

Тезисы VIII Съезда ревматологов России с международным участием «Ревматология 2021: мультидисциплинарные и междисциплинарные проблемы», посвященного 30-летию образования Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России»

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ЭКСПРЕССИИ ИНТЕРФЕРОН-СТИМУЛИРОВАННЫХ ГЕНОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БИОАНАЛОГОМ РИТУКСИМАБА (АЦЕЛЛБИЯ) У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Авдеева А.С., Четина Е.В., Маркова Г.А.,
Насонов Е.Л.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Интерфероны (ИФН) типа I представляют большую группу цитокинов, с одной стороны, подавляющих репликацию вирусов и координирующих врожденный и приобретенный антиинфекционный иммунный ответ, а с другой – участвующих в развитии аутоиммунитета и аутовоспаления. Гиперпродукция ИФН типа I при заболеваниях человека получила название «ИФН типа I генный автограф» (Type I IFN gene signature, IFNGS).

Цель: оценить информативность оценки IFNGS для прогнозирования эффективности терапии биоаналогом ритуксимаба (РТМ) (Ацеллбия) у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы

Обследовано 20 больных РА (18 женщин, медиана возраста – 61,5 (54–66,5) года; медиана длительности заболевания – 39,5 (20–84) мес.; DAS28 – 5,6 (4,9–6,8)). Всем больным проведено 2 инфузии РТМ в суммарной дозе 1200 мг. Для оценки IFNGS были отобраны 5 генов (*IFI44L*, *MX1*, *IFIT1*, *RSAD2*, *EPSTI1*). Экспрессию *IFI44L* и *IFIT1* определить не удалось, и в дальнейшем анализе учитывались три гена (*MX1*, *EPSTI1*, *RSAD2*). IFNGS был рассчитан как среднее значение экспрессии трех выбранных генов. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными больными.

Результаты/обсуждение

У пациентов с РА исходный уровень экспрессии *MX1* – 11,48 (5,45–19,38), *EPSTI1* – 12,83 (5,62–19,64), *RSAD2* – 5,16 (2,73–10,4) и *IFNGS* – 10,3 (5,18–17,12), что было статистически значимо выше по сравнению со здоровыми донорами – 1,26 (0,73–1,6), 1,06 (0,81–1,48), 0,93 (0,72–1,19) и 1,09 (0,92–1,42) соответственно ($p < 0,05$). IFNGS был обнаружен у 15 (75%) пациентов, отсутствовал у 5 (15%) больных. Применение РТМ сопровождалось статистически значимым снижением активности заболевания у уровня острофазовых показателей (скорость оседания эритроцитов, С-реактивный белок) через 12 и 24 недели терапии ($p < 0,05$). Среди пациентов с низким IFNGS ($n=5$) отмечалось более выраженное снижение активности заболевания к 24-й неделе терапии по сравнению с группой больных, у которых он был повышен

(Δ DAS28 – 3,45 (2,94–3,69) и 1,02 (0,5–2,02) соответственно; $p < 0,05$); все пациенты этой группы ответили на терапию. Все пациенты, не ответившие на терапию, имели повышенную экспрессию ИФН-стимулированных генов.

Выводы/заключение

У пациентов с РА выявлена повышенная экспрессия ИФН-стимулированных генов по сравнению со здоровыми донорами. Низкий уровень экспрессии ИФН-стимулированных генов ассоциируется с большей эффективностью терапии РТМ.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНТИТЕЛ К ЦИТРУЛЛИНИРОВАННЫМ БЕЛКАМ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Авдеева А.С., Черкасова М.В., Насонов Е.Л.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Группа антител к цитруллинированным белкам (АЦБ) включает в себя антитела к цитруллинированному фибриногену, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), антитела к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ), антитела к цитруллинированной α -энолазе. В настоящее время из группы АЦБ в клинической практике наиболее широко используется определение содержания АЦЦП и АМЦВ.

Цель: оценить взаимосвязь АЦБ с активностью заболевания, развитием деструктивных изменений в суставах и динамикой на фоне различных схем терапии.

Материал и методы

В исследование включено 232 пациента с диагнозом ревматоидный артрит (РА); в динамике были обследованы 187 пациентов из которых 90 имели раннюю стадию заболевания (74 женщины; медиана возраста – 53,0 (38,0–58,5) года, медиана длительности заболевания – 5,0 (4,0–9,0) мес., медиана DAS28 – 5,3 (4,4–6,1)) и 142 – развернутую стадию болезни (123 женщины; медиана возраста – 51,0 (43,0–60,0) года, медиана длительности заболевания – 56,0 (24,0–96,0) мес., медиана DAS28 – 6,2 (5,5–6,8)). Пациенты с ранним РА получали метотрексат (МТ) подкожно в средней дозе 17,5 мг в неделю. Пациенты с развернутым РА получали анти-В-клеточную терапию: 34 пациента – оригинальный ритуксимаб (РТМ), 20 пациентов – биоаналог РТМ, 43 больных – тоцилизумаб (ТЦЗ) совместно с базисными противовоспалительными препаратами. Содержание АЦЦП и АМЦВ в сыворотке крови измеряли методом иммуоферментного анализа.

