Аналогично и значимо улучшился индекс активности CDAI. Подобные улучшения наблюдались и для cDAPSA. Через 6 месяцев МАЗ достигнута у 28,8% пациентов в группе УСТ и у 29,7% – и-ФНО α . К 6-му месяцу наблюдения отмечалось значимое снижение BASDAI и ASDAS в обеих группах.

Выводы/заключение

К 6 месяцам терапии УСТ и и-ФНО α , назначенных в реальной клинической практике в рамках первой и последующих линий, отмечено сходное статистически значимое снижение активности периферического артрита и аксиальных проявлений ПсА. Требуется последующее динамическое наблюдение.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ И ИНДИКАТОРОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Соболева Е.М., Каладзе Н.Н.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Россия

Введение/цель

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) является потенциально инвалидизирующим заболеванием, в основном по состоянию опорно-двигательного аппарата, поэто-

му дальнейшее изучение факторов, влияющих на процессы костного ремоделирования и прогрессирование заболевания, является актуальной задачей педиатрической ревматологии. Цель – изучить состояние цитокинового статуса и показателей системы RANKL-OPG у больных ювенильным ревматоидным артритом на санаторно-курортном этапе реабилитации.

Материал и методы

На базе ГБУ РК «СДИДР «Здравница» Евпатории обследовано 50 больных ЮРА. Средний возраст $12,30 \pm 0,22$ года. Использовался стандартный комплекс санаторно-курортного лечения (СКЛ) продолжительностью 25 дней. В сыворотке крови (методом ИФА) определяли количественную концентрацию показателей цитокинового профиля (ФНО α , ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-4, ИЛ-10), а также RANKL и OPG.

Результаты/обсуждение

Проведенное нами исследование показало, что у пациентов с ЮРА значения как провоспалительных (ФНО α , ИЛ-1, ИЛ-6), так и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) цитокинов достоверно ($p < 0,01$) превышают показатели группы контроля. Были выявлены корреляции между степенью активности заболевания и содержанием ИЛ-4 ($r = -0,46$; $p < 0,05$), уровнем ИЛ-10 и проявлениями функциональной недостаточности ($r = -0,43$; $p < 0,05$), что подтверждает факт снижения противовоспалительного потенциала, ассоциированного с увеличением степени активности заболевания и, как следствие, прогрессированием функциональной недостаточности у пациентов данной группы. Под влиянием санаторно-курортного лечения отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня таких провоспалительных цитокинов, как ФНО α , ИЛ-1, а также противовоспалительного цитокина ИЛ-4. В отношении других как про-, так и противовоспалительных цитокинов отмечалась лишь недостоверная тенденция к снижению их содержания. Нами были определены уровни RANKL и остеопротегерина. Выявлено, что у больных ЮРА имеют место достоверно ($p < 0,05$) более низкие значения исследуемых параметров. Данный факт свидетельствует о снижении интенсивности процессов ремоделирования костной ткани. Для оценки процессов ремоделирования костной ткани важно не только абсолютное значение данных показателей, сколько соотношение остеопротегерин / RANKL. Так, если у здоровых детей данный показатель составил 34,47, то у больных ЮРА он был достоверно ($p < 0,05$) ниже (27,47), что свидетельствует об усилении костной резорбции при данном заболевании. Корреляционный анализ выявил у пациентов с ЮРА достоверную прямую корреляционную связь между активностью воспалительного процесса и RANKL ($r = 0,34$; $p < 0,05$). В процессе санаторно-курортного лечения отмечалась недостоверная тенденция к росту исследуемых параметров.

Выводы/заключение

1. При ЮРА имеет место повышение концентрации как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов, ассоциированное с увеличением степени активности заболевания и, как следствие, прогрессированием функциональной недостаточности. 2. Изменения в системе OPG/ RANKL при ювенильном ревматоидном артрите отражают нарушение нормального соотношения между процессами резорбции и формирования кости (усиление резорбции костной ткани) и прогрессируют по мере возрастания активности воспалительного процесса. 3. Сана-

торно-курортное лечение оказывает положительное влияние на исследуемые параметры, однако незначительная выраженность данных изменений диктует необходимость пролонгирования длительности реабилитации и модификации стандартных комплексов санаторно-курортного лечения.

ДЕБЮТ, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (OVERLAP-СИНДРОМ)

Старовойтова М.Н.

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

Введение/цель

Сочетание системной склеродермии (ССД) с другими заболеваниями соединительной ткани (ревматоидный артрит, дермато/полимиозит и др.) является одной из мало изученных клинических форм ССД и вызывает большие трудности в диагностическом и терапевтическом плане. Цель — изучение особенностей дебюта, течения и исходов перекрестной формы системной склеродермии с ревматоидным артритом (ССД-РА).

Материал и методы

Обследовано 42 больных с ССД-РА; среди них 41 женщина и 1 мужчина в возрасте от 17 до 74 лет (в среднем $47 \pm 15,1$) и длительностью заболевания от 6 месяцев до 34 лет (в среднем 11,5 [5–18,5] года). Длительность наблюдения составила в среднем 9,4 [3–13,5] года.

Результаты/обсуждение

У 78% пациентов имело место постепенное моносимптомное начало заболевания с изолированного синдрома Рейно, по типу хронической ССД. Острое быстро прогрессирующее полисимптомное начало болезни в данной группе больных не наблюдалось. В первый год болезни синдром Рейно развился у 91% пациентов ССД-РА, у 72% был первым признаком болезни, у 38% — предшествовал развитию кожной и суставной симптоматики. Суставной синдром был выражен у более половины больных (56%) уже в начале заболевания, а в последующие годы развился у всех больных этой группы, в дебюте у 1/4 части пациентов предшествовал началу кожных изменений, сочетаясь с синдромом Рейно, и лишь у 9% больных суставные проявления развились раньше кожного и сосудистого синдромов. У всех пациентов имелось лимитированное поражение кожи. Все пациенты ССД-РА получали комплексную терапию глюкокортикоидами до 10–15 мг/сут, НПВП и сосудистыми препаратами, 85% пациентов принимали цитостатики, чаще метотрексат (78%). Выделено два варианта эволюции ССД-РА: I благоприятный (стабилизация и медленное прогрессирование без выраженной активности с сохранением работоспособности); II неблагоприятный (сохраняющаяся активность, быстрое прогрессирование, инвалидизация и летальные исходы). Преобладала благоприятная эволюция ССД-РА (94%), которая отмечена у больных с началом заболевания до 36 лет, с развитием относительной стабилизации процесса преимущественно у пациентов более молодого возраста, с началом заболевания около 25 лет. Неблагоприятный исход заболевания отмечен у пациентов с возрастом начала болезни более 40 лет. В 6% (2 наблюдения) отмечался летальный исход, развившийся на фоне прогрессирования заболевания, чему способствовала поздняя диагностика и неадекватная терапия.

В эволюции ССД-РА выявлены следующие особенности — нарастание признаков, характерных для ССД, как периферических — телеангиэктазии, кальциноз, остеолит, и дистальных трофических нарушений, так и висцеральных (сердца, легких, пищевода), определяющих прогноз болезни. Проявления РА (суставной синдром) у больных ССД-РА имел тенденцию к уменьшению.

Выводы/заключение

Своевременное выявление патологической симптоматики ССД-РА и назначения адекватной терапии, а также динамическое наблюдение больных позволят улучшить прогноз и исход заболевания.

АУТОИММУННАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ АСПИРИН-ИНДУЦИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Суздальцева Н.А.

«ЛДЦ иммунологии и аллергологии», Самара, Россия

Введение/цель

Аспирин-индуцированные заболевания дыхательных путей (АИРЗ) до сих пор остаются патологией с неясной этиологией. Предполагается возможность участия вирус семейства герпеса, в том числе вируса Эпштейна–Барр (ЭБВ), в развитии АИРЗ. Известно, что у всех пациентов с АИРЗ имеются признаки инфицирования ЭБВ. Учитывая способность ЭБВ индуцировать развитие аутоиммунных реакций, была поставлена цель — определить частоту аутоиммунной патологии при АИРЗ.

Материал и методы

Обследовано 100 взрослых пациентов с АИРЗ, имеющих клинические признаки бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа и непереносимости нестероидных противовоспалительных средств. Проведено клиническое и лабораторное обследование пациентов, включающее определение антинуклеарного фактора (АНФ) иммунофлуоресцентным методом (Германия), РФ IgM, ЦИК, антител к ДНК, микросомальной фракции тиреоцитов, глиадину, общего IgE, INF-gamma — иммуноферментным методом, определение содержания CD19+5+ лимфоцитов методом проточной лазерной цитометрии (Vecton Dikenson, США). Ни у кого из пациентов не было клинико-лабораторных признаков сенсибилизации к наиболее распространенным аллергенам.

Результаты/обсуждение

Клинические признаки аутоиммунной патологии имели место у 16% пациентов, в том числе аутоиммунный тиреоидит — в 13% случаев, витилиго — в 2%, псориаз — в 1%, аутоиммунный гепатит — в 0,1%, антифосфолипидный синдром — 0,1%. У 3 пациентов наблюдалась сочетанная аутоиммунная патология. У всех пациентов с аутоиммунным тиреоидитом выявлялись антитела к антигенам щитовидной железы. Антитела к глиадину у обследованных пациентов не обнаружены. Незначительное увеличение титра РФ и АНФ (гранулярный тип свечения) отмечалось у 5% обследуемых. Лишь в 1 случае было обнаружено существенное повышение содержания РФ больше 20 МЕ/мл, СРБ — 24 мг/л, титра антител к ДНК. Течение бронхиальной астмы у этой больной было наиболее тяжелое, часто возникала необходимость в назначении системных кортикостероидов, эффективность проводимой нестероидной терапии была низкой, отмечена высокая частота рецидивирования полипоза носа, частое возникновение ОРВИ и устойчивых к антибактериальной терапии пневмоний,

признаки активности ЭВВ-инфекции. После проведения противовирусной терапии состояние пациентки значительно улучшилось, исходно измененные лабораторные показатели нормализовались. Значительно чаще (в 18% случаев) выявлялось повышение содержания ЦИК, что характерно для персистирующих вирусных инфекций. Частота встречаемости клинических проявлений аутоиммунных синдромов была выше у пациентов с АИРЗ с высоким уровнем IgE. Проведя исследование количества сывороточного IFN-gamma у пациентов АИРЗ с учетом уровня IgE, мы установили значительное повышение его у больных с гиперпродукцией IgE. Среднее количество CD19+5+-лимфоцитов в обследуемой группе не превышало нормативных значений ($M=1,9+0,4\%$).

Выводы/заключение

Полученные данные показали, что развитие системных заболеваний соединительной ткани не характерно для АИРЗ. Риск развития локальной аутоиммунной патологии выше у пациентов с повышенным уровнем IgE, что согласуется с гипотезой о поликлональной активации В-лимфоцитов на фоне персистирующей вирусной инфекции при данной патологии.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Сулейманова Г.П., Грехов Р.А.

ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского», Волгоград, Россия

Введение/цель

Целью исследования явилось повышение эффективности комплексного лечения больных системной склеродермией с помощью метода биологической обратной связи (БОС).

Материал и методы

Под наблюдением находилось 52 больных системной склеродермией (ССД). Средний возраст пациентов составил $54,31 \pm 12,8$ года, а средняя продолжительность болезни $9,71 \pm 7,9$ года ($M \pm \sigma$). Методом случайного подбора больные ССД были разделены на две группы: основную ($n=30$) и контрольную ($n=22$), сопоставимые по половому составу, возрасту и длительности заболевания. Больные основной группы получали дополнительно 12–14 сеансов мультипараметрического БОС-тренинга с помощью психофизиологического реабилитационного комплекса «Реакор» производства фирмы «Медиком МТД» (г. Таганрог), сертифицированного и внесенного в Государственный реестр медицинских изделий РФ.

Результаты/обсуждение

Согласно полученным данным, в контрольной группе больных под влиянием традиционной терапии достоверные изменения претерпели показатели капилляроскопии, а именно морфологические изменения капилляров ($\chi^2=6,19$, $p=0,013$ и $\chi^2=8,103$, $p=0,004$ соответственно), а также показатели боли по ВАШ, СОЭ и С-реактивного протеина. В то же время у больных основной группы под воздействием БОС-терапии наблюдалась достоверная положительная динамика кожного счета, суставного счета, числа припухших суставов, индекса припухлости, а также СОЭ, С-реактивного протеина. Кроме того, после лечения достоверно изменялись показатели капилляроскопии, а именно расширение капилляров ($\chi^2=8,192$, $p=0,004$),

морфологические изменения капилляров ($\chi^2=4,14$, $p=0,042$) и геморрагии ($\chi^2=7,906$, $p=0,005$). Это свидетельствует о том, что БОС-терапия оказывает позитивное воздействие на нарушения микроциркуляции у больных ССД. Полученные данные по совокупности анализируемых признаков указывают на то, что результаты лечения оказались существенно лучшими в основной группе больных ССД.

Выводы/заключение

В целом результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности метода БОС-терапии в комплексном лечении больных ССД и его положительном влиянии как на качество жизни пациентов, так и опосредованно, на клинико-лабораторные показатели заболевания. Данный метод лечения может быть использован в рамках трансляционной медицины для ускорения внедрения новых научно-медицинских технологий в практику здравоохранения на различных уровнях с использованием индивидуальных схем лечения каждого больного.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ИММУНОГЕННОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Тарасова Г.М., Белов Б.С., Буханова Д.В., Соловьев С.К., Асеева Е.А., Попкова Т.В., Черкасова М.В.

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

Введение/цель

Иммунизация пневмококковыми вакцинами является важнейшим фактором профилактики тяжелых респираторных инфекций у больных системной красной волчанкой (СКВ). Цель – изучить безопасность и иммуногенность применения 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины у больных СКВ.

Материал и методы

В исследование включено 30 пациентов с СКВ: 27 женщин, 3 мужчины, возраст 19–62 лет. Длительность заболевания составила от 9 мес до 20 лет. Активность заболевания в момент вакцинации: у 2 – высокая, у 3 – средняя, у 20 – низкая, у 5 – ремиссия. Терапия: 29 пациентов получали глюкокортикостероиды (ГК), 24 – гидроксихлорохин, 14 – цитостатики, 10 – генно-инженерные биологические препараты (ГИБП): 5 – ритуксимаб, 5 – белимумаб. 23-валентную полисахаридную пневмококковую вакцину в количестве 1 дозы (0,5 мл) вводили подкожно. Больные обследовались: исходно, через 1, 3 и 12 мес после вакцинации. Во время визитов проводились стандартные клинические и лабораторные исследования, выполнялся развернутый иммунологический анализ крови. Уровни IgG-антител к капсульному полисахариду пневмококка определяли на каждом визите с помощью коммерческих наборов VaccZyme™ PCP Ig2 (The Binding Site Ltd, Birmingham, UK).

Результаты/обсуждение

У 19 (63,3%) пациентов отмечались местные поствакцинальные реакции разной степени выраженности длительностью от 2 до 7 дней. У одной из них развилась гиперергическая реакция по типу феномена Артюса, симптомы которой купировались в течение 7 дней на фоне применения антигистаминных препаратов и ГК местно. Средние показатели (Me ; 25-й, 7-й процентиля) индекса активности СКВ SLEDAI до вакцинации и через 1 год по-

сле вакцинации значимо не отличались: 2 (2; 4) и 2 (0; 4) соответственно. Ме показатели иммунологической активности СКВ (а-ДНК, С3, С4 компоненты компонента) также достоверно не отличались, прослежена тенденция к снижению а-ДНК (19,7 (5,5; 48) и 18,0 (7,2; 56,8) соответственно) и повышению С3 [0,86 (0,81; 1,07) и 0,93 (0,86; 1,05)] и С4 (0,16 (0,13; 0,19) и 0,18 (0,13; 0,19) соответственно). Ни в одном случае не было зарегистрировано обострения СКВ, достоверно связанного с проведенной вакцинацией. Через 1 мес после вакцинации у 25 (83,3%) больных отмечено значимое (\geq в 2 раза по сравнению с исходным) повышение концентрации антител к полисахаридам *S. pneumoniae*. Через год после вакцинации у 19 (63,3%) пациентов сохранялись высокие титры антител (ответчики). У 11 (36,7%) «неответчиков» к 12-му месяцу наблюдения отсутствовало более чем 2-кратное повышение концентрации АТ к *S. pneumoniae*. Среди пациентов, получавших ГИБП, «неответчиков» было значимо больше, чем без ГИБП: 7 (70%) и 4 (20%) соответственно, ($p=0,01$). При лечении ритуксимабом и белимумабом количество «неответчиков» значимо не различалось: 4 и 3 соответственно.

Выводы/заключение

Полученные результаты свидетельствуют о безопасности и иммуногенности 23-валентной пневмококковой вакцины у больных СКВ в течение годового периода наблюдения. Прослежено негативное влияние ГИБП на поствакцинальный ответ. Необходимы дальнейшие исследования эффективности и безопасности данной вакцины на больших выборках больных СКВ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ГИАЛУРОМА CS У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Таскина Е.А.¹, Кашеварова Н.Г.¹, Шарапова Е.П.¹, Аникин С.Г.¹, Стребкова Е.А.¹, Раскина Т.А.², Занова Е.В.³, Оттева Э.Н.⁴, Родионова С.С.⁵, Шмидт Е.И.⁶, Шестерня П.А.⁷

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»; ²ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России; ³ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России; ⁴КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ Хабаровского края; ⁵ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова МЗ РФ; ⁶ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова; ⁷ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Введение/цель

Оценка эффективности и безопасности однократно-го внутрисуставного введения препарата гиалуром CS (комбинация гиалуроната натрия 60 мг³/мл и хондроитин сульфата натрия 90 мг³/мл) у пациентов с остеоартритом (ОА) коленных суставов.