Результаты/обсуждение

Среди пациентов с ранним РА высокопозитивный уровень АЦЦП отмечался у 77 (85,6%), высокопозитивный

уровень АМЦВ – у 29 (70,7%) пациентов. Выявлялась позитивная корреляционная взаимосвязь АМЦВ с DAS28 ($r=0,4$; $p=0,04$). Среди пациентов с развернутым РА высокопозитивный уровень АЦЦП отмечался у 78 (80,4%), АМЦВ – у 70 (79,5%) пациентов. Отмечалась положительная корреляционная взаимосвязь концентрации АМЦВ с упрощенным (Simplified Disease Activity Index, SDAI) ($r=0,4$; $p=0,02$) и клиническим индексом активности заболевания (Clinical Disease Activity Index, CDAI) ($r=0,4$; $p=0,02$). Статистически значимых корреляционных взаимосвязей уровня АЦЦП с индексами активности и острофазовыми показателями не обнаружено в группе как раннего, так и развернутого РА. Среди пациентов, высокопозитивных по АМЦВ ($n=79$), отмечалось более высокое значение суммарного счета Sharp по сравнению с негативными или низкопозитивными больными ($n=27$) – 96,5 (65,0–122,0) и 57,0 (31,0–88,0) соответственно ($p<0,05$). Уровень АМЦВ статистически значимо снижался через 12 и 24 недели на фоне терапии РТМ (с 559,4 (139,2–1000,0) до 295,9 (74,0–962,7) и 194,7 (58,3–844,8) соответственно) и ТЦЗ (с 762,3 (106,9–2393,1) до 266,6 (85,8–927,0) и 135,7 (27,0–662,1) соответственно) ($p<0,05$); концентрация АЦЦП оставалась высокой на протяжении всего лечения.

Выводы/заключение

Уровень АМЦВ коррелирует с воспалительной активностью, развитием деструкции костной ткани, снижается на фоне терапии. АЦЦП является более стабильным показателем, незначительно изменяется на фоне терапии и не требует мониторинга.

ДВУХЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

Агафонова Е.М., Румянцева Д.Г., Демина А.Б., Дубинина Т.В., Смирнов А.В., Эрдес Ш.Ф.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Почти у половины пациентов с аксиальным спондилоартритом (аксСпА) в России выявляется поражение тазобедренных суставов (ТБС), однако причины и темпы его прогрессирования не изучены. До сих пор остается неизученным, является ли синовит, выявляемый на МРТ и УЗИ ТБС, предиктором рентгенологического прогрессирования коксита.

Цель: оценить динамику воспалительных изменений в ТБС при помощи инструментальных методов исследования в ходе 2-летнего наблюдения и их взаимосвязь с активностью аксСпА.

Материал и методы

В исследование вошли 77 больных (средний возраст – $28 \pm 5,92$ года) с диагнозом аксСпА (критерии ASAS, 2009), которые наблюдались не менее 2 лет. Среди них анкилозирующий спондилоартрит, согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984), выявлен у 66 (86%) больных, а у 11 (14%) диагностировали нерентгенологический аксСпА. Медиана длительности заболевания составляла 30 [3–60] мес., BASDAI – 4,5 [3,2; 5,9], BASFI – 2,4 [0,9; 4,8]. Всем пациентам проводились клиническое, рентгенологическое, УЗИ- и МРТ-исследования ТБС в течение всего срока наблюдения. УЗИ-кокситом считалось увеличение шеечно-капсулярного расстояния (ШКР) более 7 мм. За МРТ-воспалительные изменения (ВИ)

принимались остеит вертлужной впадины и/или головки бедренной кости и синовит в режиме STIR.

Результаты/обсуждение

На момент включения клинические признаки поражения ТБС имелись у 66 (86%) из 77 пациентов, через 24 месяца – у 48 (62%) ($p>0,05$). На момент включения медиана боли (по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ)) в ТБС составила 4 [2; 5]; сильная боль ($\geq 4,0$ по ЧРШ) имела у 38% больных. Медиана значения ШКР на момент включения составляла 7,3 [6,4; 8,2] мм, а через 2 года – 6,6 [5,9; 8,2] мм ($p>0,005$). По данным УЗИ, на момент включения коксит был выявлен у 63 (82,0%) из 77 пациентов, через 2 года – у 45 (58%) ($p<0,005$). Анализ МРТ-изменений исходно показал наличие синовита у 75 (97%), остеита – у 23 (30%) больных; через 2 года синовит сохранялся у 46 (60%) ($p<0,05$), остеит – у 17 (22%) больных ($p>0,005$), у 25 (32%) пациентов МРТ-признаки активного воспаления были купированы. Среди всех обследованных больных в начале исследования совпадение признаков синовита по данным УЗИ и МРТ было отмечено в 58 (75%) случаях. Рентгенологический коксит на момент включения был выявлен у 19 (25%) пациентов, через 2 года – у 48 (62%) ($p<0,05$). Для оценки влияния активности, функционального статуса и других клинических проявлений аксСпА на рентгенологическое прогрессирование коксита все пациенты были разделены на группы в зависимости от наличия или отсутствия рентгенологической динамики в ТБС. Группы с рентгенологическим прогрессированием и без такового не различались между собой по основным клиническим параметрам, кроме уровня ШКР, который у больных с $\Delta\text{BASRI-h}>0$ был статистически значимо выше ($p<0,05$).

Выводы/заключение

Рентгенологическое прогрессирование коксита статистически значимо чаще отмечалось у пациентов с УЗИ-признаками синовита и не зависело от активности заболевания и МРТ-признаков воспаления в ТБС.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ПОРАЖЕНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Современная терапия аксиального спондилоартрита (аксСпА) эффективна в отношении аксиального поражения и периферических артритов, однако ее влияние на коксит не изучено.

Цель: оценить эффективность терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) у больных аксСпА и кокситом.

Материал и методы

Было проведено открытое наблюдательное исследование. Отобраны 56 больных аксСпА, наблюдавшиеся не менее 2 лет и постоянно находящиеся на терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и НПВП+ГИБП. Всем больным независимо от жалоб проводили рентгенологическое исследование, УЗИ и магнитно-резонансную томографию (МРТ) тазобедренных суставов (ТБС). За коксит на УЗИ ТБС принимали увеличение шеечно-капсулярного расстояния (ШКР) более 7 мм и наличие асимметрии между суставами более 1,5 мм. За коксит на МРТ принимали наличие синовита и/или остеита. Средний возраст больных

составил $31,1 \pm 7,0$ года при средней длительности болезни $74,5 \pm 10,1$ мес. Позитивными по антигену HLA-B27 были 52 (92%) больных.

Результаты/обсуждение

Был проведен сравнительный анализ клинико-лабораторных и инструментальных показателей заболевания на фоне 2-летнего наблюдения пациентов, постоянно принимавших только НПВП и сочетание НПВП с ГИБП. Исходно в подгруппу регулярного приема НПВП включены 25 пациентов; 27 больных находились на терапии НПВП+ГИБП, из них 16 дополнительно получали базисные противовоспалительные препараты. При включении группы пациентов не различались по уровню показателей скорости оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивного белка (СРБ), индексов BASDAI и ASDAS-СРБ, но индекс BASFI был выше во второй группе ($p < 0,05$). В группе НПВП прогрессирование коксита отмечалось у 12 (48%), а количество пациентов с BASRI-h³² увеличилось с 4 до 40% ($p < 0,05$). В группе ГИБП выявлено статистически значимое снижение показателей BASDAI, BASFI, ASDAS-СРБ, СОЭ и СРБ ($p < 0,05$), уменьшение количества пациентов с активными МРТ-признаками коксита ($p < 0,05$), а также в данной группе не отмечено отрицательной рентгенологической динамики коксита ($p > 0,05$).

Выводы/заключение

1. Терапия ГИБП оказывает положительный эффект на лабораторную и клиническую активность аксСпА.
2. Терапия НПВП в сочетании с ГИБП влияет на воспалительные изменения в ТБС по данным УЗИ и МРТ.
3. Необходимо дальнейшее исследование с целью уточнения факторов, влияющих на рентгенологическое прогрессирование коксита.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СУСТАВОВ КИСТЕЙ И СТОП У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ:

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МЕТОДА

Алексеева О.Г., Смирнов А.В., Волков А.В.,

Насонов Е.Л.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) является наиболее распространенным хроническим воспалительным заболеванием суставов, вызывая их структурные повреждения. В исследованиях показано, что по данным рентгенографии у пациентов с наличием антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) чаще развивались эрозивные изменения. Ультразвуковые (УЗИ) изменения при раннем РА также рассматриваются как один из способов прогнозирования исходов заболевания.

Цель: определить прогностическую ценность УЗИ в рентгенологическом прогрессировании у больных РА.

Материал и методы

В исследование включено 85 больных РА (средний возраст — $53,0 [44,0; 61,0]$ года; средняя продолжительность заболевания — $8 [4; 24]$ мес.), из которых 56 пациентов — с ранним РА (средний возраст — $53,5 [45,5; 61,0]$ года; средняя продолжительность заболевания — $5 [3; 7,5]$ мес.). В течение первого года терапия осуществлялась согласно концепции «лечение до достижения цели», в дальнейшем — в реальной клинической практике (медиана длительности наблюдения — 4 года). УЗИ кистей и стоп проводилось непосредственно перед началом терапии и через 3,

6, 9 и 12 месяцев лечения с оценкой воспаления синовиальной оболочки по данным «серой» шкалы (СШ) и в режиме энергетического доплера (ЭД) и с оценкой деструктивных изменений (количество суставов с эрозиями) в соответствии с критериями OMERACT. Использовалась бинарная система оценки (наличие/отсутствие эрозий) исследуемых суставов. Рентгенологическое обследование осуществлялось перед началом наблюдения и на момент окончания исследования с оценкой рентгенологических изменений методом Sharp в модификации van der Heijde.