Материал и методы

В исследование включено 59 амбулаторных больных, преимущественно женщин (81,4%) из пяти субъектов РФ с ОА коленных суставов 2–3 стадии по Келлгрэну–Лоуренсу, с интенсивностью боли > 40 мм по ВАШ. Средний возраст пациентов составил 60,5±8,7 года, средний ИМТ – 29,8±4,9 кг/м², продолжительность болезни – 7 (4–11) лет. Вторая стадия ОА коленных суставов выявлялась у 69,5%

пациентов, 3-я – у 30,5%. Длительность исследования – 6 месяцев. Оценка эффективности и безопасности лечения проводилась по динамике индекса WOMAC, состояния здоровья пациента по ВАШ, качества жизни по опроснику EQ-5D, оценки эффективности терапии врачом и пациентом, суточной потребности в НПВП.

Результаты/обсуждение

Уже через неделю от начала лечения отмечено статистически значимое снижение боли при ходьбе по ВАШ (61 (54–68) и 44 (35–54) мм, $p<0,0001$), дальнейшее достоверное улучшение наблюдалось в течение 1-го месяца наблюдения (44 (35–54) и 30 (16–42) мм, $p<0,0001$). К 3 и 6-му месяцам терапии боль не нарастала и составляла 24 (14–42) и 22 (14–42) мм соответственно. Идентичная закономерность выявлена и при оценке суммарного индекса WOMAC (боль в начале исследования – 234 (162–308), в конце – 91,5 (46–171) мм; скованность – 98 (59–120) и 42 (20–59) мм; ФН – 776 (595–965) и 426 (191–638) мм соответственно, $p<0,0001$). Статистически значимое улучшение качества жизни по EQ-5D и общего состояния здоровья также отмечено на протяжении всего периода наблюдения (соответственно 0,52 (0,06–0,59) и 0,62 (0,59–0,80), $p<0,0001$; 50,4±16,8 и 69,2±14,3 мм, $p<0,0001$). В начале исследования НПВП принимали 56 человек (94,9%), через неделю 15 человек полностью отказались от приема НПВП (25,4%), через 1 мес – 66,1%, через 3 мес – 67,8%, через 6 мес – 64,4%. У 5 (8,5%) пациентов выявлены нежелательные реакции, связанные с усилением боли и/или появлением припухлости коленного сустава, которые купировались в течение 2–3 дней на фоне приема НПВП.

Выводы/заключение

Полученные данные свидетельствуют о хорошем симптоматическом эффекте препарата. На фоне терапии у пациентов статистически значимо снижается боль, скованность, потребность в НПВП, улучшается качество жизни и функция суставов.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ташпулатова М.М., Магчанов С.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Приоритетное место в структуре заболеваний, вызывающих остеопороз (ОП), отводится ревматоидному артриту (РА). Именно переломы, связанные с ОП, представляют огромную социальную и экономическую проблему, являются причиной низкого качества жизни больных, инвалидизации и преждевременной смерти. Выделение факторов, позволяющих определить женщину в группу риска по развитию ОП еще в молодом (фертильном) возрасте, диктует необходимость исследований в этом направлении. Цель – изучение риска переломов у женщин фертильного возраста (25–45 лет), страдающих ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы

В исследование включено 40 женщин, страдающих РА, в возрасте 25–45 лет (37,3±4,2 года), средняя продолжительность болезни – 7,9±3,1 года. Всем пациентам проводились минутный тест (для определения факторов риска ОП) и двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA, «Stratos», Франция).

Результаты/обсуждение

Факторы риска, которые имели значение у больных при оценке по минутному тесту: предшествующие переломы – 16 (40%) женщин, перелом бедра у родителей – 2 (5%), курение в настоящее время – 1 (2,5%), прием глюкокортикоидов – 26 (65%), ревматоидный артрит – 40 (100%), вторичный ОП – 12 (30%). Средние значения состояния минеральной плотности кости по Z-критерию в области LII=LIV составили – 1,83±0,6, в шейке бедра – 2,1±0,2.

Выводы/заключение

Таким образом, у женщин фертильного возраста с РА показатели 10-летнего риска перелома шейки бедра в среднем составили 3,4%, что соответствует порогу вмешательства, при котором необходима патогенетическая терапия ОП. Соответствующие значения для основных переломов составили в среднем 20%. Установлен высокий риск переломов всех локализаций, что требует своевременного эффективного лечения.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Трубникова Н.С., Шилова Л.Н.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия

Введение/цель

В современной медицинской практике все большее внимание уделяется не просто достижению ремиссии у пациентов, но и сохранению качества их жизни. Все чаще встречаются случаи, когда у пациентов заболевание суставов протекает на фоне неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), что оказывает негативное влияние на трудоспособность и сокращает продолжительность жизни. Оценка эффективности терапии основывается не только на клинических и лабораторных данных, но и на оценке физической и социальной активности, возможности сохранения привычного образа жизни. Цель – изучение удовлетворенности качеством жизни больных ревматоидным артритом (РА) в зависимости от наличия НАЖБП и ее клинко-морфологической формы.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе ГУЗ ГKB СМП № 25 г. Волгоград. Обследовано 50 человек 18–70 лет (15 мужчин, 35 женщин, средний возраст – 54,6) с достоверным диагнозом РА (критерии American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Rheumatoid arthritis classification criteria, 2010), функциональный класс II–IV. Контрольная группа включала 20 практически здоровых лиц, репрезентативных по возрасту и полу. НАЖБП верифицировалась согласно критериям XVI съезда Научного общества гастроэнтерологов и XI Национального конгресса терапевтов – 2016. Респонденты были разделены на три группы: 1-я группа – РА (50 человек, средний возраст – 54,6); 2-я группа – РА и НАЖБП (32 человека, 64% от общего числа респондентов, средний возраст – 61,2); 3-я группа – условно здоровые, без проявлений НАЖБП (20 человек, контрольная группа, средний возраст – 46,1). Для анализа качества жизни и оценки эмоционального статуса использовались: опросник для оценки связанного со здоровьем качества жизни «SF-36» («The

Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey»); анкета оценки здоровья HAQ (Health Assessment Questionnaire)

Результаты/обсуждение

По данным исследования, из 50 пациентов (70% женщин, 30% мужчин) НАЖБП зарегистрирована у 64% (32 пациента: 68,8% женщин, 40,6% мужчин). Согласно клинко-морфологическим формам заболевания: стеатоз – 22 (29,7%) пациента, стеатогепатит – 10 (31,2%) пациентов, явления цирроза у обследуемых отсутствовали. При проведении общего опросника SF-36 медианы всех параметров (физическое, ролевое физическое, социальное, ролевое социальное функционирование, соматическая боль, общее состояние здоровья, жизнеспособность, психическое здоровье) ниже у пациентов с сочетанием РА и НАЖБП по сравнению с лицами, болеющими лишь РА, и значительно ниже, чем в контрольной группе. Максимальная разница медиан фиксировалась при оценке физического функционирования (86 в контрольной группе, 29 в группе больных РА, 15 у больных сочетанной патологией). Минимальная разница отмечалась при оценке психического здоровья (59 в контрольной группе, 54 у больных РА, 51 у больных РА в сочетании с НАЖБП; достоверность различий P=0,001). При рассмотрении разницы медиан в группах, установлено, что более низкие показатели у пациентов со стеатогепатитом (62% случаев). Значения индекса HAQ у больных РА и НАЖБП выше по сравнению с больными РА и контрольной группой. От 0,94 в контрольной группе, 1,97 у больных РА, до 2,01 при сочетании РА и НАЖБП. Разница индекса наблюдается у пациентов со стеатогепатитом (78%) и стеатозом (58%) соответственно.

Выводы/заключение

Больные РА в сочетании с НАЖБП имеют более низкий уровень удовлетворенности качеством жизни по сравнению с больными РА и практически здоровыми лицами. Более значимой клинко-морфологической формой НАЖБП, влияющей на качество жизни у больных РА, является стеатогепатит.

СНИЖЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Тяпкина М.А., Карпова О.Г.,

Пономарева Е.Ю., Ребров А.П.

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

Введение/цель

Ведущей причиной преждевременной смерти при ревматоидном артрите (РА) являются сердечно-сосудистые осложнения (ССО), связанные с атеросклерозом сосудов. Даже незначительное снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) является важным независимым фактором риска ССО. Цель исследования – определить СКФ у пациентов с РА, выявить взаимосвязи между СКФ и выраженностью субклинического атеросклероза.

Материал и методы

В исследование включены 73 пациента с РА в возрасте от 18 до 60 лет, не имеющих сопутствующих заболеваний почек, артериальной гипертензии III стадии, заболеваний, сопровождающихся развитием вторичной нефропатии.

СКФ рассчитывали по формуле СКД-EPI. У всех пациентов была проведена оценка традиционных факторов сердечно-сосудистого риска, суммарного риска ССО по шкалам SCORE и ReynoldsRiskScore (RRS) в модификации EULAR. Проводили дуплексное исследование сонных артерий с определением толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) в трех точках. Рассчитывали среднюю ТИМ сонных артерий (сумма значений в трех точках сонных артерий – б). Для оценки жесткости сосудистой стенки использовали метод осциллометрии (артериограф «TensioClinic», Тензиомед, Венгрия). Определяли скорость пульсовой волны в аорте (СПВА), индексы аугментации в аорте (AixAo) и плечевой артерии (AixBr).

Результаты/обсуждение

Среди пациентов преобладали женщины – 61 (84%). Медиана возраста пациентов – 48 [36; 54] лет. Преобладали серопозитивные по ревматоидному фактору пациенты, с умеренной и высокой активностью процесса, III рентгенологической стадией по Штейнбрökerу. У 42 (58%) пациентов СКФ находилась в диапазоне от 60 до 89 мл/мин/1,73 м², у 42% пациентов – более 90 мл/мин/1,73 м². Средняя СКФ у пациентов с РА составила 88,43±16,13 мл/мин/1,73 м², у лиц группы сравнения – 93,54±15,22 мл/мин/1,73 м² (p=0,063). Выявлены взаимосвязи между СКФ и традиционными факторами риска ССО: индексом массы тела (r=-0,414; p<0,001), уровнем общего холестерина (r=-0,402; p<0,001), липопротеидов низкой плотности (r=-0,331; p=0,013), триглицеридов (r=-0,283, p=0,028), систолическим АД (r=-0,257; p=0,027), диастолическим АД (r=-0,255; p=0,029) в момент исследования, значением шкал SCORE (r=-0,529; p<0,001) и RRS (r=-0,341; p=0,031). Повышение СПВА > 10 м/с чаще встречалось у пациентов с РА, чем у лиц группы сравнения (32 и 6,8% соответственно, p=0,026). Даже у молодых пациентов, не имеющих традиционных факторов риска ССО, СПВА выше, чем у лиц группы сравнения соответствующего возраста (p<0,05). Выявлены взаимосвязи СКФ с параметрами жесткости сосудистой стенки: Aix Br и Ao (r=-0,475; p<0,001), СПВА (r=-0,520; p<0,001). Средняя ТИМ сонных артерий, даже у пациентов младше 40 лет, больше, чем у лиц, не страдающих артритом (p<0,001). Атеросклеротические бляшки (АСБ) в сонных артериях выявлены у 22,5% пациентов с РА, у лиц группы сравнения бляшки отсутствовали (p=0,018). При этом большинство пациентов с АСБ относились к группе умеренного риска по SCORE (69%) и низкого риска по RRS (43%). У пациентов с АСБ в сонных артериях СКФ значимо ниже, чем у пациентов без АСБ: 80,18±12,55 мл/мин/1,73 м² и 91,15±16,36 мл/мин/1,73 м², p=0,011. У пациенток с РА снижение СКФ на каждые 5 мл/мин сопряжено с увеличением риска обнаружения АСБ в сонных артериях на 23% ($\chi^2=5,63$; p<0,05; доверительный интервал [4;47]).

Выводы/заключение

У пациентов с РА СКФ взаимосвязана с традиционными факторами риска ССО и выраженностью атеросклероза. Оценка риска ССО только на основе традиционных факторов риска может привести к недооценке истинного риска.

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ

Федорович С.Е.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Введение/цель

Поражение позвоночника при спондилоартритах (СпА) приводит к нарушению подвижности грудной клетки и, как следствие, к появлению жалоб респираторного характера и нарушению дыхания. Цель – оценить влияние патологии позвоночника на клинические и функциональные проявления нарушения функции внешнего дыхания (ФВД) у пациентов со СпА.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 58 пациентов со СпА в возрасте от 18 до 68 лет: 44 мужчины и 14 женщин. Средний возраст участников составил 41,4±1,7 года, длительность заболевания была 11,0 (6,0–17,0) года. У всех пациентов выясняли наличие жалоб респираторного характера (при отсутствии у пациентов болезней органов дыхания), определяли подвижность в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника (расстояние «козелок-стена», дыхательная экскурсия грудной клетки, поясничное сгибание), исследовали функцию внешнего дыхания (ФВД) с помощью спирометрии, бодиплетизмографии. К респираторным жалобам относили кашель, одышку, определенную по шкале Британского медицинского исследовательского совета. Подвижность позвоночника измеряли в сантиметрах. В зависимости от снижения объемных или скоростных показателей ФВД выделяли рестриктивные и обструктивные нарушения вентиляции.

Результаты/обсуждение

Жалобы респираторного характера предъявляли 33% пациентов со СпА (19 человек из 58), нарушения ФВД обнаружены у 56% пациентов со СпА (33 человека из 58), рестриктивные нарушения ФВД присутствовали у 51% пациентов (29 человек из 58), обструктивные нарушения – у 7% пациентов (4 человека из 58). Нас интересовало, насколько функциональное состояние позвоночника влияет на появление вентиляционных нарушений у пациентов со СпА. По результатам исследования ФВД все пациенты были разделены на две группы. Первую группу (n=31) составили пациенты с рестриктивными изменениями ФВД при СпА, во вторую группу (n=27) вошли пациенты со СпА без рестриктивных изменений ФВД. Были получены статистически значимые различия между группами по показателю сгибания в поясничном отделе позвоночника (2,6±0,4 vs 3,8±0,4, p=0,043), а также по наличию жалоб со стороны органов дыхания ($\chi^2=8,55$, p=0,006). При проведении однофакторного дисперсионного анализа у всех пациентов со СпА (n=58) была обнаружена значимая связь между величиной дыхательной экскурсии грудной клетки и наличием жалоб респираторного характера (F=5,88, p=0,019), а также между наличием респираторных жалоб и рестриктивными нарушениями ФВД (F=9,87, p=0,003). Обнаружена также обратная связь между поражением шейного отдела позвоночника и обструктивными изменениями ФВД (F=12,51, p=0,001), а также между обструктивными изменениями ФВД и наличием у пациентов утренней скованности в позвоночнике (F=4,91, p=0,031).

Выводы/заключение

У пациентов со Спа функциональные нарушения внешнего дыхания зависят от состояния позвоночника и в большинстве случаев носят рестриктивный характер. На появление рестриктивных нарушений влияет ограничение подвижности в грудном и поясничном отделах позвоночника. Нарушения ФВД по рестриктивному типу сопровождаются также появлением жалоб респираторного характера.

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Филимонова О.Г., Симонова О.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Киров, Россия

Введение/цель

Псориазический артрит (ПсА) является системным прогрессирующим воспалительным заболеванием суставов и позвоночника в сочетании с псориазом, которое часто доставляет значительные моральные страдания, приводит к депрессии, что резко снижает качество жизни (КЖ) больных. Цель исследования – изучить влияние коморбидной депрессии на КЖ и особенности вегетативной регуляции у больных ПсА.

Материал и методы

Обследовано 70 пациентов с достоверным диагнозом ПсА, которые были разделены на две группы: основную – пациенты с наличием тревожно-депрессивных расстройств ($n=30$) и контрольную – пациенты без депрессии ($n=40$). Клинически выраженную тревогу и депрессию диагностировали по госпитальной шкале депрессии и тревоги (HADS) при суммарном балле более 10, опроснику депрессии Бека (BDI) – более 19. КЖ больных определяли по опроснику SF-36. Оценку функционального статуса проводили при помощи опросника HAQ. Влияние поражения кожи на повседневную деятельность пациентов оценивали при помощи опросника DLQI (дерматологический индекс КЖ). Анализ вариабельности сердечного ритма (BCP) проводился путем «коротких» записей (300 интервалов R–R) в стандартных условиях. Оценивали основные статистические и спектральные показатели BCP (SDNN, RMSSD, HF, LF, VLF, LF/HF).