Результаты/обсуждение

Из 85 пациентов с РА 71 (84%) пациент был АЦЦП-положительный (АЦЦП+), 14 (16%) — АЦЦП-негативные (АЦЦП-), из которых 49 (87%) АЦЦП+ и 7 (13%) АЦЦП-пациентов — с ранним РА. Рентгенологическое прогрессирование к 4-му году наблюдения было выявлено у 39% больных. В течение периода наблюдения у 33 из 85 пациентов наблюдалось рентгенологическое прогрессирование: количество эрозий увеличилось с 0 [0; 3] до 2 [0; 6]. При этом на фоне терапии определялось снижение УЗ-признаков воспаления по данным СШ и ЭД (соответственно с 6 [4; 9] до 1 [0; 2], $p = 0,000$ и с 2 [1; 6] до 0 [0; 1], $p = 0,000$) и увеличение количества суставов с эрозиями (с 1 [0; 2] до 2 [0; 4], $p = 0,000$). В группе с ранним РА изменения были аналогичными. У АЦЦП+ пациентов из общей группы счет эрозий через 4 года был статистически значимо выше, чем у АЦЦП- пациентов этой группы: 3 [0; 7] и 0 [0; 1] соответственно ($p = 0,0026$). В группе АЦЦП+ пациентов с ранним РА количество суставов с эрозиями, выявленных по данным УЗИ исходно, было статистически значимо выше, чем в группе АЦЦП- пациентов с ранним РА: 1 [0; 1] и 0 [0; 0] соответственно ($p = 0,017$). В группе АЦЦП+ пациентов с ранним РА счет эрозий на 4-м году наблюдения был статистически значимо выше, чем в группе АЦЦП- пациентов с ранним РА: 2 [0; 4] и 0 [0; 0] соответственно ($p = 0,009$).

Выводы/заключение

Таким образом, при раннем РА целесообразно проводить УЗИ кистей и стоп для отбора группы пациентов с потенциально быстрым рентгенологическим прогрессированием, в то же время проведение УЗИ суставов у пациентов с развернутой стадией заболевания не имеет прогностической ценности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ БИОСИМИЛЯРА РИТУКСИМАБА АЦЕЛЛБИИ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ (ССД-ИПЛ)

Ананьева Л.П., Гарзанова Л.А., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Шаяхметова Р.У.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Интерстициальные пневмонии относятся к частым проявлениям системной склеродермии (ССД), их развитие ухудшает качество жизни и прогноз заболевания. Использование биоаналогов ритуксимаба может снизить стоимость и увеличить доступность этого перспективного варианта лечения. Российский биоаналог ритуксимаба Ацеллбия (АЦ) получил одобрение в Российской Федерации в 2014 году.

Цель: оценить эффективности и безопасности АЦ при ССД-ИПЛ в течение годичного наблюдения.

Материал и методы

В проспективное наблюдательное исследование включено 20 пациентов (14 женщин) в возрасте 50±14 лет. Показаниями для назначения АЦ были высокая активность заболевания и наличие факторов риска прогрессирования. Длительность болезни составила 3,5±2,7 года. Пациенты принимали глюкокортикоиды в низких дозах, половина ранее получали иммуносупрессанты. Ни один пациент ранее не лечился биологическими препаратами. АЦ началась по 1 г с интервалом в неделю в начале и повторно через 6–8 мес. (всего 4 г). У 16 (80%) пациентов АЦ была препаратом первой линии, т. к. они не принимали иммуносупрессанты во время исследования. Оценка основных параметров проведена до начала терапии, перед вторым курсом АЦ (через 7,2±1,7 мес.) и в конце наблюдения (через 13,4±1,6 мес.).

Результаты/обсуждение

На фоне устойчивой деплеции В-клеток (в периферической крови) отмечалась постепенная положительная динамика основных проявлений заболевания. При этом при промежуточной оценке статистически значимых различий по сравнению с исходной точкой по основным параметрам не было достигнуто, за исключением кожного счета. Показатель кожного счета к концу наблюдения снизился вдвое (с 12,8±11 до 6,2±5,6; $p=0,002$). В конце исследования по большинству показателей также отмечено статистически значимое улучшение. Форсированная жизненная емкость легких (в % от должного) увеличилась с 89±18,2 до 98,26±16,13 ($p=0,0002$) в конце исследования. Диффузионная способность легких (в % от должного) увеличилась с 56,8±15,7 до 61,9±17,2 ($p<0,019$). Отмечено статистически значимое снижение С-реактивного белка, антител к топоизомеразе-1, а также IgG (с 12,6±2,6 и 10,2±2,2). Почти в два раза снизился показатель качества жизни SNAQ ($p=0,0001$). Средняя доза преднизолона была снижена с 11,0±2,7 до 9,4±2,3 мг/сут. ($p=0,03$). Положительная динамика по данным компьютерной томографии была очевидной у 9 (45%) человек за счет уменьшения признака «матового стекла». Частота и спектр нежелательных явлений (НЯ) соответствовали уже известным для РТМ. Из 20 пациентов, получивших два курса АЦ, 2 были из оценки по причине наступления беременности (1) и развития рака легкого (1). Всего было зарегистрировано 11 (55%) НЯ у 9 (45%) пациентов, большинство были отнесены к мягким НЯ. Инфекционные осложнения развились у 7 (35%) человек: респираторные инфекции верхних дыхательных путей – у 4; позитивность в Диаскин-тесте – у 2; отит, цистит и холецистит – по 1. У 1 пациента развился тромбоз вен голени, и в 1 случае был выявлен рак легких.

Выводы/заключение

Показана эффективность АЦ при ССД-ИПЛ, доказано статистически значимое уменьшение кожного фиброза и улучшение легочных функций, отражающих подавляющее действие на склеродермический легочный процесс. Клинический эффект АЦ нарастал постепенно к 6-му месяцу от начала терапии и достиг максимума через год после инициации терапии. Профиль переносимости был удовлетворительным. В связи с хорошей эффективностью и переносимостью АЦ может быть рекомендован при ССД-ИПЛ, в том числе как препарат первого ряда и в виде монотерапии.

СЕРЬЕЗНЫЕ ИНФЕКЦИИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ (ГИБП) У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Аронова Е.С.¹, Лукина Г.В.^{1,2}, Гриднева Г.И.¹, Кудрявцева А.В.¹

¹ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва);

²ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ (Москва)

Введение/цель

Изучить инфекционные осложнения терапии ГИБП, проанализировать частоту отмены ГИБП в связи с развитием инфекционных осложнений.

Материал и методы

В амбиспективный анализ были включены данные о 512 случаях назначения ГИБП с разными механизмами действия у 190 пациентов с РА (162 женщины, 28 мужчин).

Результаты/обсуждение

Пациенты в исследуемой группе получили от 2 до 6 ГИБП, медиана (25%–75%-й процентиля) составила 3 (2–3). ГИБП были отменены всего 331 раз, из них в связи с развитием серьезных нежелательных реакций – 70 раз, среди которых в связи с развитием инфекционных осложнений – 16 раз (3% всех случаев отмены, 22,8% всех серьезных нежелательных реакций). На фоне лечения первым ГИБП инфекционные осложнения, потребовавшие отмены препарата, развились в 5,2% случаев ($n=10$), на фоне лечения вторым ГИБП – в 5,1% случаев ($n=4$); статистических различий между этими группами не выявлено. На фоне лечения третьим ГИБП инфекционные осложнения привели к отмене лечения в 2,6% случаев ($n=1$), на фоне лечения четвертым ГИБП – в 0%, на фоне лечения пятым ГИБП – в 14,3% ($n=1$), на фоне лечения шестым ГИБП – в 0%. Корреляции между количеством последовательно назначенных ГИБП и частотой развития инфекционных осложнений выявлено не было. 68,8% (11 случаев) серьезных инфекций возникали в течение первого года терапии. Наиболее часто серьезные инфекции развивались на фоне лечения препаратами группы ингибиторов ФНО- α (инфликсимаб, этанерцепт, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаб пэгол) и тофацитинибом. Из 16 случаев инфекционных осложнений 5 были ассоциированы с туберкулезной инфекцией.

Выводы/заключение

Инфекционные осложнения составляют весомую долю (22,8%) всех серьезных нежелательных реакций, приводящих к отмене ГИБП. Частота прекращения ГИБП в связи с инфекционными осложнениями составляла около 5% и не изменялась на фоне лечения как первым, так и вторым ГИБП. Необходимо сохранять настороженность в отношении туберкулезной инфекции и обследовать пациентов перед назначением и на фоне лечения ГИБП.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Аронова Е.С.¹, Лукина Г.В.^{1,2}, Гриднева Г.И.¹, Кудрявцева А.В.¹

¹ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва);

²ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ (Москва)

Введение/цель

Под «рефрактерным» ревматоидным артритом (РРА) понимают ревматоидный артрит (РА), резистентный

(вследствие неэффективности или токсичности) к нескольким лекарственным препаратам, включая метотрексат и как минимум 2 генно-инженерных биологических препарата (ГИБП) с разными механизмами действия. Лечение пациентов с РРА остается актуальной проблемой в связи с трудностями, возникающими при выборе медикаментозной терапии.

Цель: изучить клинико-демографические характеристики больных РРА в исследуемой группе.

Материал и методы

Проанализированы анамнестические данные 40 взрослых больных РРА, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с 2010 по 2018 г. В исследование не были включены пациенты, последовательно получившие ГИБП из группы ингибиторов ФНО- α в качестве первого и второго препаратов. Для статистической обработки была использована программа Statistica 12.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты/обсуждение

Исследуемая группа была представлена преимущественно женщинами ($n=32$ – 80%), получившими от 3 до 6 ГИБП (медиана – 3 (3–4)). Клинические формы РА были представлены серопозитивным по ревматоидному фактору (РФ) РА – у 17 (42,5%) больных, РА с внесуставными проявлениями – у 6 (15,0%), серонегативный по РФ РА – у 16 (40,0%), болезнь Стилла у взрослых – у 1 (2,5%). Средний возраст на момент дебюта РА в исследуемой группе составил $31,1 \pm 17,0$ года. Начало РА в ювенильном возрасте отмечалось у 10 (25,0%) пациентов. На момент инициации ГИБП средний возраст пациентов – $39,8 \pm 15,1$ года, давность РА – $8,7 \pm 6,3$ года. 17 (42,5%) пациентов получили 4 ГИБП, 5 (12,5%) – 5 ГИБП, 2 (5%) – 6 ГИБП. В качестве первого ГИБП в исследуемой группе были назначены: ингибиторы ФНО- α – 23 (57,5%) пациентам, абатацепт – 10 (25,5%), ритуксимаб – 4 (10,0%), тоцилизумаб – 3 (7,5%). В качестве второго ГИБП ингибиторы ФНО- α назначены 15 (37,5%) больным, ритуксимаб – 10 (25%), тоцилизумаб – 8 (20%), абатацепт – 7 (17,5%). Первый ГИБП в связи с неэффективностью был отменен у 29 (72,5%) пациентов, в связи с развитием серьезных нежелательных явлений – у 11 (27,5%); второй ГИБП – у 31 (77,5%) и 9 (22,5%) пациентов соответственно.