Результаты/обсуждение

Исследуемые группы достоверно не отличались по возрасту, однако в основной группе стаж суставного синдрома был достоверно больше ($p<0,01$). В группе с депрессией было больше человек с распространенным псориазом (23,3 и 8% соответственно) в прогрессирующей стадии (30 и 10% соответственно), а также 2 человека с атипичным псориазом, что соответствует данным литературы о влиянии псориаза на психоэмоциональное состояние больных. Скорость оседания эритроцитов в двух группах достоверно не различалась. Однако число болезненных и припухших суставов, длительность утренней скованности, утомляемость по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), показатель HAQ, количество баллов по опроснику DLQI были достоверно выше, а общее самочувствие по ВАШ достоверно хуже в группе с депрессивными расстройствами, чем в группе сравнения. У больных с коморбидной депрессией уровень качества жизни по опроснику SF-36 был достоверно ниже, чем в контрольной группе, по всем шкалам ($p<0,05–0,001$). У больных ПсА

с наличием депрессии в наибольшей степени изменялись показатели психологического здоровья. Ролевое эмоциональное функционирование было снижено на 82,1%, жизнеспособность на 46,2%, психологическое здоровье на 44,2% по сравнению с группой без депрессии. При исследовании BCP значения SDNN были достоверно ниже в группе пациентов с депрессией по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). Также наблюдалось статистически значимое уменьшение высокочастотного и низкочастотного компонентов BCP, что говорит о комбинированном нарушении процессов регуляции ВНС у больных с депрессией. Достоверное повышение АМо в основной группе отражает меру мобилизирующего влияния симпатического отдела и свидетельствует об усилении активации центрального контура и росте симпатической регуляции у больных ПсА с депрессией. В группе больных с депрессией выявлена обратная корреляционная связь между уровнем депрессии по HADS и SDNN ($r=-0,491$, $p<0,05$).

Выводы/заключение

Больные ПсА с депрессией имеют худшие клинико-функциональные показатели, чем пациенты с аналогичным заболеванием без депрессии. КЖ пациентов с ПсА и коморбидными депрессивными расстройствами достоверно ниже, чем у больных ПсА без депрессии. Депрессивные расстройства у пациентов с ПсА ухудшают показатели BCP и нарушают вегетативный баланс с угнетением парасимпатического тонуса. Выявленные закономерности требуют рассмотрения вопроса о медикаментозной коррекции тревожно-депрессивных расстройств у больных ПсА.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Филимонова О.Г.¹, Чичерина Е.Н.¹, Бетехтина С.Н.²

¹ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России; ²НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Киров ОАО «РЖД», Киров, Россия

Введение/цель

Присоединяющаяся к основному симптому ревматических заболеваний боль усиливает депрессию, утяжеляет, снижает переносимость ее и способствует хронизации. Остеоартроз (ОА) развивается в основном у пациентов старшей возрастной группы, имеющих коморбидную патологию, которая зачастую утяжеляет психическое состояние пациентов. Цель исследования – оценка психоэмоционального состояния у больных ОА.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Киров» ОАО «РЖД». Обследовано 35 пациентов с ОА. Среди пациентов преобладали женщины (83%) с двусторонним гонартрозом (91%) II стадии (13 человек). Средний возраст больных составил $62,3\pm 9,6$ года, стаж заболевания – $7,1\pm 4,6$ года. Число болезненных суставов составило в среднем $4,8\pm 2,8$, длительность утренней скованности – $25,2\pm 22,5$ минут. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались гипертоническая болезнь (71%) и ожирение (57%). Для определения психоэмоциональных нарушений применяли опросник депрессии Бека BDI (Beck Depression Inventory). Оценку реактивной и личностной тревожности проводили по шкале Спилбергерта, адаптированной Ю.Л. Ханиным.

Результаты/обсуждение

Согласно опроснику Бека среднее значение составило $15,4 \pm 7,2$ балла, что соответствует легкой выраженности депрессии (субдепрессии). Только у 9 (25,7%) больных ОА симптомов депрессии не выявлено, у 17 (48,6%) наблюдалась легкая и умеренная депрессия и у 7 (20%) больных – выраженная. У 2 пациентов выявлена тяжелая депрессия, они были направлены на консультацию к психиатру. У больных ОА с помощью опросника Спилбергера–Ханина отмечено повышение значений реактивной и личностной тревожности, при этом почти у половины пациентов наблюдалась умеренная ситуативная (45,7%) тревожность, у большинства больных – высокая личностная (54,3%) тревожность. Только у 7 и 4 больных соответственно выраженность тревожности была низкой. С целью изучения влияния психоэмоциональных нарушений на клинические особенности заболевания были определены корреляционные связи между клиническими показателями пациентов с ОА и уровнем тревожно-депрессивных расстройств. Наблюдалась прямая корреляция между выраженностью депрессии по Беку и возрастом пациентов, числом болезненных суставов и обратная корреляция с самочувствием по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Прямая корреляционная связь также обнаружена между уровнем ситуативной тревожности и числом болезненных суставов. Личностная тревожность прямо коррелировала с возрастом больных, числом болезненных суставов, обратно – с самочувствием по ВАШ ($p < 0,05–0,001$).

Выводы/заключение

Таким образом, психоэмоциональные нарушения у больных ОА встречаются с высокой частотой. У пятой части больных наблюдалась выраженная депрессия согласно опроснику Бека. У больных ОА по опроснику Спилбергера–Ханина преобладала умеренная ситуативная и высокая личностная тревожность. Депрессивные расстройства и личностная тревожность ассоциируются с возрастом пациентов, числом болезненных суставов, самочувствием по ВАШ. Реактивная тревожность прямо коррелирует с числом болезненных суставов.

**ПРИМЕНЕНИЕ СЦИНТИГРАФИИ
ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ
ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ
СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

Хайрутдинова И.Ю.^{1,2}, Баширов Р.А.¹,

Юсупова А.Ф.^{1,2}, Сухорукова Е.В.¹,

Абдаракипов Р.З.¹, Абдулганиева Д.И.^{1,2}

¹ГАОУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ;

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

Введение/цель

Известно, что одним из первых висцеральных проявлений системной склеродермии (ССД) является поражение пищевода. Наиболее распространенными методами оценки функции пищевода являются фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), манометрия пищевода, рентгеновское контрастирование с барием, но известна их ограниченная роль в диагностике ранних изменений. Необходимым представляется изучение роли сцинтиграфии в оценке вовлечения пищевода у пациентов с ССД. Цель работы – оценить возможности динамической сцинтиграфии для раннего выявления основных признаков нарушения транспортной функции пищевода у пациентов с ССД.

Материал и методы

В исследование были включены 28 пациентов с ССД с различной длительностью заболевания. Всем пациентам проводилась ФЭГДС. Критериями исключения являлись состояния, ведущие к нарушению транспортной функции пищевода (ГПОД, ГЭРБ и др.). В контрольной группе 10 здоровых добровольцев. Пациентам проводилась динамическая сцинтиграфия пищевода с коллоидным раствором Tc^{99} «Технефит» на двухдетекторной гамма-камере Philips BrightView в положении лежа и стоя после перорального приема 10–15 мл болюса с водой, помеченной 20 МБк ($0,7$ мКи). После добровольного акта глотания производился быстрый сбор последовательности изображений ($0,5$ с на 1 кадр) в течение 120 с. Далее следовал визуальный анализ изображений и полуколичественный анализ расчета времени прохождения болюса по пищеводу с ручным определением интересующих областей верхней/средней/нижней трети пищевода, а также построение кривых активность-время с подсчетом количественных параметров: время прохождения болюса по пищеводу (ВПП) и процент опорожнения пищевода через 10 с (процент 10 с).

Результаты/обсуждение

В группе пациентов с ССД выявлены два основных типа нарушения транспортной функции пищевода: гипердинамический и гиподинамический. У 5 пациентов – гипердинамический тип нарушений. Он характеризовался быстрой начальной эвакуацией с единичными или множественными эпизодами повторного повышения активности в сегментах пищевода, что являлось признаками спазма нижележащих отделов, а также удлинением ВПП и снижением процента опорожнения пищевода через 10 с. Длительность заболевания ССД составляла не более 1 года. У всех пациентов с данными нарушениями отсутствовали жалобы со стороны верхних отделов ЖКТ. У 14 пациентов выявлен гиподинамический тип нарушений. Он характеризовался длительным выведением препарата из области интереса (в нижней/средней трети), значительным удлинением ВПП (120 ± 15 с ($\mu \pm \sigma$)) и достоверным снижением процента опорожнения пищевода через 10 с ($65 \pm 5\%$). В данной группе длительность заболевания составляла от 2 до 7 лет. У 9 человек с длительностью заболевания менее 1 года не выявлены нарушения транспортной функции пищевода. В нашем исследовании была показана высокая распространенность (75%) вовлечения поражения пищевода с нарушением его транспортной функции у пациентов с ССД. Из выявленных двух типов нарушений гиперкинетический тип можно рассматривать как ранний тип нарушений транспортной функции, в большинстве случаев не сопровождающийся жалобами пациентов. Гипокинетический тип преобладал у пациентов с длительным анамнезом заболевания и сопровождался дисфагией.

Выводы/заключение

Таким образом, динамическая сцинтиграфия пищевода является информативным методом оценки моторно-эвакуаторной функции пищевода, позволяющим инструментально установить наличие нарушения транспортной функции и дифференцировать тип нарушения.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА АКТИВНОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ

Хан Т.А., Нуриддинова С.К., Алиахунова М.Ю.

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

Введение/цель

Оценить эффективность комбинированной терапии пациентов с реактивным артритом по индексу BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) и шкале LEFS (The Lower extremity functional scale).

Материал и методы

Было обследовано 26 больных с диагнозом реактивный артрит урогенной этиологии. Диагноз верифицирован модифицированными берлинскими критериями (1999). Средний возраст пациентов составил $26 \pm 1,2$ года. Все пациенты находились в активной фазе заболевания. Длительность заболевания варьировала от 2 до 8 мес. Количественная оценка активности заболевания проводилась с помощью индекса BASDAI и шкалы LEFS. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа получала традиционное лечение, 2-я — к традиционному лечению была добавлена терапия ультравысокочастотным током.

Результаты/обсуждение

Активность заболевания определялась с помощью индекса BASDAI, включающего в себя вопросы касательно болей, припухлости в суставах, наличия утренней скованности и ее длительности за последнюю неделю. В ходе исследования высокая активность заболевания была зарегистрирована у всех пациентов с реактивным артритом. По истечении 10-дневного лечения, включающего традиционную терапию, низкая степень активности наблюдалась у 11 (84,6%) пациентов, у 2 — наблюдалась BASDAI ≥ 4 . Во 2-й группе у всех пациентов после 10-дневного лечения регистрировалась BASDAI ≥ 4 . Оценка функционального состояния нижних конечностей проводилась по шкале LEFS, включающей в себя 20 пунктов (повседневная, выполняемая изо дня в день работа (профессиональная деятельность): выполнение работы, не связанной с профессиональной деятельностью (хобби, спортивные секции, творческая деятельность), способность войти и выйти из ванны, передвижение из комнаты в комнату, способность надеть носки или обувь, способность присесть, поднять предмет с пола, выполнение легкой и тяжелой работы по дому, способность выйти из машины и сесть в нее, пройти две остановки, пройти 1 милю, подняться и спуститься по 10 ступенькам лестницы, способность стоять и сидеть в течение 1 ч, бежать по ровной и неровной поверхности, способность быстро поворачивать при беге, прыгать, переворачиваться в кровати), каждый из пунктов оценивался по 4-балльной системе: от 0 баллов при невозможности выполнения действия до 4 баллов — при выполнении действия без затруднения. Максимальное количество баллов — 80. В 1-й группе функциональная активность по шкале LEFS до лечения составила $35,7 \pm 2,4$ ($p < 0,05$), после лечения — $68,3 \pm 3,1$ ($p < 0,05$). Во 2-й группе: до лечения — $37,1 \pm 1,8$ ($p < 0,05$), после лечения — $73,7 \pm 2,9$ ($p < 0,05$).

Выводы/заключение

Таким образом, комплексная терапия пациентов с реактивным артритом оказывает более выраженный и быстрый клинический эффект.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Харькова А.Н.¹, Синеглазова А.В.², Несмеянова О.Б.³

¹ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России; ²Медицинский центр «Лотос»; ³ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница, Челябинск, Россия

Введение/цель

Сердечно-сосудистые катастрофы занимают лидирующие позиции в причинах смертности пациентов с системной склеродермией (ССД). Одним из важнейших факторов риска кардиоваскулярной патологии, в частности инфаркта миокарда и мозгового инсульта, является повышение артериального давления (АД). Цель — изучить частоту, структуру и особенности артериальной гипертензии (АГ) при ССД.

Материал и методы

Обследовано 65 женщин, в том числе 27 пациенток с ССД (средний возраст — $48,4 \pm 2$ года), находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Челябинской ОКБ, и 38 клинически здоровых женщин (средний возраст — $45,4 \pm 1,7$ года, $p = 0,311$). Диагноз ССД устанавливался согласно критериям Н.Г. Гусевой 1998 г. Средняя длительность ССД составила $107,8 \pm 15,6$ мес. У 5 пациентов диагностирована лимитированная форма ССД, у 22 — диффузная. У всех больных установлен феномен Рейно. Поражение пищевода наблюдалось у 11 (41%) человек, почек — у 3 (11%), кожи и суставов — у 26 (96%), сердца — у 18 (67%), легких — у 23 (85%). Высокая степень активности ССД установлена у 7 пациенток (26%), средняя — у 12 (44%) и минимальная — у 8 (30%). Обследование проводилось в соответствии со стандартами ведения больных ССД. Для статистической обработки использован пакет программ SPSS 17,0. Данные обработаны методами дескриптивной статистики и представлены в виде средней арифметической и ее средней ошибки ($M \pm m$) с оценкой по критерию U-критерия Манна–Уитни. Качественные данные представлены абсолютным количеством больных (n) и их процентными долями (%) с сопоставлением по критерию χ^2 Пирсона. Проведен непараметрический корреляционный анализ.

Результаты/обсуждение

У пациенток с ССД по сравнению с контролем АГ выявлена достоверно чаще: 12 (44%) и 5 (13%) соответственно ($p = 0,005$). Средние уровни систолического и диастолического АД у лиц с ССД и в контрольной группе составили: $129,63 \pm 5,4$ и $118,98 \pm 1,8$ мм рт. ст., $p = 0,351$ соответственно и $81,11 \pm 2,9$ и $77,84 \pm 1,3$ мм рт. ст., $p = 0,372$ соответственно. При этом в группе контроля установлена только 1-я степень АГ — 5 (100%), тогда как при ССД суммарно преобладали пациентки со 2-й и 3-й степенью АГ ($n = 4$; 33,3% и $n = 3$; 25%). Корреляционный анализ выявил прямую связь наличия ССД с повышением АД ($r_s = 0,316$; $p = 0,01$) и степенью АГ ($r_s = 0,383$; $p = 0,002$). При наличии АГ у пациенток с ССД продолжительность болезни была больше, чем при нормальных уровнях АД ($77,65 \pm 20,8$ и $33,15 \pm 9,7$ мес соответственно, $p = 0,005$). При диффузной форме ССД АГ установлена у 10 (37%) пациенток, а при лимитированной форме — только у 2 (7%) случаях, ($p = 0,825$). Уровни САД и ДАД при диффузной и лимитированной форме достоверно не отличались ($134 \pm 13,6$ и $128,64 \pm 5,9$ мм рт. ст. соответственно, $p = 0,636$ и $82 \pm 5,8$ и $80,9 \pm 3,3$ мм рт. ст. соответственно, $p = 0,873$). Выявлена

прямая связь продолжительности ССД, повышения кожного счета с наличием АГ ($r_s=0,265$; $p=0,033$ и $r_s=0,2326$; $p=0,008$ соответственно). А также прямая взаимосвязь между уровнем С-реактивного белка и уровнем ДАД ($r_s=0,294$; $p=0,045$), 3-й степени АГ ($r_s=0,327$; $p=0,025$).

Выводы/заключение

АГ с высокой частотой встречается у больных ССД с преобладанием 2-й и 3-й степени повышения АД. АГ при ССД ассоциируется с продолжительностью болезни, ее активностью, в том числе с повышением С-реактивного белка, распространенностью кожного поражения.

СРАВНЕНИЕ РОССИЙСКИХ КРИТЕРИЕВ БОЛЕЗНИ/СИНДРОМА ШЁГРЕНА С МЕЖДУНАРОДНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ACR (2012) и ACR/EULAR (2016)

Хван Ю.И.¹, Пальшина С.Г.¹, Родионова Е.Б.¹, Сафонова Т.Н.², Раденска-Лоповок С.Г.³, Васильев В.И.¹, Чальцев Б.Д.¹, Сокол Е.В.¹, Торгашина А.В.¹

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»; ²ФГБНУ НИИ глазных болезней; ³Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Введение/цель

Целью нашего исследования явилось сравнение международных критериев болезни Шёгрена (БШ) ACR (2012) и ACR/EULAR (2016) с Российскими критериями. Критерии ACR (2012): 1) положительный анти-SSA (анти-Ro) и/или анти-SSB (анти-La) или ревматоидный фактор (РФ) и АНФ $\geq 1:320$; 2) балльная оценка окрашивания глазного эпителия ≥ 3 ; 3) очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация в биоптате малой слюнной железы (МСЖ) ≥ 1 фокус/4 ме. Для постановки диагноза БШ необходимо наличие двух критериев из трех. Критерии ACR/EULAR (2016) (балльная система): 1) очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация в биоптате МСЖ ≥ 1 фокус/4 ме (3 балла); 2) положительный анти-Ro (3 балла); 3) оценка окрашивания глазного эпителия > 5 хотя бы одного глаза (1 балл); 4) нестимулированный тест Ширмера ≤ 5 мм/5 мин хотя бы одного глаза (1 балл); 5) нестимулированная сиалометрия $\leq 0,1$ мл/мин (1 балл). При общей сумме баллов – 4 и более выставляется диагноз достоверной БШ.