Выводы/заключение

В исследуемой группе пациенты с РРА были представлены преимущественно женщинами с серонегативным по РФ РА, дебютом заболевания в молодом возрасте и поздним присоединением первого ГИБП (через $8,7 \pm 6,3$ года от начала развития болезни). Необходимо дальнейшее исследование на более крупной когорте для детального изучения клинических, демографических и лабораторных факторов, ассоциированных с РРА.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ДАННЫЕ РЕГИСТРА)

Аронова Е.С.¹, Гриднева Г.И.¹, Кудрявцева А.В.¹, Белов Б.С.¹, Сокол Е.В.¹, Виноградова И.Б.², Абдуганиева Д.И.³, Зименко А.Ю.⁴

¹ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва);

²ГУЗ УОКБ (Ульяновск);

³ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (Казань);

⁴БУ «Сургутская областная клиническая больница» (Сургут)

Введение/цель

Охарактеризовать клинико-демографические показатели пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ), перенесших COVID-19, оценить тяжесть течения и исходы инфекции в исследуемой группе и выявить паттерны, характерные для больных ИВРЗ.

Материал и методы

Изучен материал Российской базы данных НИИР/APP-COVID-19, сформированный на основании сообщений практикующих ревматологов и включавший информацию о взрослых (старше 18 лет) пациентах с фоновыми ИВРЗ, перенесших COVID-19. Для статистической обработки была использована программа Statistica 12.0 (StatSoft Inc., США). Результаты корреляционного анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

Получены данные о 132 пациентах (100 женщин – 75%) в возрасте $51,8 \pm 14,4$ года, из них 29 (21,9%) – в возрасте 65 лет и старше. ИВРЗ были представлены следующими нозологиями: ревматоидный артрит (РА) – 43,2%; анкилозирующий спондилит (АС) – 15,9%; синдром Шегрена – 9,1%; системный склероз – 8,3%; системная красная волчанка (СКВ) – 6,8%; псориатический артрит – 6,8%; дерматомиозит – 3%; системный васкулит – 3%; подагра – 1,5%; остеоартрит – 0,8%; болезнь Стилла у взрослых – 0,8%; недифференцированный артрит – 0,8%. У 40,2% пациентов состояние было отягощено сопутствующей артериальной гипертензией, у 13,6% – ишемической болезнью сердца, у 7,6% – сахарным диабетом, у 14,4% – ожирением (ИМТ > 30). Активность ИВРЗ на момент заболевания COVID-19 была оценена у 122 пациентов, в т. ч. высокая активность зарегистрирована у 19 (15,7%) пациентов, умеренная – у 43 (35,2%), низкая – у 43 (35,2%), ремиссия – у 17 (13,9%). Монотерапию базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) или генно-инженерными препаратами (ГИБП) получали 52 пациента, комбинированную терапию БПВП в сочетании с ГИБП или таргетными БПВП – 19 пациентов. Глюкокортикоиды перорально получали 55 пациентов. Наиболее частыми клиническими проявлениями COVID-19 были лихорадка (60,6%), кашель (40,2%), аносмия (38,6%), одышка (35,5%), головная боль (27,3%), недомогание (27,3%), ломота в теле (25,8%), слабость (19,7%), боль в суставах (18,9%), миалгия (18,2%), дисгевзия (18,2%). Серьезные осложнения были отмечены в трех случаях: гиперцитокинемия («цитокиновый шторм») – у 2 (1,5%) пациентов, острый респираторный дистресс-синдром – у 1 (0,75%) пациента. У всех указанных пациентов заболевание закончилось выздоровлением. В целом в исследуемой группе благоприятный исход был отмечен у 113 (97,4%) пациентов. Летальный исход зарегистрирован у 3 пациентов (2 женщины, 1 мужчина; средний возраст – $63 \pm 5,7$ года) с диагнозами АС, СКВ и РА. У 16 больных данные об исходе отсутствовали. У 107 пациентов было оценено влияние перенесенной новой коронавирусной инфекции на течение ИВРЗ: у 44 (41,1%) пациентов течение ИВРЗ ухудшилось, у 1 (0,9%) – улучшилось, у 62 (57,9%) влияния не было отмечено. При проведении корреляционного анализа ухудшение течения ИВРЗ после перенесенного COVID-19 ассоциировалось с мужским полом ($r=0,22$; $p < 0,05$), высоким уровнем С-реактивного белка (>75 мг/л) ($r=0,2$; $p < 0,05$) и высокой активностью ИВРЗ ($r=-0,3$; $p < 0,05$) на момент развития COVID-19.

Выводы/заключение

В изученной группе течение COVID-19 было преимущественно благоприятным, несмотря на наличие

признаков клинико-лабораторной активности ИВРЗ и коморбидных состояний. Серьезные осложнения были отмечены в 2,25% случаев болезни. Необходимо дальнейшее исследование на более крупной когорте для детального изучения особенностей течения COVID-19 у больных ИВРЗ.

ГЕННО-ИНЖЕНЕРНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С НЕБАКТЕРИАЛЬНЫМ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ: УРОКИ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Арсеньева С.В., Никишина И.П., Колхидова З.А., Алексеев Д.Л., Пачкория Т.Н., Маткава В.Г., Бородачева О.В.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Небактериальный мультифокальный остеомиелит (НБО) – редкое полигенное аутовоспалительное заболевание костей и суставов, которое трудно диагностировать и лечить. Учитывая обязательное условие по исключению инфекционной природы заболевания, частое сочетание костных очагов деструкции с артритами и/или поражением осевого скелета, в большинстве случаев в качестве конкурирующего диагноза может быть установлен диагноз ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) или ювенильного анкилозирующего спондилита (ЮАС), что допускает применение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) для лечения резистентных форм данной патологии.