Материал и методы

41 пациент (40 женщин, 1 мужчина), средний возраст которых составил $52,0 \pm 13,9$ года (28–82), с впервые диагностированной БШ в соответствии с Российскими критериями были зачислены в проспективное исследование в ФГБНУ «НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой» с середины 2016 г. Мы оценили клинические, лабораторные, инструментальные (стоматологические, офтальмологические) признаки БШ, также наличие антицентромерных антител (АЦА), МАЛТ-лимфомы слюнных желез и неоднородной структуры околоушных слюнных желез (ОУСЖ) на УЗИ. Статистический анализ (Пирсон Хи-квадрат, коэффициент корреляции Спирмана) был выполнен с использованием программы STATISTICA 12.

Результаты/обсуждение

По данным нашего исследования, у 24–32% пациентов, удовлетворяющих Российским критериям БШ, не было жалоб на сухость во рту или глазах. У трети пациентов отмечалось увеличение ОУСЖ I–II стадии, из которых 2 пациентам была диагностирована МАЛТ-лимфома,

гистологически и иммуногистохимически верифицированная. У трети пациентов были ретенционные боли в области ОУСЖ, практически у четверти пациентов – рецидивирующие паротиты. У более половины пациентов было выявлено мягкое поражение глаз (счет окраски глазного эпителия $< 3-5$) и в 39% случаев тест Ширмера был более чем 5,0 мм, но менее 10 мм/5 мин. Большинство пациентов (90%) имело положительные аRo, менее половины (44%) – аLa. У 10% больных обнаружены АЦА. Менее 1 фокуса инфильтрации по гистологическому исследованию МСЖ выявлено у 24% больных. У 23 пациентов из 41 было проведено УЗИ ОУСЖ, по результатам которого определялась их неоднородная структура в виде наличия гипоехогенных образований, что может быть расценено как паренхиматозный паротит. Всего лишь у 2 пациентов из всей группы не было признаков паренхиматозного паротита на сиалограмме, однако на УЗИ слюнных желез выявлялось небольшое количество гипоехогенных образований. 90% (37/41) пациентов, соответствующих БШ по Российским критериям, удовлетворяют международным критериям ACR/EULAR (2016), 80% (33/41) критериям ACR (2012). В нашей небольшой группе пациентов с БШ мы не выявили сильной корреляционной связи между различными параметрами, даже такими, как паренхиматозный паротит и фокусы инфильтрации в биоптате малой слюнной железы.

Выводы/заключение

У пациентов БШ, удовлетворяющих международным критериям ACR (2012) и/или ACR/EULAR (2016), диагноз, вероятно, выставляется на более поздних стадиях заболевания. А УЗИ околоушных слюнных желез в повседневной клинической практике, по всей видимости, может заменить сиалографию.

УРОВЕНЬ 25(ОН) ВИТАМИНА D И СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Храмцова Н.А.^{1,2}, Меньшикова Л.В.^{1,2}, Грудниина О.В.¹

¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск; ²ОГАУЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр», Иркутск, Россия

Введение/цель

В последние годы отмечается неуклонный рост числа исследований, посвященных изучению роли витамина D в нарушении минерального и костного метаболизма. Установлено множество плейотропных эффектов витамина в регуляции иммунной системы и профилактике онкологических заболеваний. D-гормон обладает также антипролиферативным эффектом на кератиноциты, поэтому оправдано применение витамина D при заболеваниях кожи, например псориазе. Цель исследования – изучение уровня 25(ОН) D у пациентов с псориатическим (ПсА) и ревматоидным артритом (РА) в зависимости от состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Материал и методы

На базе Иркутского диагностического центра были обследованы 123 пациента с псориазом и ПсА (48 (39%) женщин, 75 (61%) мужчин, средний возраст – $52,31 \pm 7,3$ года); ревматоидным артритом ($n=117$), из них 79 (67,5%) женщин, 38 (32,5%) мужчин, средний возраст $56,6 \pm 5,0$ лет). Критериями исключения из исследования явился ре-

гулярный прием препаратов, содержащих витамин D. На всех пациентов заполнялась анкета для анализа факторов риска остеопороза и дефицита витамина D. Определение уровня 25(OH) D проводилось при помощи биохимического анализатора Cobas 8000 (Roche, Швейцария). Дефицит витамина D определяется как концентрация 25(OH) D

Результаты/обсуждение

Концентрация уровня 25(OH) D в сыворотке крови у пациентов с псориатическим артритом в среднем составила $19,1 \pm 1,3$ нг/мл и варьировала от 7,16 до 34,80 нг/мл. Дефицит и недостаток витамина D выявлен у 90 пациентов, что составило 73,1%. Лишь треть (26,9%) обследованных имели нормальный уровень витамина D. Среди пациентов с ревматоидным артритом уровень 25(OH) D в среднем составил $22,9 \pm 1,3$ нг/мл и варьировал от 19,6 до 30,9 нг/мл. Дефицит и недостаток витамина D выявлен у 54 (47%) человек, у половины (53%) обследованных с ревматоидным артритом установлен нормальный уровень витамина D. Дефицит витамина D ассоциировался с такими факторами риска, как снижение СКФ < 60 мл/мин (OR 1,9; $p < 0,01$), переломы в анамнезе (OR 1,5; $p < 0,05$), ИМТ > 25 кг/м² (OR 1,3; $p < 0,05$), тяжесть псориаза по индексу PASI (OR 1,3; $p < 0,05$), уровень СРБ (OR 1,4; $p < 0,05$) и длительность основного заболевания (OR 1,3; $p < 0,05$).

Выводы/заключение

Таким образом, у пациентов, страдающих ПсА и РА, в 73,1 и 47% случаев соответственно отмечался дефицит или недостаток витамина D в сыворотке крови. Более выраженное снижение уровня 25(OH) D наблюдалось в группе пациентов с Пс и ПсА, при более низких значениях минеральной плотности костной ткани у пациентов с РА, что требует дальнейшего изучения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТА С ОСТЕОАРТРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Цвингер С.М., Романова Е.Н., Портянникова О.О.

ФГБОУ ВО «Читинская медицинская академия»,
Чита, Россия

Введение/цель

Известно, что для остеоартроза не характерны системные проявления, однако наличие коморбидной патологии — частое явление для данной категории пациентов. В связи с этим выделены определенные фенотипы остеоартроза: без коморбидности, со средним и высоким уровнем коморбидного риска. Целью данной работы явилось изучение клинического статуса пациента с остеоартрозом в зависимости от уровня коморбидного риска.

Материал и методы

Обследовано 106 пациентов с первичным остеоартрозом I–III стадии (рентгенологическая классификация Келлгрена–Лоуренса, 1975 г.), из них 58 женщин и 48 мужчин в возрасте от 44 до 60 лет. Проведено анкетирование всех включенных в исследование лиц, анализ амбулаторных историй болезни. Диагноз первичного остеоартроза устанавливался на основании рекомендаций Российской ассоциации ревматологов 2017 г., с учетом классификационных критериев Альтмана (1986). Для оценки качества жизни использовалась анкета SF36, интенсивность боли оценивали по визуальной аналоговой шкале. В соответствии с фенотипической классификацией остеоартроза респонденты были разделены на группы: 1-я группа — без ко-

морбидности, 2-я — со средним и 3-я — с высоким уровнем коморбидного риска. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ Statistica, версия 10,0 (StatSoft). Для сравнения групп применялся U-критерий Манна–Уитни. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

Из 106 обследованных у 13 (12%) человек отсутствовали коморбидные состояния, отражающиеся на здоровье; 57 (54%) имели средний и 36 (34%) высокий коморбидный риск. Средний риск в более чем половине случаев 30 (52,6%) был обусловлен наличием у респондентов артериальной гипертензии, в 6 (10,5%) — сахарным диабетом 2 типа, в 11 (19,3%) — ожирением, в 5 (8,8%) — язвенными поражениями ЖКТ без состоявшихся кровотечений в анамнезе; в 5 (8,8%) — ИБС без острых сердечно-сосудистых событий. При этом 32 (30%) пациента имели сочетание двух и более заболеваний. В группе высокого риска преобладали пациенты, перенесшие острое сердечно-сосудистое событие, таких было 26 (72,2%) человек. Доля больных с желудочно-кишечным кровотечением в анамнезе составила 19,4%, хроническая болезнь почек 3а–3б стадии отмечена в 8,2% случаев. Следует отметить, что 1-я и 2-я группы не различались по гендерному признаку, тогда как в 3-й группе преобладали пациенты мужского пола ($p = 0,04$). У респондентов 2-й группы на более низком уровне определялись показатели качества жизни и уровень настроения ($p = 0,02$). Степень потери трудоспособности и интенсивность боли, обусловленной остеоартрозом, были выше во 2-й и 3-й группах по сравнению с 1-й ($p = 0,02$). Рентгенологическая стадия, частота синовитов и потребность в нестероидных противовоспалительных средствах находились в прямой зависимости от уровня коморбидного риска ($r = 0,8$; $p = 0,01$).

Выводы/заключение

Таким образом, в когорте пациентов среднего возраста, страдающих первичным остеоартрозом, преобладают лица, относящиеся к фенотипу умеренного коморбидного риска. Чаще всего в качестве сопутствующей патологии выступает поражение сердечно-сосудистой системы. Тяжесть течения остеоартроза напрямую зависит от наличия и степени компенсации коморбидной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Чиж К.А.¹, Лиховец М.Д.¹, Калачик О.В.², Сорока Н.Ф.¹

¹Белорусский государственный медицинский университет; ²Учреждение здравоохранения «9-я городская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

Введение/цель

Ревматические заболевания часто сопровождаются развитием хронической болезни почек (ХБП), в том числе ее конечной стадии, требующей лечения методами почечно-заместительной терапии. Трансплантация почки — наиболее адекватный метод лечения, обеспечивающий более высокое качество жизни пациентов и являющийся более предпочтительным с экономической точки зрения. Поражение почек наиболее часто отмечается у пациентов с системной красной волчанкой, системными АНЦА-ассоциированными васкулитами, подагрой, ревматоидным артритом. Цель исследования — уточнение характера и частоты ревматологических заболеваний, приводящих

к трансплантации почки, и оценка особенностей течения посттрансплантационного периода у данной группы пациентов.

Материал и методы

Проведен анализ 73 пациентов ревматологического профиля, которым была проведена трансплантация почки в период с января 2011 по январь 2018 г. в условиях УЗ «9-я клиническая больница» г. Минска. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе Excel с использованием пакета прикладной программы «Real Statistics 2016».

Результаты/обсуждение

Среди 73 пациентов с ревматическими заболеваниями, перенесших трансплантацию почки, женщин было 52%, мужчин – 48%. Средний возраст пациентов на момент операции составил $44,0 \pm 13,2$ года ($p > 0,05$; 95% ДИ 41–47). К трансплантации почки привели следующие заболевания: системная красная волчанка у 24 (32,9%) пациентов, подагра – у 20 (27,4%), вторичный амилоидоз, развившийся на фоне ревматоидного артрита, – у 14 (19,2%), АНЦА-ассоциированные васкулиты – у 10 (13,7%) пациентов, в 3 (4,1%) случаях имел место синдром Гудпасчера, а также отдельные случаи антифолипидного синдрома и системного склероза (2,7%). Трансплантация трупной почки выполнена у 90% пациентов, в 10% случаев осуществлена родственная трансплантация. В период наблюдения после трансплантации почки отмечены следующие осложнения: артериальная гипертензия (32%), инфекции (27%), прочие осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (11%), урологические осложнения (10%). Годичная выживаемость пациентов с пересаженной почкой составила 93%, трехлетняя – 86%. При других неревматических заболеваниях почек (гломерулонефрит, поликистоз и др.) годичная выживаемость составила 97%, трехлетняя – 90%. Основными причинами летальности пациентов ревматологического профиля после трансплантации почки стали инфекции (44%; внебольничная пневмония, сепсис) и кардиоваскулярная патология (33%). Выживаемость почечного трансплантата в течение первого года составила 90%, а пятилетняя – 79,5%. При другой патологии почек за тот же период выживаемость трансплантата отмечена у 91 и 81% пациентов соответственно. В большинстве случаев потеря трансплантата была связана с гуморальным отторжением, инфекциями и периперационными осложнениями.

Выводы/заключение

1. Наиболее часто к развитию конечных стадий ХБП и трансплантации почки приводили системная красная волчанка (33%), подагра (27%) и ревматоидный артрит с амилоидозом почек (19%). 2. Годичная выживаемость ренального трансплантата составила 90%, пятилетняя – 79,5%. Годичная выживаемость ревматологических пациентов составила 93%, трехлетняя – 86%. 3. Результаты трансплантации почки у ревматологических пациентов достоверно не отличаются от результатов трансплантации при другой патологии почек. 4. Основными причинами летальных исходов в посттрансплантационном периоде являются инфекции и кардиоваскулярные осложнения. К дисфункции почечного трансплантата чаще всего приводят кризы отторжения, инфекции и периперационные осложнения.

ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ТРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Чикина М.Н.¹, Елисеев М.С.¹, Желябина О.В.¹, Владимиров С.А.¹, Глухова С.И.¹, Круглова И.В.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия;

²Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины ФМБА России

Введение/цель

Имеются данные о высокой, превышающей популяционную, частоте гиперурикемии у спортсменов. Цель исследования – оценка влияния отдельных факторов на риск развития гиперурикемии у профессиональных спортсменов отдельных видов спорта.

Материал и методы

Исследование было проведено как ретроспективно-проспективное. Критерии включения: спортсмены в возрасте 18–40 лет; сыровоточный уровень мочевой кислоты 360 мкмоль/л. Оценка качественных показателей в группах проводилась путем анализа таблиц сопряженности методом χ^2 . Корреляционный анализ – методом Пирсона.

Результаты/обсуждение

За время наблюдения гиперурикемия развилась у 60 (22,5%) спортсменов, в том числе у 51 (85%) мужчины и у 9 (15%) у женщин. Из исследуемых факторов риска достоверно ассоциировались с развитием гиперурикемии следующие: возраст >25 лет ($p=0,008$), СКФ >100 мл/мин ($p=0,01$), гиперхолестеринемия ($p=0,08$), гипертриглицеридемия ($p=0,04$), индекс массы тела >25 кг/м² ($p=0,008$), КФК ($p=0,007$).

Выводы/заключение

Гиперурикемия у профессиональных спортсменов развилась в 22,5% случаев. Профессиональные спортсмены имеют высокий риск развития гиперурикемии, который может быть объяснен некоторыми факторами риска: возраст >25 лет, СКФ >100 мл/мин, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, повышенный уровень КФК.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ВТОРИЧНЫМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Шамсутдинова Н.Г.¹, Нуруллина Г.И.¹, Кириллова Э.Р.¹, Краснов А.Е.¹, Суриков А.А.¹, Абдулганиева Д.И.¹, Дьякова Е.В.², Абдракипов Р.З.², Афанасьева М.А.², Закиров Р.Х.²

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»; ²ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Республика Татарстан

Введение/цель

У соматических больных распространенность депрессии и тревоги составляет 22–33%. Депрессия является значимым предиктором смертности пациентов, находящихся на стационарном лечении по поводу соматического заболевания (S. Cavanaugh, 2009), и влияет на длительность пребывания больных в стационаре и их трудоспособность (С. Миггеу, 2007). Цель – изучить клинические проявления аффективных расстройств (депрессии, тревоги) и их взаимосвязь с функциональным состоянием легких у пациентов с ревматическими заболеваниями с вторичными интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ).

Материал и методы

Обследовано 30 пациентов с ревматическими заболеваниями: системная склеродермия (ССД) – 9 пациентов, системный васкулит (СВ) – 15, ревматоидный артрит (РА) – 6 пациентов. Средний возраст пациентов составил $54,46 \pm 9,39$ года. Все пациенты имели высокую активность основного заболевания и получали патогенетическое лечение в виде пульс-терапии ГК (19 пациентов) или терапии высоких доз ГК (1 мг/кг) per os (11 пациентов); циклофосфан в виде пульс-терапии (10 человек); были госпитализированы в связи с впервые выявленными поражениями легких или с признаками прогрессирования имеющегося ИЗЛ. Пациенты консультированы кардиологом для исключения кардиального генеза симптомов. Все пациенты проходили стандартное клиническое обследование, кроме этого, были проведены: РКТ легких с высоким разрешением, тест с 6-минутной ходьбой. Оценка функции легких проводилась с помощью спирометрии, бодиплетизмографии, диффузии «одиночный вдох». Для оценки аффективных нарушений применялись следующие шкалы: шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилбергера, Симптоматический опросник SCL-90-R.

Результаты/обсуждение

Все пациенты по данным РКТ имели проявления ИЗЛ в виде неспецифической интерстициальной пневмонии. Среди обследуемых пациентов группа с ДН 1-й степени составила 11 пациентов, ДН 2-й степени – 14 пациентов, ДН 3-й степени – 5 пациентов. Показатель депрессии присутствовал у 70% пациентов, среди которых 33,3% имели депрессию средней тяжести (20–28 баллов по шкале Бека), 77,7% – легкой степени тяжести (14–19 баллов по шкале Бека). При этом субшкала соматических проявлений депрессии (S-P) значимо преобладала над когнитивно-аффективной шкалой (C-A). Среди предложенных вопросов по субшкале S-P опрошенные чаще отмечали утрату работоспособности, нарушение сна, утомляемость, потерю аппетита и веса, снижение либидо. Показатели депрессии коррелировали с ОФВ1 ($r=0,783$, $p<0,05$), дельтой сатурации до и после теста с 6-минутной ходьбой ($r=0,489$, $p<0,05$), тревоги, а также выраженности ДН с уровнем общей тревоги ($r=0,513$, $p<0,05$).

Выводы/заключение

Аффективные расстройства пациентов с ревматическими заболеваниями, имеющих вторичные интерстициальные поражения легких, характеризуются выраженной депрессией, тревогой, соматизацией, а объективная тяжесть заболевания напрямую отражается в психологическом состоянии пациента, что необходимо учитывать при терапии больных.

**СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ
ПРЕПАРАТА «ХОНДРОГАРД»
ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ
И ВНУТРИМЫШЕЧНОМ ВВЕДЕНИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ**

Шарапова Е.П., Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А.,
Аникин С.Г., Короткова Т.А., Алексеева Л.И.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Оценить эффективность, безопасность хондрогада при комбинированном (внутрисуставное – в/с и внутри-

мышечное – в/м) введении у больных с остеоартритом (ОА) коленных суставов.

Материал и методы

В исследование были включены 150 пациентов с ОА коленных суставов 2–3 стадии по Келлгрэну и рандомизированно разделены на две группы по 75 пациентов в каждой. 1-я группа (R) получала препарат внутримышечно: 25 инъекций через день, первые 3 инъекции в дозе 100 мг/мл, начиная с 4-й инъекции – в дозе 200 мг. 2-я группа (N) получала 5 в/с инъекций в целевой сустав по 200 мг с перерывом в 3 дня между введениями, далее 16 в/м инъекций по 200 мг через день. Все пациенты получали мелоксикам 15 мг. Оценивались: боль по ВАШ, индекс WOMAC, сенсорные и аффективно-эмоциональные характеристики боли (для целевого сустава) по опроснику MPQ (McGill Pain Questionnaire). Всем пациентам в начале и в конце исследования были выполнены клинический и биохимический анализы крови, клинический анализ мочи и анализ показателей коагулограммы, электрокардиография.

Результаты/обсуждение

При сравнении двух режимов введения Хондрогада® интенсивность боли по ВАШ к концу лечения в группе N (в/с + в/м введение) была достоверно ниже, чем в группе R ($16,81 \pm 13,49$ и $21,88 \pm 13,24$; $p<0,0001$ соответственно). Анализ динамики общего индекса WOMAC и его составляющих (боль, скованность, функциональное состояние), а также оценки боли по опроснику MPQ достоверных различий между группами N и R не выявил. Серьезных нежелательных явлений (НЯ) в исследовании не зарегистрировано. За весь период исследования выявлено 11 НЯ у 3,3% (5/150) пациентов. К концу исследования разрешение/прекращение НЯ отмечено в 100% случаев. Клинически значимых отклонений лабораторных показателей и данных ЭКГ не наблюдалось.

Выводы/заключение

Исследуемый препарат при любом способе введения (в/м или комбинированный) быстро и эффективно уменьшает болевой синдром и скованность, улучшает функциональное состояние суставов, что дает возможность быстрого снижения дозы НПВП, является безопасным препаратом для пациентов с ОА и коморбидностью.

**ИНФЕКЦИЯ *CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE*
ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА**

Шаруба С.В., Сорока Н.Ф.

Белорусский государственный медицинский
университет, Минск, Республика Беларусь

Введение/цель

Современные данные свидетельствуют, что инфекция *C. pneumoniae* может быть ассоциирована с воспалительными заболеваниями костно-суставной системы. Цель – изучить особенности воспалительных поражений суставов и позвоночника, ассоциированных с инфекцией *C. pneumoniae*.

Материал и методы

В исследование было включено 68 пациентов с воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника, ассоциированными с инфекцией *C. pneumoniae*. Всего 40 женщин и 28 мужчин в возрасте от 18 до 68 лет. Из них с диагнозом ревматоидный артрит (РА) наблюдалось 28 пациентов, реактивный артрит (ReA) был у 24 пациентов,

анкилозирующий спондилит (АС) – у 5 больных, реактивный спондилоартрит (СпА) – у 11 пациентов. Средняя длительность заболевания всех пациентов составила 17 (7–48) месяцев. Связь артритов с инфекцией *S. pneumoniae* подтверждалась у пациентов определением ДНК возбудителя методом ПЦР в реальном времени (РТ-ПЦР) в соскобах из полости рта, уретры, цервикального канала, в синовиальной жидкости (СЖ) или методом ИФА (IgM, IgA). При обнаружении ДНК *S. pneumoniae* в образцах СЖ проводилась постановка реакции NASBA-ПЦР с целью определения рРНК патогена и подтверждения его жизнеспособности и метаболической активности в суставе. С целью дифференциальной диагностики с другими формами артропатий методами РПГА, ИФА и РТ-ПЦР были исключены другие артритогенные и герпесвирусные инфекции: *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Yersinia* spp., *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *HSV*, *CMV*, *EBV*. Также все пациенты были обследованы клинически, лабораторно и инструментально.

Результаты/обсуждение

Инфекция *S. pneumoniae* была обнаружена в образцах из полости рта у 48 пациентов, в СЖ – у 8 пациентов и у 3 из них обнаружена рРНК патогена. Одновременно в полости рта и урогенитальном соскобе возбудитель был выявлен в трех случаях, в полости рта и СЖ – в одном случае. Наличие инфекции в организме методом ИФА подтверждено только у 8 больных. Были выявлены следующие особенности: у 26 (36,7%) пациентов артрит дебютировал после респираторной инфекции или на фоне постоянных болей в горле, длительного, упорного сухого кашля. У 31 (45,5%) заболевание протекало с ежедневным повышением температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр, несмотря на терапию НПВС. Для СпА и РА, ассоциированных с *S. pneumoniae*, характерна длительно сохраняющаяся высокая активность заболевания на фоне приема БПВП и НПВС в адекватных режимах (BASDAI 6,1±0,3; DAS 28 5,4±0,3).

Выводы/заключение

Инфекция *S. pneumoniae* может быть ассоциирована с такими воспалительными артропатиями, как СпА, РА, РеА. Упорный лихорадочный синдром, симптомы со стороны входных ворот инфекции, высокая активность артрита, несмотря на адекватную патогенетическую терапию, могут указывать на наличие данной инфекции в организме, что необходимо учитывать в дальнейшем выборе тактики лечения указанных заболеваний.

ТЕРАПИЯ УПРАЖНЕНИЯМИ (EXERCISE THERAPY) В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Шелепина Т.А.

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

Введение/цель

Литературные данные и наши наблюдения свидетельствуют о низкой физической активности детей с ревматологической патологией, приводящей к отставанию в физическом развитии, обменным и остеопоротическим нарушениям, психосоциальным проблемам. В англоязычной литературе обсуждаются различные методики, их сроки и эффективность, а также различные методики

«Exercise therapy». Целью исследования было проанализировать число пациентов, направленных лечащими врачами в зал по лечебной гимнастике, средние сроки проведения различных комплексов, возможность оценки их результативности, оценить перспективу развития данного вида лечения.

Материал и методы

Изучены данные процедурных карт 306 пациентов, включающие сведения о возрасте и диагнозе больного, назначенном комплексе лечения, числе посещений, объеме движений в пораженных суставах в начале и конце лечения (при проведении мобилизационного комплекса).

Результаты/обсуждение

В 2016 г. 306 пациентов получили направление в зал по лечебной гимнастике, что составило 46% от общего числа пролеченных в отделении больных. 118 пациентов, не имевшим ограничения движений в суставах при недостаточности мышечного аппарата, был проведен общеукрепляющий комплекс (средний срок лечения составил 4 дня). Мобилизационный комплекс проводился с целью сохранения или расширения объема движений в пораженных суставах. Средний срок – 8 дней, полноценный по времени курс был проведен 75 (49%) пациентам. Корректирующий курс с целью исправления порочной установки в суставе был проведен 34 пациентам, средний срок лечения – 7 дней (полный курс получили 50% больных). В целом полноценный по времени курс лечения был у 111 (36%) больных. Оценить результативность общеукрепляющего комплекса, проведенного в стационаре, трудно. У 132 больных, которым проводился мобилизационный комплекс, регистрировались объем движений до и после, расширение амплитуды движения отмечено у 71 (61%). Проведение функционального лечения у большинства больных совпадало с коррекцией медикаментозной терапии, что вызывало положительную динамику в функциональном статусе. Корректирующий комплекс был эффективен у 30 (88%) пациентов с небольшой давностью заболевания и не имевших деструктивных изменений суставов. У пациентов с большой давностью заболевания положительной динамики не отмечалось.

Выводы/заключение

Низкий процент пациентов, направляемых на лечебную гимнастику, свидетельствует о неуверенности врачей и ее необходимости. Вопрос о роли терапии упражнениями в качестве дополнительного лечения больных с ювенильным артритом требует обсуждения ревматологическим сообществом. Краткость пребывания в стационаре ставит основной задачей реабилитационного лечения обучение пациента упражнениям для сохранения объема движений в пораженных суставах и/или укрепления мышечного тонуса, которые необходимо выполнять дома (при удовлетворительном состоянии пациента). При необходимости коррекции порочной установки в суставе необходима выработка стандартов функционального лечения для их продолжения в амбулаторных условиях.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ

ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Шилкина Н.П., Масина И.В., Дряженкова И.В.,

Замышляев А.В., Виноградов А.А.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

Введение/цель

Установить взаимосвязи между сосудистой стенкой, тромбоцитарно-сосудистым и коагуляционным гемостазом, гемореологическим профилем, биогенными аминами и тромбозами при системных аутоиммунных ревматических заболеваниях (САРЗ).

Материал и методы

Обследовано 258 больных САРЗ: 65 – системной красной волчанкой (СКВ), 50 – системной склеродермией (ССД), 143 – системными васкулитами (СВ). Проведено исследование фактора фон Виллебранда (ФВ), активности фибринолиза и антикоагуляционных систем (анти-тромбина (АТ) III, протеинов С и S), гемореологического профиля, широкого спектра аутоантител, включая антитела к кардиолипину (аКЛ IgG и аКЛ IgM), к β_2 -гликопротеину (ГП), простагландинов (ПГ) E и F₂- α , простациклина, фактора некроза опухоли α , концентрации вазоактивных аминов.

Результаты/обсуждение

У больных САРЗ выявлено повышение ФВ, напряжение тромбоцитарно-сосудистого гемостаза с внутрисосудистой агрегацией тромбоцитов и ингибирование системы фибринолиза. Отмечалось снижение АТ III, протеина С и S, повышение фибриногена и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК). Определено снижение простациклина, обнаружена проагрегантная активность тромбосана и ПГ группы E и F₂- α , активация тромбоцитов и системы коагуляции с приобретением эндотелиальными клетками прокоагулянтных свойств под влиянием иммунной агрессии. Имела место выраженная активация коагуляционного гемостаза развитием синдрома гиперкоагуляции с увеличением РФМК, которые можно считать маркером «претромботических» состояний, и фибриногена (ФГ), что можно трактовать как гиперкоагуляционную фазу синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Типичный синдром ДВС с коагулопатией потребления и геморрагическими осложнениями имел место при остром течении процесса у больных СКВ и СВ и у больных с АФС. Синдром гиперкоагуляции выделен как один из основных факторов риска развития инсультов у больных САРЗ с цереброваскулярной патологией. Изменения гемореологического профиля у больных САРЗ характеризовались повышенной вязкостью крови, что сочеталось с приростом вязкости плазмы, агрегации эритроцитов и снижением их деформируемости. Увеличение концентрации вазоактивных аминов (серотонина, гистамина, адреналина) в плазме больных САРЗ поддерживало дальнейшее напряжение свертывающей системы. Их роль в индукции проницаемости сосудов и влиянии на иммунокомпетентные клетки подтверждалась положительными корреляциями между серотонином и адреналином с ФВ, аДНК и аКЛ IgG. Выявлен патогенетический синергизм аКЛ IgG и антител к β_2 -ГП в развитии тромботических процессов, особенно при АФС. Гетерогенность образования тромбов при САРЗ

подтверждалась наличием антител-индуцированного и иммунокомплексного тромбоза, была связана с образованием криоглобулинов, развитием синдрома ДВС, преимущественно хронического течения, и синдромом множественного микротромбирования иммунокомплексного и неиммунного генеза. Изменения тромбоцитарно-сосудистого гемостаза служили показанием для назначения тромбоцитарных дезагрегантов при ишемическом и вазоспастическом синдроме любой локализации, трофических язвах, дигитальных некрозах, синдроме ДВС, синдроме гипервязкости, симптоматических эритроцитозах и тромбоцитозах, а также для вторичной профилактики ишемического инсульта. При гиперкоагулопатии и синдроме ДВС назначали антикоагулянты прямого и непрямого действия.

Выводы/заключение

Механизм тромбообразования при САРЗ неоднороден, выявлена связь между иммунопатологическими нарушениями и тромбогенезом, что было наиболее выражено при АФС.

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Шилкина Н.П., Юнонин И.Е., Михайлова Э.В.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

Введение/цель

Изучение влияния эндотелиальной дисфункции и параметров церебральной гемодинамики на состояние суточного профиля артериального давления у больных ревматоидным артритом.

Материал и методы

Исследование проводили у 78 больных ревматоидным артритом (РА). Выполнялось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ультразвуковое сканирование, доплерография экстракраниальных и интракраниальных артерий головы и шеи. Дисфункция эндотелия оценивалась путем подсчета в камере Горяева десквамированных эндотелиоцитов.

Результаты/обсуждение

Артериальная гипертензия (АГ) имела место у 46 (58,9%) пациентов. При сравнении показателей СМАД у больных РА с артериальной гипертензией отмечалось достоверное повышение средних, минимальных и максимальных значений как систолического (САД), так и диастолического (ДАД) артериального давления в дневные и ночные часы по сравнению с группой контроля. Среднесуточные значения для САД превышали данный показатель на 16% и составили 132,6±17,9 против 113,5±9,24 мм рт. ст. в группе контроля ($p < 0,001$). Для ДАД это превышение соответствовало 6% (81,8±10,8 мм рт. ст. в группе РА с АГ против 77,47±13,4 у здоровых лиц при $p < 0,001$). САД выше 140 мм рт. ст. в дневное время выявлено у 100% больных данной группы, а среднее максимальное значение САД днем составило 167,0±23,6 мм рт. ст. У здоровых этот показатель соответствовал 131,2±10,8 мм рт. ст., что на 27% превышало нормальные показатели. В ночное время имели место более выраженные нарушения: средние значения САД у пациентов с РА были больше на 21%, чем у здоровых лиц, а ДАД – на 24%. Максимальное САД ночью у больных составило 148,6±32,4 против 119,4±8,2 мм рт.

ст., $p=0,001$ в контроле, т. е. на 24% больше в группе РА. ДАД в ночное время суток превышало норму на 19% ($92,0 \pm 26,1$ против $77,4 \pm 6,9$ мм рт. ст., $p < 0,001$, в группе контроля). Установлено достоверное повышение содержания в плазме крови десквамированного эндотелия (в среднем 9×10^4 /л, при норме до 2×10^4 /л). Выявлена отрицательная корреляционная зависимость между активностью системного поражения соединительной ткани и скоростью кровотока по внутренним сонным, передним (ПМА) и задним (ЗМА) мозговым артериям. Установлены положительные корреляции между степенью повышения СОЭ, содержанием в крови ревматоидного фактора и периферическим сосудистым сопротивлением. Снижение же скоростных показателей кровотока коррелировало с ростом артериального давления (АД). Получены отрицательные корреляции между линейной скоростью кровотока (ЛСК) по общим сонным артериям и средним систолическим АД за день и за ночь (коэффициент корреляции ($R = -0,51$ и $-0,66$ соответственно, $p < 0,05$), средним диастолическим АД за ночь ($R = -0,8$, $p < 0,001$), индексами времени систолического АД ($R = -0,84$, $p < 0,01$) и диастолического АД ($R = -0,89$, $p < 0,01$), вариабельностью АД. Для интракраниальных артерий установлены аналогичные закономерности: отрицательные корреляции между ЛСК по ПМА и средним САД за день ($R = -0,56$, $p < 0,05$).

Выводы/заключение

Повышение активности воспалительного процесса приводит к дисфункции эндотелия, что способствует росту периферического сосудистого сопротивления церебральных артерий, снижению скоростных показателей кровотока по ним и возрастанию вариабельности АД, повышению нагрузки давлением.

ФИЗИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУСТАВНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ PRP И КОМБИНИРОВАННЫХ ГЛИКОЗАМИНГЛИКАНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Широкова Л.Ю., Политов Я.В., Шепеляева Л.С., Широкова К.Ю., Козлова О.Г.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

Введение/цель

Цель настоящего исследования – анализ суставной жидкости у пациентов с остеоартритом (ОА) коленного сустава при однокурсовом внутрисуставном введении обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP) на фоне базисного приема хондроитин сульфата и глюкозамина.

Материал и методы

Синовиальную жидкость в динамике внутрисуставных вливаний PRP и перорального приема Терафлекса (1500 мг глюкозамина и 1200 мг хондроитина сульфата в сутки) исследовали у 28 женщин в возрасте $64,2 \pm 7,7$ года, в клинике заболевания которых лидировали боли воспалительного характера, обусловленные вторичным синовитом, подтвержденным ультразвуковым исследованием, на фоне II–III стадий тибеофemorального ОА. Получение PRP проводилось в соответствии со «Способом локальной терапии производными аутологичной крови пациентов ревматологического профиля» (Разрешение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития на

применение новой медицинской технологии ФС № 2010/327 от 08.09.2010 г.). Локальная терапия PRP включала введение по 5,0 мл плазмы 2 раза в неделю в течение 3 недель. В синовиальной жидкости определяли концентрации ИЛ-1 β и его антагониста ИЛ-1Ра, измеряли титр высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP). Физические свойства суставной жидкости оценивали по уровню вязкости, которую исследовали двумя способами. Первый – по анализу длины муциновой нити с помощью стеклянной палочки. Вязкость считалась высокой, если длина муциновой нити равнялась 10 см и выше (3 балла), средней – если нить до 5 см (2 балла), низкой – если нить быстро обрывалась (1 балл). Второй – стандартный вискозиметрический метод. Для статистического анализа применяли программный пакет STATISTICA 10, разработанный компанией StatSoft.

Результаты/обсуждение

При применении локальной терапии PRP и базисного приема гликозамингликанов титр ИЛ-1 β в суставной жидкости по отношению к исходным значениям после второй инъекции (8-й день) не уменьшился ($z = 1,61$, $p = 0,107$), после четвертой (15-й день) – достоверно снизился на 43,6% ($z = 2,52$, $p = 0,011$). Через один месяц от начала лечения уровень цитокина ИЛ-1 β возвратился к исходным цифрам ($z = 1,12$, $p = 0,262$). Внутрисуставное введение PRP сопровождалось увеличением титра ИЛ-1Ра в суставной жидкости на 85,7% ($z = 2,10$, $p = 0,035$) на 8-й день наблюдения, на 846,0% ($z = 2,52$, $p = 0,011$) на 15-й день и на 146,3% ($z = 2,52$, $p = 0,011$) к окончанию первого месяца от начала терапии. Интраартикулярная терапия PRP вызывала достоверное уменьшение концентрации hsCRP в СЖ в середине процесса лечения, т. е. после второй инъекции ($-31,4\%$, $z = 1,96$, $p = 0,049$). После четвертой инъекции PRP уровень hsCRP возвратился к исходным значениям ($z = 1,69$, $p = 0,09$), что прослеживалось и через один месяц после начала терапии ($-8,6\%$, $z = 0,14$, $p = 0,888$). Увеличение вязкости зафиксировано после первого вливания PRP ($+90,8\%$, $t = 6,12$, $p = 0,0001$). К окончанию курса лечения показатель вискозиметрии суставной жидкости был на 57,6% ($t = 7,41$, $p = 0,0001$), через один месяц – на 48,2% ($t = 7,28$, $p = 0,0001$), через три – на 21,9% ($t = 2,18$, $p = 0,037$) выше первоначальных значений.

Выводы/заключение

Применение комплексного подхода, состоящего из локальной терапии PRP и приема комбинированных гликозамингликанов, при остеоартрите коленного сустава сопровождалось позитивными сдвигами в физико-иммунологических свойствах синовиальной жидкости в виде возрастания концентрации противовоспалительного антагониста ИЛ-1Ра и улучшения вязкостных характеристик с пролонгацией эффекта на протяжении трехмесячного мониторинга.

**СПОНТАННАЯ ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ
И ИММУНОГЛОБУЛИНСИНТЕЗИРУЮЩАЯ
АКТИВНОСТЬ В-ЛИМФОЦИТОВ
ПРИ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ
С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ**

Эшбаева Ч.А., Мамасаидов А.Т.

Ошский государственный университет, Ош, Кыргызстан

Введение/цель

Изучить клиническое значение спонтанной пролиферативной и иммуноглобулинсинтезирующей активности В-лимфоцитов (SPABL и SIABL) при раннем ревматоидном артрите (РА) с поражением печени.

Материал и методы

Исследования проводили у 32 больных ранним РА с поражением печени в возрасте от 18 до 37 лет (23 женщины и 9 мужчин). I степень активности патологического процесса отмечена у 7 (21,9%), II – у 12 (37,5%) и III степень – у 13 (40,6%) больных ранним РА с поражением печени. IgM-РФ обнаружен у 18 (56,3%), а АЦЦП – у 19 (59,4%) больных ранним РА с поражением печени. В качестве группы сравнения обследовано 20 больных остеоартрозом (ОА), 18 больных реактивным артритом (РеА), 19 больных анкилозирующим спондилоартритом (АС) и 14 больных системной красной волчанкой (СКВ). Определение SPABL и SIABL проводили на основе регистрации пролиферативной и Ig-синтезирующей активности В-лимфоцитов методом количественной цитофлюориметрии.

Результаты/обсуждение

Показатели SPABL и SIABL у больных ранним РА с поражением печени были достоверно выше, чем у больных ОА ($p < 0,01$), РеА ($p < 0,05$) и АС ($p < 0,05$), и были меньше, чем у больных СКВ ($p < 0,05$). Уровни SPABL и SIABL больше нормы обнаружены у 84,4% больных ранним РА с поражением печени, что было больше, чем у больных АС (68,4%), у больных РеА (55,6%) и больных ОА (25,0%), и меньше, чем у больных СКВ (100%). Значения SPABL и SIABL у больных ранним РА с поражением печени с III и II степенями активности были достоверно ($p < 0,05$) выше, чем с I степенью активности. Показатели SPABL и SIABL у больных ранним РА с поражением печени с РФ- и АЦЦП-положительными формами достоверно ($p < 0,05$) превышали аналогичный показатель у больных с РФ- и АЦЦП-негативными формами.

Выводы/заключение

1. Уровни SPABL и SIABL у больных ранним РА с поражением печени были значительно выше, чем у больных ОА, РеА и АС, но меньше, чем у больных СКВ. 2. Значения показателей SPABL и SIABL при раннем РА с поражением печени зависят от активности болезни и наличия РФ и АЦЦП в крови: чем выше активность болезни и титры РФ и АЦЦП в крови, тем больше значения SPABL и SIABL.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ**

Юдкина Н.Н.¹, Мартынюк Т.В.², Николаева Е.В.¹, Курмуков И.А.¹, Волков А.В.¹

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»; ²НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ РКНПК Минздрава России, Москва, Россия

Введение/цель

Легочная артериальная гипертензия при системной склеродермии (ЛАГ-ССД) в сравнении с идиопатической легочной артериальной гипертензией (ИЛГ) отличается более тяжелым течением, неудовлетворительным ответом на ЛАГ-специфическую терапию, худшей выживаемостью пациентов и неутешительным прогнозом, несмотря на схожий патогенез и клиническую картину этих состояний. Перед врачами разных терапевтических специальностей, в первую очередь перед кардиологами и ревматологами, встает необходимость выделения особенностей течения ЛАГ в зависимости от наличия ССД.

Материал и методы

В исследование включен 51 пациент с ЛАГ-ССД. В качестве контрольной выбрана группа из 50 больных ИЛГ. Для верификации диагноза ЛАГ всем пациентам выполнялись исследования по программе, соответствующей Российским рекомендациям по диагностике и лечению легочной гипертензии 2013 г., с обязательным проведением катетеризации правых отделов сердца и легочной артерии (КПОС). Диагноз ССД устанавливался в соответствии с классификационными критериями 2013 г. С целью обнаружения особенностей течения ЛАГ у больных ССД нами проведен расчет – отношение шансов (ОШ) наступления события методом одновариантной логистической регрессии в группах пациентов с ЛАГ-ССД в сравнении с ИЛГ.

Результаты/обсуждение

Выявлено 29 проявлений, статистически подтвердивших свое значение при ЛАГ-ССД. Наиболее значимыми из них, повышающими риск обнаружения ССД у пациентов с ЛАГ, стали возраст старше 45 лет (ОШ 9,7; 95% ДИ 3,9–24,3, $p < 2$ мг/л (ОШ 12,9; 95% ДИ 3,96–41,8, $p < 15,5$ мм рт. ст. (ОШ 8,9; 95% ДИ 3,4–23,1, $p < 4,5$ мм рт. ст. (ОШ 4,6; 95% ДИ 1,9–11,2, $p = 0,0003$), сывороточный уровень мочевой кислоты > 387 мкмоль/л (ОШ 3,8; 95% ДИ 1,5–9,6, $p = 0,003$), наличие выпота в полости перикарда (ОШ 2,3; 95% ДИ 1,0–5,1, $p = 0,04$). К признакам, снижающим риск обнаружения ССД у пациентов с ЛАГ, относились уровень гемоглобина > 146 г/л (ОШ 0,3; 95% ДИ 0,2–0,8, $p = 0,007$), синкопальные состояния (ОШ 0,3; 95% ДИ 0,1–0,9, $p = 0,02$), среднее давление в легочной артерии > 55 мм рт. ст. (ОШ 0,4; 95% ДИ 0,2–0,9, $p = 0,03$), легочное сосудистое сопротивление > 12 единиц Вуда (ОШ 0,4; 95% ДИ 0,2–0,9, $p = 0,02$).

Выводы/заключение

Выделение особенностей течения ЛАГ, повышающих вероятность обнаружения ССД, способствует своевременной постановке диагноза ССД, позволяет спрогнозировать течение ЛАГ, более тщательно подойти к подбору и мониторингу эффективности ЛАГ-специфической терапии, что будет способствовать улучшению выживаемости и функционального статуса пациентов с ЛАГ-ССД.

**КЛОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
Т-ЛИМФОЦИТОВ ОЧАГОВ ВОСПАЛЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ СО СПОНДИЛОАРТРОПАТИЯМИ**

Комеч Е.А.¹, Колтакова А.Д.², Мясоутова А.А.³,
Корогаева Т.В.², Шмидт Н.И.⁴, Шостак Н.А.⁴,
Лебедев Ю.Б.¹, Звягин И.В.¹

¹ФГБУН «Институт биоорганической химии
им. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова» РАН,
Москва, Россия; ²ФГБНУ «Научно-исследовательский
институт ревматологии им. В.А. Насоновой»,
Москва, Россия; ³Московский государственный универ-
ситет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия;
⁴ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение/цель

Спондилоартропатии (СПА) – группа заболеваний, объединяемых на основе сходства клинических проявлений и генетических факторов риска развития заболевания, которая включает реактивный артрит, артриты ассоциированные с язвенным колитом и болезнью Крона, недифференцированные спондилоартропатии, а также псориазический артрит (ПСА) и анкилозирующий спондилит (АС).

Риск развития СПА связан с рядом аллельных вариантов генов, продукты которых участвуют в развитии и регуляции иммунного ответа генов системы антиген-презентации (*MHC*, *ERAP 1*, *2*), рецепторов НК- и Т-клеток (*KIR3D*, *KIR2D*), рецепторов цитокинов (*IL23R*). Накопленные данные свидетельствуют в пользу гипотезы аутоиммунной природы АС и других СПА: инициации и развития заболевания в результате распознавания иммунной системой антигенов собственного организма.

При исследовании клонального репертуара Т-клеток периферической крови нами была обнаружена характерная для пациентов с АС группа клонотипов со сходной структурой Т-клеточного рецептора (ТкР). Для характеристики связи таких клонотипов с развитием АС и других СПА мы исследовали клональное разнообразие различных субпопуляций Т-лимфоцитов из очагов воспаления у пациентов с АС и ПСА с положительным и отрицательным генотипом по аллелю *HLA-B*27*.

Материал и методы

Параллельные образцы клеток периферической крови и синовиальной жидкости (СЖ) были получены от 19 *HLA-B*27*-положительных (n=13) и *HLA-B*27*-отрица-

тельных (n=6) пациентов с АС и ПСА. Фракции CD8+TRBV9+ и активированных Т-лимфоцитов CD3+PD1+ и CD3+CD137+ выделены с помощью проточного цитофлуориметра. Для реконструкции клонального репертуара Т-лимфоцитов выполнено высокопроизводительное секвенирование библиотек кДНК бета-цепей ТкР. Использование 5'-RACE и молекулярного баркодирования позволило провести количественную оценку представленности клонотипов Т-клеток в исследуемых образцах.

Результаты/обсуждение

Т-клеточный репертуар СЖ при остром воспалении характеризуется низким разнообразием, наличием выраженных клональных экспансий и уникальным клональным составом по сравнению с периферической кровью. Высокопредставленные клонотипы цитотоксической и хелперной субпопуляций Т-клеток СЖ, а также фракции активированных Т-лимфоцитов в основном уникальны для разных доноров.

В образцах СЖ 11 *HLA-B*27*-положительных пациентов с АС или ПСА обнаружены клонотипы с гомологичной структурой ТкР, идентифицированные ранее в периферической крови больных АС. Такие Т-лимфоциты представляют существенную долю фракции цитотоксических Т-клеток СЖ (от 0,5 до 1,7%). При сравнительно невысокой теоретической частоте реализации таких клонотипов в репертуаре у большинства пациентов обнаруживаются несколько вариантов клонотипов, относящихся к данной группе. Вместе с тем такие клонотипы не найдены в СЖ у *HLA-B*27*-отрицательных пациентов с АС или ПСА (n=6).

Выводы/заключение

Полученные данные предполагают участие клонов Т-лимфоцитов с общим мотивом TRBV9_CASS[V/L/A/P][G/A][L/V/T][Y/F]STDTQYF_TRBJ2-3 бета-цепи ТкР в воспалительном процессе суставных тканей как при АС, так и при ПСА. Участие в инициации и/или в развитии воспалительного процесса может происходить в результате распознавания неизвестного антигена в контексте молекулы *HLA-B*27*. Идентификация данной группы Т-клеточных клонов исключительно у *HLA-B*27*-положительных пациентов с ПСА свидетельствует о возможных различиях в патогенезе у пациентов с разным генотипом по аллелю *HLA-B*27*.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 17-75-10220).

Содержание

| | | | |
|--|---|--|----|
| Психологический профиль и особенности психологического портрета пациентов с ревматическими заболеваниями и вторичными интерстициальными заболеваниями легких | 3 | Некоторые особенности трудовой деятельности больных спондилоартритами: предварительные результаты собственного наблюдения | 9 |
| <i>Абдулганиева Д.И., Шамсутдинова Н.Г., Нуруллина Г.И., Кириллова Э.Р., Краснов А.Е., Суриков А.А., Дьякова Е.В., Абдракипов Р.З., Заманова Э.С., Фахрутдинова О.Ю., Исламова Г.М.</i> | | <i>Акулова А.И., Апаркина А.В., Гайдукова И.З., Ребров А.П.</i> | |
| Особенности течения ревматоидного артрита в сочетании с хламидийной инфекцией | 3 | Болезнь Бехчета и исходы беременности | 9 |
| <i>Абдураззакова Д.С.</i> | | <i>Алекберова З.С., Голоева Р.Г., Лиля А.М.</i> | |
| Влияние метаболического синдрома на качество жизни больных ревматоидным артритом | 4 | Клинические ассоциации сосудистого эндотелиального фактора роста и его рецепторов 2 типа при системной склеродермии | 10 |
| <i>Абдураззакова Д.С., Матчанов С.Х.</i> | | <i>Алекперов Р.Т., Ананьева Л.П.</i> | |
| Антигенспецифический В-клеточный иммунный ответ к агрегированному иммуноглобулину при ревматоидном артрите | 4 | The role of antibodies to xanthine oxidase in the development of immunopathological reactions in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus | 11 |
| <i>Абдурашитова Д.И., Мамасаидов А.Т., Мамасаидова Г.М.</i> | | <i>Aleksandrov A.V., Alekhina I.Y., Aleksandrov V.A., Aleksandrova N.V.</i> | |
| Фенотипы остеоартрита в различных возрастных группах | 5 | The role of angiotensin-similar proteins 3 and 4 types as activators of angiogenesis in patients with rheumatoid arthritis | 11 |
| <i>Авдеева О.С., Беляева Е.А.</i> | | <i>Aleksandrov V.A., Shilova L.N.</i> | |
| Особенности гомеостаза <i>FOXP3</i> регуляторных Т-лимфоцитов периферической крови у пациентов с ранним и развернутым ревматоидным артритом | 5 | Влияние низкочастотной магнитотерапии на физические и психоэмоциональные характеристики больных ревматоидным артритом в условиях этапной реабилитации | 12 |
| <i>Авдеева А.С., Рубцов Ю.П., Попкова Т.В., Дыйканов Д.Т., Насонов Е.Л.</i> | | <i>Александрова Н.В., Александров А.В., Никитин М.В., Зборовская И.А.</i> | |
| Влияние биоаналога ритуксимаба (Ацеллбия®, «Биокад») и оригинального препарата Мабтера®, («Ф. Хоффманн-ля Рош ЛТД.», Швейцария) на лабораторные показатели у больных ревматоидным артритом | 6 | Изменения иммунного статуса у больных ревматоидным артритом на фоне терапии тоцилизумабом | 12 |
| <i>Авдеева А.С., Черкасова М.В., Алексанкин А.П., Кусевич Д.А., Рыбакова В.В., Насонов Е.Л.</i> | | <i>Александркин А.П., Герасимова Е.В., Попкова Т.В.</i> | |
| Клинико-параклинические особенности системной склеродермии в зависимости от возраста пациента в начале болезни | 7 | Факторы риска развития сильной боли у лиц с остеоартритом коленных суставов | 13 |
| <i>Агаки С.А., Гротта Л.Г., Ротару Л.А., Дутка Л.И., Короташ В.В.</i> | | <i>Алексеева Л.И., Аникин С.Г., Кашеварова Н.Г., Шаропова Е.П., Таскина Е.А., Короткова Т.А., Раскина Т.А., Оттева Э.Н., Дубиков А.И., Зонова Е.В., Виноградова И.В.</i> | |
| Частота поражения тазобедренных суставов при спондилоартритах по данным магнитно-резонансной томографии (по данным когорты «Корсар»). | 7 | Ультразвуковые изменения суставов кистей и стоп в прогнозировании исходов раннего ревматоидного артрита | 13 |
| <i>Агафонова Е.М., Дубинина Т.В., Румянцева Д.Г., Демина А.Б., Румянцева О.А., Эрдес Ш.Ф.</i> | | <i>Алексеева О.Г., Смирнов А.В., Глухова С.И., Волков А.В., Насонов Е.Л.</i> | |
| Частота поражения тазобедренных суставов при спондилоартритах по данным ультразвукового исследования | 8 | Взаимосвязь минеральной плотности кости с остеоартритом коленных суставов | 14 |
| <i>Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Подряднова М.В., Румянцева Д.Г., Демина А.Б., Румянцева О.А.</i> | | <i>Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Смирнов А.В.</i> | |
| Сосудистая жесткость и атерогенез при анкилозирующем спондилите: клинико-лабораторные взаимосвязи | 8 | Влияние ранней менопаузы на развитие постменопаузального остеопороза | 15 |
| <i>Аксенова Т.А., Иващенко Н.Ф., Царенко С.Ю., Горбунов В.В., Громов П.В.</i> | | <i>Алиева К.К., Ташпулатова М.М.</i> | |
| | | Risk factors for cardiovascular disease in patients with seronegative spondyloarthritis | 15 |
| | | <i>Aliakhunova M.Y., Nuritdinova S.K., Khan T.A.</i> | |
| | | Применение ритуксимаба при интерстициальном поражении легких, ассоциированном с системной склеродермией: оценка эффекта через год после инициации терапии | 16 |
| | | <i>Ананьева Л.П., Конева О.А., Десникова О.В., Глухова С.И., Гарзанова Л.А., Старовойтова М.Н., Овсянникова О.Б.</i> | |

| | |
|--|---|
| Тактика врачебных назначений нестероидных противовоспалительных средств в период беременности: результаты II Республиканского фармакоэпидемиологического исследования «Лекарственные средства и беременность» в Республике Беларусь 16 | Первично-хронический септический париетальный эндокардит, в рамках долгосрочного проспективного наблюдения больной спустя 35 лет 24 |
| <i>Андреева А.Н., Тихоновец В.В.</i> | <i>Бушманова Г.М., Зорина И.Г., Останькович О.И.</i> |
| Системный склероз. Ранняя диагностика 17 | Открывающая угол высокая тиббиальная остеотомия как метод лечения гонартроза 2–3-й стадии 24 |
| <i>Апанасович В.Г., Полянская А.В., Хидченко С.В., Комлик К.С.</i> | <i>Бялик В.Е., Макаров С.А., Алексеева Л.И., Бялик Е.И., Глухова С.И., Нурмухаметов М.Р., Нестеренко В.А.</i> |
| Значение воспаления в развитии атеросклероза у больных системной красной волчанкой 17 | Дифференциальная диагностика некоторых аутоиммунных и лимфопролиферативных заболеваний, имеющих в дебюте поражение лимфоузлов 25 |
| <i>Аршинов А.В., Левшин Н.Ю., Маслова И.Г., Лужинский А.Н.</i> | <i>Васильев В.И., Сокол Е.В., Пальшина С.Г., Чальцев Б.Д., Лиля А.М., Пробатова Н.А., Кокосадзе Н.В., Павловская А.М., Гайдук И.В., Ковригина А.М.</i> |
| Улучшение тактики ведения больных ревматоидным артритом с использованием интернет-портала 18 | Ассоциация клинического фенотипа и профиля аутоантител при ревматоидном артрите 26 |
| <i>Багирова Г.Г., Лыгина Е.В., Якушин С.С., Козьминская М.И.</i> | <i>Волкова М.В., Кундер Е.В.</i> |
| Фенотипирование субпопуляций дендритных клеток периферической крови у пациентов с ранним ревматоидным артритом 18 | Влияние стандартной терапии на качество жизни, связанное со здоровьем, у пациентов с системной красной волчанкой 26 |
| <i>Банщикова Н.Е., Королев М.А., Летягина Е.А., Омельченко В.О., Повещенко О.В., Суворцева М.А., Лыков А.П.</i> | <i>Воробьева Л.Д., Асеева Е.А., Соловьев С.К., Глухова С.И.</i> |
| Осложнения эндопротезирования крупных суставов у пациентов с ревматоидным артритом. 19 | Дифференциальная диагностика кожного процесса у пациентки с системной склеродермией 27 |
| <i>Башкова И.Б., Преображенская Е.В., Безлюдная Н.В., Спиридонова О.В., Васильева О.А.</i> | <i>Габдуллина З.Н., Файрушина И.Ф., Сухорукова Е.В., Абдулганиева Д.И.</i> |
| Сердечно-сосудистые факторы риска развития атеросклероза и иммунное воспаление при системной красной волчанке 20 | Семилетний ретроспективный анализ отдаленных последствий реактивных артритов 27 |
| <i>Башлакова Н.А., Тябут Т.Д., Буглова А.Е., Кундер Е.В., Жерко О.М., Бабак Г.А.</i> | <i>Галиакбарова В.А., Журавлева М.О.</i> |
| Опросник <i>DISQ</i> для оценки выраженности гастроинтестинальных симптомов у пациентов с анкилозирующим спондилитом 20 | Трудности терапии поражения сердца при системной склеродермии 28 |
| <i>Белоусова Е.Н., Гайнуллина Г.Р., Протопопов М.С., Сухорукова Е.В., Абдракипов Р.З., Абдулганиева Д.И.</i> | <i>Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б.</i> |
| Вискоасплементарная терапия при остеоартрите тазобедренного сустава 21 | Субпопуляции В-лимфоцитов у больных ревматоидным артритом и влияние на них ингибитора рецепторов интерлейкина-6 28 |
| <i>Беляева Е.А., Разин В.Н.</i> | <i>Герасимова Е.В., Алексанкин А.П., Мартынова А.В., Попкова Т.В.</i> |
| Остеопротекторы в терапии больных псориатическим артритом с психоэмоциональными расстройствами 21 | Ассоциация атеросклеротического поражения брахиоцефальных и коронарных артерий у больных ревматоидным артритом с подозрением на ишемическую болезнь сердца 29 |
| <i>Благинина И.И., Реброва О.А., Блудова Н.Г., Бахтияров П.Д., Былино В.В.</i> | <i>Герасимова Е.В., Попкова Т.В., Новикова Д.С., Круглый Л.Б., Фомичева О.А.</i> |
| Применение транскраниальной электростимуляции в комплексном лечении хронической боли при остеоартрите. 22 | Анемический синдром у больных ревматоидным артритом . . . 29 |
| <i>Борисова О.А., Беляева Е.А.</i> | <i>Горячева С.А., Фомина О.П.</i> |
| Оценка эффективности и безопасности трехвалентной сплит-вакцины против гриппа у пациентов с ревматическими заболеваниями. 23 | Риск кардиоваскулярной патологии у больных псориатическим артритом 30 |
| <i>Буханова Д.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Лукина Г.В., Демидова Н.В., Юдкина Н.Н., Черкасова М.В., Диатроптов М.Е.</i> | <i>Горячева С.А., Фомина О.П.</i> |
| Иммуногенность и безопасность 23-валентной пневмококковой вакцины у больных ревматоидным артритом: результаты четырехлетнего наблюдения 23 | Особенности суставного синдрома при острой ревматической лихорадке у детей 30 |
| <i>Буханова Д.В., Сергеева М.С., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Черкасова М.В., Муравьев Ю.А., Лукина Г.В., Демидова Н.В.</i> | <i>Гриднева Р.И., Закиров М.М., Кондрькинский Е.Л., Початкова Г.И., Житенева А.И., Хомарова Е.В.</i> |
| | The problems of evaluative undifferentiated seronegative spondyloarthritis. 31 |
| | <i>Groppa Liliana, Chislari Lia, Russu Eugeniu, Rotaru Larisa, Cazac Victor</i> |
| | Влияние коморбидной кардиометаболической патологии на прогрессирование аваскулярного некроза головки бедренной кости 31 |
| | <i>Гудкевич Е.В., Мартусевич Н.А., Мурзич А.Э.</i> |

| | | | |
|--|-----------|--|-----------|
| Клинический и микробиологический ответ на пробиотические добавки у пациентов с ревматоидным артритом | 32 | Оценка эффективности трансплантации аутологичных стволовых клеток при системной склеродермии по иммунофенотипическому методу | 40 |
| <i>Гульнева М.Ю., Носков С.М., Малафеева Э.В.</i> | | <i>Иманбердиева А.М., Криворучко Н.А., Шаймарданова Г.М., Козина Л.В.</i> | |
| Нафталанотерапия больных анкилозирующим спондилоартритом | 32 | Клиническое значение показателя спонтанной В-клеточной активации при реактивных артритах | 40 |
| <i>Гусейнов Н.И.</i> | | <i>Ирисов А.П., Мамасаидов А.Т.</i> | |
| Энзимотерапия при диабетической артропатии | 33 | Возможности ингибитора эндотелиального фактора роста в лечении остеоартрита | 41 |
| <i>Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н., Сулейманова Р.Т.</i> | | <i>Кабалык М.А., Коваленко Т.С., Овчинникова Г.С.</i> | |
| Эпитопная специфичность аутоантител к тиреоглобулину у пациентов с сочетанием ревматоидного артрита и аутоиммунного тиреоидита | 33 | Молекулярные механизмы ремоделирования субхондральной кости при артериальной гипертензии и гиперлипидемии | 41 |
| <i>Дворовкин А.Э., Один В.И., Шапкова О.А., Инамова О.В., Тыренко В.В., Топорков М.М., Евич Е.Л.</i> | | <i>Кабалык М.А., Невзорова В.А., Коваленко Т.С.</i> | |
| Значение определения сывороточного прокальцитонина в дифференциальной диагностике инфекций и ревматических заболеваний | 34 | Дифференцированный подход к коррекции режима введения тоцилизумаба при системном варианте ювенильного артрита: результаты ретроспективного исследования. | 42 |
| <i>Дилбарян А.Г., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Буханова Д.В.</i> | | <i>Каледа М.И., Никишина И.П., Федоров Е.С., Алексеев Д.Л., Костарева О.М., Шаповаленко А.Н.</i> | |
| Образование врачей и пациентов с анкилозирующим спондилитом как важная составляющая контроля активности заболевания | 34 | Опыт применения ингибитора интерлейкина-17 у пациента с анкилозирующим спондилитом | 42 |
| <i>Дубинина Т.В., Лапина С.А., Гайдукова И.З., Ситало А.В., Бадокин В.В., Бочкова А.Г., Бугрова О.В., Годзенко А.А., Дубиков А.И., Иванова О.Н., Кортаева Т.В., Несмеянова О.Б., Никишина И.П., Оттева Э.Н., Раскина Т.А., Ребров А.П., Румянцева О.А., Смирнов А.В., Эрдес Ш.Ф.</i> | | <i>Калинина Е.В., Звоноренко М.С.</i> | |
| Синдром Леффрена в практике ревматолога | 35 | Дисфункция почек у пациентов разного пола с псориатическим артритом | 43 |
| <i>Егорова О.Н., Белов Б.С., Никишина Н.Ю., Глухова С.И., Раденска-Лоповок С.Г.</i> | | <i>Карпова О.Г., Тяпкина М.А., Александрова О.Л., Ребров А.П.</i> | |
| Идиопатический лобулярный паникулит: клиничко-лабораторные особенности | 35 | Оценка состояния периферических суставов и энтезисов у пациентов с язвенным колитом. | 43 |
| <i>Егорова О.Н., Белов Б.С., Глухова С.И., Никишина Н.Ю., Раденска-Лоповок С.Г.</i> | | <i>Кириллова Э.Р., Гайнуллина Г.Р., Абдулганиева Д.И.</i> | |
| Выраженность тревоги и депрессии у женщин с ревматоидным артритом в зависимости от наличия традиционных факторов кардиоваскулярного риска и характера болевого синдрома | 36 | Коморбидная патология у пациентов с остеопоротическими переломами проксимального отдела бедра | 44 |
| <i>Егорова Е.В., Романова Т.А., Никитина Н.М., Ребров А.П.</i> | | <i>Козырева Э.С., Мишустин А.Д., Беляева Е.А.</i> | |
| Диагностические и прогностические показатели церулоплазмينا при системной красной волчанке | 37 | Распространенность и интенсивность кариеса у больных ревматоидным артритом | 44 |
| <i>Емельянова О.И., Гонтарь И.П., Русанова О.А.</i> | | <i>Колотова Н.Н., Колотова Г.Б., Кузнецова Н.А.</i> | |
| Сложности диагностики реактивных артритов в амбулаторно-поликлинических условиях. | 37 | Ангиогенез в синовии – предиктор прогрессирования деструкции у больных ревматоидным артритом | 45 |
| <i>Журавлева М.О.</i> | | <i>Комарова Е.Б., Ребров Б.А., Белкина Г.А., Покрышка И.И.</i> | |
| Поражение респираторной системы в манифестации синдрома Чарлж–Стросса: клиническое наблюдение | 38 | Инсулинорезистентность при ревматоидном артрите: можно ли использовать критерии метаболического синдрома для ее оценки? | 45 |
| <i>Звоноренко М.С.</i> | | <i>Кондратьева Л.В., Попкова Т.В.</i> | |
| Распространенность сопутствующих заболеваний у пациентов пожилого возраста с остеоартритом коленного сустава (результаты многоцентрового исследования «ЮЛА») | 39 | Сравнение эффективности и безопасности длительного применения циклофосфамида и микофенолата мофетила у больных системной склеродермией с интерстициальным поражением лёгких | 46 |
| <i>Золотовская И.А., Давыдкин И.Л., Григорьева Н.Ю., Трибунцева Л.В., Волкорезов И.А.</i> | | <i>Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Ананьева Л.П., Гарзанова Л.А., Старовойтова М.Н.</i> | |
| Преподавание в резидентуре по новому стандарту в Республике Казахстан | 39 | Динамика эффективности терапии ритуксимабом по критериям EULAR у мужчин с ревматоидным артритом по результатам четырехлетнего наблюдения | 47 |
| <i>Иванова Р.Л., Рымбаева Т.Х.</i> | | <i>Королева М.В., Раскина Т.А., Малышенко О.С., Аверкиева Ю.В.</i> | |
| | | Сходства и различия в морфологической характеристике синовии при наиболее распространенных фенотипах остеоартроза. | 47 |
| | | <i>Корочина К.В., Чернышева Т.В., Корочина И.Э., Сафронов А.А., Аверьянов А.А.</i> | |

| | | | |
|--|----|--|----|
| Предикторы успешной терапии адалимумабом сопутствующего увеита у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом. | 47 | Особенности изменения активности ксантинооксидазы и ксантиндегидрогеназы в лизатах лимфоцитов и плазме крови при ревматоидном артрите на фоне применения глюкокортикоидов. | 55 |
| <i>Криулин И.А., Алексеева Е.И., Дворяковская Т.М., Москалев А.В.</i> | | <i>Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Трофименко А.С., Зборовская И.А.</i> | |
| Анкилозирующий спондилит и беременность: динамика функционального статуса | 48 | Группа риска гепатотоксичности нестероидных противовоспалительных средств среди пациентов с подагрой | 56 |
| <i>Кричевская О.А., Гандалоева З.М., Дубинина Т.В.</i> | | <i>Мытник Е.А., Михневич Э.А., Раевна Т.Г., Павлович Т.П., Тетега В., Леончик Е.В.</i> | |
| Течение анкилозирующего спондилита на фоне беременности: данные проспективного наблюдения. | 48 | Определение степени выраженности кальцификации клапанов сердца по данным эхокардиографии у больных ревматоидным артритом | 57 |
| <i>Кричевская О.А., Гандалоева З.М., Дубинина Т.В., Демина А.Б.</i> | | <i>Никитина Н.В., Александрова Н.В., Александров А.В.</i> | |
| МРТ-изменения в межфаланговых суставах при остеоартрите | 49 | Анализ влияния симптом-модифицирующих препаратов медленного действия на объем синовиальной жидкости в полости коленного сустава | 57 |
| <i>Кудинский Д.М., Смирнов А.В., Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Аникин С.Г., Короткова Т.А., Шарапова Е.П., Стребкова Е.А., Феклистов А.Ю.</i> | | <i>Носков С.М., Горохова В.А., Луцкова Л.Н., Широкова Л.Ю., Лаврухина А.А., Шерина Т.А.</i> | |
| Эхографическая диагностика подагрического артрита | 50 | Симптом-модифицирующее действие хондроитин сульфата при парентеральном пути введения у больных остеоартрозом коленных суставов. | 58 |
| <i>Лагутчев В.В., Литвяков А.М.</i> | | <i>Носков С.М., Дыбин С.Д., Нагибин Р.М., Горохова В.А.</i> | |
| Отдаленные результаты образовательных программ для врачей первичного звена по диагностике и лечению аксиального спондилоартрита в г. Казани. | 50 | Влияние изменения массы тела на динамику МРТ-картины у больных остеоартрозом коленных суставов. | 58 |
| <i>Лапина С.А., Мясоутова Л.И., Мухина Р.Г., Абдулганиева Д.И.</i> | | <i>Носков С.М., Луцкова Л.Н., Горохова В.А., Нагибин Р.М., Паруля О.М., Снигирева А.В., Жомова М.В., Микрюков А.А., Речкина О.П., Башкина А.С.</i> | |
| Результаты теста волчаночной полосы у больных системной красной волчанкой и «неполной» волчанкой. | 51 | Проблемы хирургического лечения стойкой деформации переднего отдела стопы у больных ревматоидным артритом. Способы фиксации артродеза I плюснефалангового сустава в зависимости от состояния костной ткани. | 59 |
| <i>Лила В.А., Мазуров В.И.</i> | | <i>Нурмухаметов М.Р., Макаров М.А., Макаров С.А., Бялик Е.И., Хренников Я.Б., Бялик В.Е., Нестеренко В.А., Храмов А.Э., Рыбников А.В., Нарышкин Е.А., Павлов В.П.</i> | |
| Анализ скорости клубочковой фильтрации у больных ревматоидным артритом в сочетании с метаболическим синдромом | 51 | Диагностическая ценность С-пептида и модифицированных индексов <i>НОМА</i> при нарушениях углеводного обмена у пациентов с ревматическими заболеваниями на фоне пульс-терапии глюкокортикоидами. | 60 |
| <i>Лисицина Ю.И.</i> | | <i>Нуруллина Г.И., Валева Ф.В., Абдулганиева Д.И.</i> | |
| Опыт применения голимумаба при псориазическом артрите | 52 | Функциональное состояние легких и активность ревматических заболеваний у пациентов с вторичными интерстициальными заболеваниями легких | 60 |
| <i>Мальшиенко О.С., Раскина Т.А., Королева М.В., Пирогова О.А.</i> | | <i>Нуруллина Г.И., Шамсутдинова Н.Г., Кириллова Э.Р., Краснов А.Е., Суриков А.А., Абдулганиева Д.И., Мингазова Л.И., Сухорукова Е.В., Закиров Р.Х.</i> | |
| Т-клеточная активация и анти-Т-клеточная терапия при ревматоидном артрите | 52 | Взаимосвязь между цифровой ишемией и показателями функциональных легочных тестов у пациентов с системной склеродермией за пятилетний период наблюдения | 61 |
| <i>Мамасаидов А.Т., Немцов Б.Ф., Абдурашитова Д.И., Лобанченко О.В., Ирисов С.Ю., Турсунов С.Ю.</i> | | <i>Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П.</i> | |
| Применение ингибитора интерлейкина-6 у пациентов с ревматоидным артритом не приводит к нарастанию признаков хронической сердечной недостаточности: 12 месяцев наблюдения | 52 | Сопоставление маркеров воспаления С-реактивного белка и скорости оседания эритроцитов с параметрами функциональных легочных тестов и индексом активности у пациентов с системной склеродермией и интерстициальным поражением легких за пятилетний период наблюдения | 61 |
| <i>Мартынова А.В., Попкова Т.В., Герасимова Е.В.</i> | | <i>Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П.</i> | |
| Анализ коморбидных состояний при ревматоидном артрите | 53 | | |
| <i>Матчанов С.Х., Абдуразакова Д.С., Алиева К.К.</i> | | | |
| The impact of tumor necrosis factor α inhibitor treatment over a period of 1 year on echocardiographic values for patients with ankylosing spondylitis | 53 | | |
| <i>Makhina V.I., Gaidukova I.Z., Rebrov A.P.</i> | | | |
| Raynaud's syndrome in systemic sclerosis. The experience of using the method of capillaroscopy in diffuse scleroderma at arthritis medical center in the city of Shymkent | 54 | | |
| <i>Mahmudov Sh.A., Baytuhamedov Ch.T.</i> | | | |
| Клинико-патогенетические варианты дебюта подагры | 54 | | |
| <i>Михневич Э.А.</i> | | | |
| Проблемы диагностики подагры | 55 | | |
| <i>Михневич Э.А., Тетега В., Павлович Т.П.</i> | | | |

| | | | |
|---|----|---|----|
| The efficiency of diacerein in patients with osteoarthritis, type 2 diabetes mellitus and obesity | 62 | Влияние компонентов метаболического синдрома на течение псориатического артрита | 68 |
| <i>Oleinik M.A., Zhuravleva L.V.</i> | | <i>Рахимова М.К., Набиева Д.А., Исакова Э.И.</i> | |
| Значение константных маркеров в оценке кардиоваскулярного риска у больных ревматоидным артритом в Новосибирской области | 62 | Влияние терапии глюкокортикоидами на цереброваскулярную реактивность у пациентов с ревматоидным артритом в сочетании с артериальной гипертензией | 68 |
| <i>Омельченко В.О., Летагина Е.А., Шевченко А.В., Коненков В.И., Поспелова Т.И., Королев М.А.</i> | | <i>Реброва Н.В., Саркисова О.Л., Рипп Т.М., Богомолова И.И., Карнов Р.С., Мордовин В.Ф.</i> | |
| Ультразвуковое исследование лучезапястных суставов: распространенность хондрокальциноза у пациентов с различными артропатиями | 63 | Маркеры почечного повреждения у пациентов со спондилоартритами с наличием увеитов и без увеитов, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты длительно | 69 |
| <i>Осиянц Р.А., Елисеев М.С., Владимиров С.В., Ильиных Е.В.</i> | | <i>Ребров А.П., Апаркина А.В., Гайдукова И.З., Хонджарян Э.В., Гамаюнова К.А.</i> | |
| Оценка ультразвуковых признаков депонирования кристаллов моноурата натрия у пациентов с пирофосфатной артропатией: взаимосвязь с лабораторными данными, рентгенологической картиной и результатами оценки синовиальной жидкости | 63 | Показатели аутоиммунного звена системы эластин—эластаза у больных системной красной волчанкой с преимущественным поражением легких | 70 |
| <i>Осиянц Р.А., Елисеев М.С., Владимиров С.В., Ильиных Е.В., Смирнов А.В.</i> | | <i>Русанова О.А., Гонтарь И.П., Емельянова О.И.</i> | |
| Клиническое значение ФНО α и ИЛ-6 у пациентов с системной красной волчанкой, не получающих патогенетическую терапию | 64 | Оценка показателей качества жизни у больных ревматоидным артритом с кардиоваскулярной коморбидностью | 70 |
| <i>Панафидина Т.А., Попкова Т.В., Насонов Е.Л.</i> | | <i>Саидова М.М., Камилова У.К., Юсупалиев Б.К.</i> | |
| Ревматическая болезнь сердца и синдром обструктивного апноэ сна | 64 | Остеопороз и его осложнения у мужчин: актуальность проблемы | 71 |
| <i>Петров В.С.</i> | | <i>Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В.</i> | |
| Клинические особенности течения системной красной волчанки у больных с тромбоцитопенией | 65 | Оценка эффективности и безопасности эторикоксиба в терапии остеоартроза у пожилых пациентов | 71 |
| <i>Петров А.В., Белоглазов В.А., Гаффарова А.С., Гнатенко Т.Г.</i> | | <i>Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Ахвердян Б.В., Поляков В.А., Кравцов Г.И., Заводовский Б.В.</i> | |
| Эффективность и безопасность ацеклофенака в реальной клинической практике: результаты Российского многоцентрового исследования «НОТА» | 65 | Анализ коморбидности у больных псориатическим артритом | 72 |
| <i>Погожева Е.Ю., Каратеев А.Е., Мирджанова В.Н., Филатова Е.С., Лиля А.М.</i> | | <i>Симонова О.В., Аботурова Д.О., Пленкина Л.В.</i> | |
| Создание службы вторичной профилактики переломов, или То, что можно предугадать, можно предупредить | 66 | Оценка коморбидной патологии у больных анкилозирующим спондилитом | 73 |
| <i>Полякова Ю.В., Писарева В.В., Сивордова Л.Е., Ахвердян Ю.Р., Папичев Е.В., Шилова Л.Н., Заводовский Б.В.</i> | | <i>Симонова О.В., Мацола С.М., Пленкина Л.В.</i> | |
| Соответствие ультразвукографических изменений и клинических проявлений при остеоартрите коленных суставов | 66 | Устекинумаб и ингибиторы ФНО α одинаково снижают активность периферического артрита при псориатическом артрите: первый промежуточный анализ наблюдательного исследования в реальной практике в 8 странах Европы (PsABio) | 73 |
| <i>Разин В.Н., Беляева Е.А.</i> | | <i>Smolen J.S., Копотаева Т.В., Bergmans P., Бондарева И., de Vlam K., Gremese E., Joven-Ibanez B., Nurmohamed M.T., Sfrikakis P.P., Siebert S., Смирнов П., Theander E., D'Abrosca V., Gossec L.</i> | |
| Распространенность остеопоротических переломов позвонков у лиц старшей возрастной группы в зависимости от пола и возраста | 67 | Динамика показателей цитокинового профиля и индикаторов ремоделирования костной ткани у больных ювенильным ревматоидным артритом на этапе санаторно-курортного лечения | 74 |
| <i>Раскина Т.А., Аверкиева Ю.В., Малышенко О.С., Королева М.В.</i> | | <i>Соболева Е.М., Каладзе Н.Н.</i> | |
| Риск развития фатальных коронарных событий в зависимости от минеральной плотности костной ткани у мужчин с ишемической болезнью сердца | 67 | Дебют, течение и исходы системной склеродермии в сочетании с ревматоидным артритом (OVERLAP-синдром) | 75 |
| <i>Раскина Т.А., Воронкина А.В., Летаева М.В., Малюта Е.Б., Коков А.Н., Барбараиш О.Л.</i> | | <i>Старовойтова М.Н.</i> | |
| Структура коморбидности у пациентов с ревматоидным артритом | 68 | Аутоиммунная патология при аспириин-индуцированных заболеваниях дыхательных путей | 75 |
| <i>Раскина Т.А., Малышенко О.С., Усова Е.В., Панкратова С.Ю.</i> | | <i>Суздальцева Н.А.</i> | |
| | | Клинико-психологическая эффективность метода биологической обратной связи у больных системной склеродермией | 76 |
| | | <i>Сулейманова Г.П., Грехов Р.А.</i> | |

| | |
|---|---|
| Безопасность и иммуногенность 23-валентной пневмококковой вакцины у больных системной красной волчанкой 76 | Факторы риска гиперурикемии у профессиональных спортсменов (предварительные данные трехлетнего наблюдения) 85 |
| <i>Тарасова Г.М., Белов Б.С., Буханова Д.В., Соловьев С.К., Асеева Е.А., Попкова Т.В., Черкасова М.В.</i> | <i>Чикина М.Н., Елисеев М.С., Желябина О.В., Владимиров С.А., Глухова С.И., Круглова И.В.</i> |
| Оценка эффективности и безопасности гиалурона CS у пациентов с остеоартритом коленных суставов (предварительные данные) 77 | Аффективные расстройства у пациентов с ревматическими заболеваниями и вторичными интерстициальными заболеваниями легких 85 |
| <i>Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Шарапова Е.П., Аникин С.Г., Стребкова Е.А., Раскина Т.А., Зонова Е.В., Оттева Э.Н., Родионова С.С., Шмидт Е.И., Шестерня П.А.</i> | <i>Шамсутдинова Н.Г., Нуруллина Г.И., Кириллова Э.Р., Краснов А.Е., Суриков А.А., Абдулганиева Д.И., Дьякова Е.В., Абдракипов Р.З., Афанасьева М.А., Закиров Р.Х.</i> |
| Прогнозирование риска переломов у женщин фертильного возраста с ревматоидным артритом. 77 | Сравнительное исследование эффективности и безопасности препарата «Хондрогад» при комбинированном и внутримышечном введении у пациентов с гонартрозом 86 |
| <i>Таипулатова М.М., Матчанов С.Х.</i> | <i>Шарапова Е.П., Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Аникин С.Г., Короткова Т.А., Алексеева Л.И.</i> |
| Удовлетворенность качеством жизни у больных ревматоидным артритом в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени 78 | Инфекция <i>Chlamydothila pneumoniae</i> при воспалительных заболеваниях суставов и позвоночника 86 |
| <i>Трубникова Н.С., Шилова Л.Н.</i> | <i>Шаруба С.В., Сорока Н.Ф.</i> |
| Снижение скорости клубочковой фильтрации у пациентов с ревматоидным артритом, взаимосвязь с субклиническим атеросклерозом 78 | Терапия упражнениями (exercise therapy) в клинической практике детского ревматологического отделения. 87 |
| <i>Тяпкина М.А., Карпова О.Г., Пономарева Е.Ю., Ребров А.П.</i> | <i>Шелепина Т.А.</i> |
| Функция внешнего дыхания при спондилоартритах. 79 | Патогенетические механизмы тромбообразования при ревматических заболеваниях 88 |
| <i>Федорович С.Е.</i> | <i>Шилкина Н.П., Масина И.В., Дряженкова И.В., Замышляев А.В., Виноградов А.А.</i> |
| Влияние депрессии на качество жизни и вегетативный статус у больных псориазическим артритом 80 | Факторы формирования суточного профиля артериального давления у больных ревматоидным артритом 88 |
| <i>Филимонова О.Г., Симонова О.В.</i> | <i>Шилкина Н.П., Юнонин И.Е., Михайлова Э.В.</i> |
| Психоэмоциональные нарушения у больных остеоартрозом . . 80 | Физико-иммунологические характеристики суставной жидкости при применении PRP и комбинированных гликозамингликанов у пациентов с остеоартритом коленного сустава 89 |
| <i>Филимонова О.Г., Чичерина Е.Н., Бетехтина С.Н.</i> | <i>Широкова Л.Ю., Политов Я.В., Шепелева Л.С., Широкова К.Ю., Козлова О.Г.</i> |
| Применение скинтиграфии для ранней диагностики поражения пищевода у пациентов с системной склеродермией 81 | Спонтанная пролиферативная и иммуноглобулинсинтезирующая активность В-лимфоцитов при раннем ревматоидном артрите с поражением печени. 89 |
| <i>Хайрутдинова И.Ю., Баширов Р.А., Юсупова А.Ф., Сухорукова Е.В., Абдракипов Р.З., Абдулганиева Д.И.</i> | <i>Эшбаева Ч.А., Мамасаидов А.Т.</i> |
| Изучение влияния комбинированной терапии на активность и функциональную способность пациентов с реактивным артритом 82 | Особенности течения легочной артериальной гипертензии при системной склеродермии 90 |
| <i>Хан Т.А., Нуритдинова С.К., Алиахунова М.Ю.</i> | <i>Юдкина Н.Н., Мартынюк Т.В., Николаева Е.В., Курмуков И.А., Волков А.В.</i> |
| Артериальная гипертензия у больных системной склеродермией 82 | Клональная характеристика Т-лимфоцитов очагов воспаления у больных со спондилоартропатиями. 91 |
| <i>Харькова А.Н., Синеглазова А.В., Несмеянова О.Б.</i> | <i>Комеч Е.А., Колтакова А.Д., Мясоетова А.А., Кортаева Т.В., Шмидт Н.И., Шостак Н.А., Лебедев Ю.Б., Звягин И.В.</i> |
| Сравнение Российских критериев болезни/синдрома Шёгрена с международными критериями ACR (2012) и ACR/EULAR (2016) 83 | |
| <i>Хван Ю.И., Пальшина С.Г., Родионова Е.Б., Сафонова Т.Н., Раденска-Лоповок С.Г., Васильев В.И., Чальцев Б.Д., Сокол Е.В., Торгашина А.В.</i> | |
| Уровень 25(ОН) витамина D и состояние минеральной плотности костной ткани у пациентов с псориазическим и ревматоидным артритом 83 | |
| <i>Храмцова Н.А., Меньшикова Л.В., Грудинина О.В.</i> | |
| Клинический статус пациента с остеоартрозом в зависимости от фенотипа заболевания 84 | |
| <i>Цвингер С.М., Романова Е.Н., Портянкина О.О.</i> | |
| Результаты трансплантации почки у пациентов с ревматическими заболеваниями. 84 | |
| <i>Чиж К.А., Лиховец М.Д., Калачик О.В., Сорока Н.Ф.</i> | |