Цель: проанализировать клинико-лабораторные особенности течения заболевания у пациентов с НБО, лечившихся ГИБП.

Материал и методы

Проведено ретроспективное исследование когорты пациентов с мультифокальным НБО, которым были назначены ГИБП в детском отделении ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в период с 2013 по 2020 г. Всем пациентам было проведено стандартное обследование, включая рентгенографию, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию (МРТ), с целью выявления всех локализаций костного повреждения; дополнительно были выполнены скинтиграфия и/или МРТ «всего тела». Были исключены все возможные причины поражения костей, в т. ч. инфекционные и онкологические заболевания.

Результаты/обсуждение

Среди всей группы пациентов с НБО ($n=54$) в анализ включено 19 пациентов, получавших ГИБП (ингибиторы фактора некроза опухоли (ФНО)). Большинство пациентов были девочки ($n=11$ – 58%). Возраст начала заболевания – 10,4 года (Me – 10,3 (1,3; 16,5)). Для регламентирующих оснований назначения ГИБП в качестве второго диагноза установлены ЮИА (у 11 пациентов – 7 девочек и 4 мальчика) или ЮАС (у 8 пациентов – 4 девочки и 4 мальчика) в соответствии с клиническими симптомами (периферический артрит или преимущественно осевое поражение). 11 пациентов имели олигоартрит (58%), 8 – полиартрит с поражением суставов нижних конечностей. Осевое поражение было представлено активным эрозивным сакроилиитом с отеком костного мозга на МРТ у 13 (68%) пациентов, активным спондилитом в грудном отделе позвоночника – у 2 (11%), эрозивным артритом с частичными анкилозами фасеточных суставов шеи – у 3 (16%), множественными синдесмофитами – у 1 (5%). Обращает на себя внимание,

что достоверные аксиальные поражения при НБО развивались намного раньше, чем при «идиопатическом» ЮАС (самое раннее – в возрасте 2 лет); антиген HLA B27 выявлен у 9 (47%) пациентов; 6 (32%) пациентов имели антинуклеарный фактор (АНФ) в высоком титре (один – в комбинации с HLA B27). Все пациенты имели поражения костей в различных частях скелета: тела позвонков – 7; ключица – 1; грудина, ребра – 1; кости стоп (таранная, пяточная) – 8; трубчатые кости, преимущественно метафизы (большеберцовые, малоберцовые) – 12; крестцово-подвздошная область – 7. Экстраскелетные проявления наблюдались у 6 пациентов (у 1 – увеит; у 1 – воспалительные заболевания кишечника; у 3 – псориаз; у 1 – конглобатные угри). У девочки с очень тяжелым течением заболевания, практически не ответившей на терапию, НБО сочетался с семейной средиземноморской лихорадкой. Высокий уровень лабораторной активности перед терапией ГИБП выявлен у 14 (79%) пациентов. Лечение включало нестероидные противовоспалительные препараты (все пациенты), метотрексат (9 пациентов), сульфасалазин (10 пациентов, у 9 был отменен), бисфосфонаты (1 пациент), преднизолон (6 пациентов). В связи с высокой активностью НБО, появлением новых костных поражений и стойким артритом были назначены ингибиторы ФНО: этанерцепт – 13 пациентам (12 пациентам – первая линия; 1 пациенту – вторая линия), адалимумаб – 7 (5 – первая линия, 2 – вторая линия), инфликсимаб – 1, голимумаб – 1. На момент назначения ГИБП средний возраст пациентов составил 13,6 года (Me – 13 (7,2–18) лет). Средняя продолжительность заболевания составила 3,2 года (Me – 3,2 (0,2–8,1) года). Из-за неэффективности у 2 пациентов этанерцепт был заменен на адалимумаб, инфликсимаб был заменен на этанерцепт в связи с поражением кожи (стрептодермия, халязион). Оценка эффективности терапии была проведена у 13 пациентов, получавших ингибиторы ФНО более 6 месяцев. Снижение активности заболевания было достигнуто у большинства пациентов (у 12 из 13). Из них у 2 пациентов наступила полная ремиссия с исчезновением активного артрита и отека костного мозга в области крестцово-подвздошных сочленений, а также локальных зон внутрикостного поражения. У всех пациентов достигнуто значительное улучшение функционального статуса с восстановлением возможностей самообслуживания. Поражения кожи, включая пустулезный псориаз и конглобатные угри, были также значительно редуцированы в результате использования ГИБП. На фоне терапии ингибиторами ФНО не было зарегистрировано нежелательных явлений.

Выводы/заключение

Наш опыт применения ингибиторов ФНО у пациентов с высокой активностью НБО показал высокую эффективность и безопасность терапии с возможностью подавления общей и местной активности со стороны как артритов и сакроилиита, так и воспалительных очагов поражения в костях с возможностью предотвращения дальнейшей костной деструкции.

МОНОГЕННОЕ ОРФАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ОССИФИЦИРУЮЩАЯ ФИБРОДИСПЛАЗИЯ КАК ПРИМЕР АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА С ЮВЕНИЛЬНЫМ НАЧАЛОМ

Арсеньева С.В., Маткава В.Г., Пачкория Т.Н., Колхидова З.А., Никишина И.П.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Прогрессирующая оссифицирующая фибродисплазия (ФОП) – экстремально редкое генетическое заболевание, вызванное мутацией в гене *ACVRI*. ФОП может рассматриваться как моногенное аутовоспалительное заболевание, имеющее клинические проявления и иммунопатогенез, схожие с «классическими» ревматическими заболеваниями, особенно спондилоартритами.

Цель: проанализировать спектр клинических проявлений ФОП, в том числе признаков, схожих со спондилоартритами; провести анализ применения ингибитора Янус-киназ Тофацитиниба у пациентов с ФОП.

Материал и методы

Проведены ретроспективный и проспективный анализы большой группы пациентов с достоверным диагнозом ФОП, наблюдающихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой за период с 1998 по 2020 г. В исследование включены 35 пациентов (17 мальчиков и 18 девочек). Проанализирован опыт применения Тофацитиниба у 9 пациентов с наиболее тяжелым течением ФОП.

Результаты/обсуждение

Диагноз ФОП верифицирован у всех 35 пациентов на основании наличия «классических» фенотипических стигматов: мальформация первых пальцев стоп – у 33 (94,3%) пациентов, мальформация кистей – у 8 (22,8%), периферические остеохондромы – у 20 (57,1%), аномалии шейного отдела позвоночника – у 32 (91,4%). У 26 пациентов подтверждена мутация в гене *ACVRI*. Множественные гетеротопические оссификаты выявлялись у 32 (91,4%) пациентов. У всех пациентов заболевание протекало в виде «вспышек» новых узлов ФОП с выраженной местной воспалительной реакцией и последующим образованием гетеротопических оссификатов. В процессе динамического наблюдения были обнаружены ряд признаков, сходных с проявлениями спондилоартрита: постепенное развитие анкилоза дугоотростчатых суставов и тел позвонков (по типу синдесмофитоза) и сакроилиит, подтвержденный лучевыми методами диагностики, – у большинства пациентов; постепенное анкилозирование периферических суставов – у 18 (56,4%); синовиты крупных (преимущественно коленных и тазобедренных суставов) суставов – 8 (25%). 9 пациентам в возрасте от 2 до 16 лет с непрерывным рецидивированием новых узлов ФОП и неуклонным прогрессированием заболевания с развитием «стероидо-зависимости» назначен Тофацитиниб (с одобрением локального этического комитета) в дозах, соответствующих массе пациента (максимально – 5 мг 2 раза в день). Продолжительность терапии Тофацитинибом составила от 9 до 16 месяцев с удовлетворительной переносимостью у всех пациентов. Нежелательных явлений не зарегистрировано. После 6 месяцев лечения Тофацитинибом количество «вспышек» значительно снизилось, в среднем с 8 (за 6 месяцев до назначения) до 0–1. У одного пациента с крайне неблагоприятным течением ФОП и локализацией воспалительного очага в области височно-нижнечелюстного сустава получен быстрый регресс изменений с восстановлением апертуры открытия рта. Применение Тофацитиниба позволило прекратить прием ГК у всех 9 пациентов. У большинства детей удалось остановить прогрессирование гетеротопической оссификации, добиться увеличения объема движений в крупных суставах.

Выводы/заключение

Противовоспалительный эффект тофацитиниба позволяет остановить рецидивирование новых очагов ФОП

и, соответственно, сдерживать прогрессирование гетеротопической оссификации. Дополнительным преимуществом тофацитиниба является пероральный способ применения с учетом противопоказаний к использованию инъекционных форм у пациентов с ФОП. Углубленное изучение процессов оссификации при ФОП как моногенном заболевании может способствовать лучшему пониманию участия белка VMP в процессах оссификации при аксиальном спондилоартрите.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 ЛЕВИЛИМАБА В ЛЕЧЕНИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Бабаева А.Р., Калинина Е.В., Звоноренко М.С., Лекарева И.В.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России (Москва)

Введение/цель

В связи с более высоким риском неблагоприятного течения коронавирусной инфекции (КИ) у иммунокомпрометированных лиц, к которым относятся пациенты с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ), рациональная патогенетическая терапия этой категории больных является чрезвычайно важной научно-практической задачей.

Целью настоящей работы явился анализ эффективности и безопасности ингибитора рецептора интерлейкина-6 (ИЛ-6) левилимаба в лечении коронавирусной пневмонии у пациентов с ИВРЗ на основании собственных клинических наблюдений

Материал и методы

Проведен анализ течения коронавирусной инфекции у полиморбидных пациентов с ревматоидным артритом (РА) и полимиозитом (ПМ), получавших стандартную базисную терапию и глюкокортикоиды (ГК) в течение длительного времени. Приведена динамика клинических, лабораторных и инструментальных признаков коронавирусной пневмонии и системных проявлений инфекции у данных пациентов на фоне проводимой терапии. Обоснована целесообразность упреждающей антицитокиновой терапии с применением ингибитора ИЛ-6 левилимаба в связи с тяжелым течением КИ. Проведена оценка эффективности левилимаба в лечении КИ и предупреждении обострения фонового ИВРЗ у наблюдаемых больных.

Результаты/обсуждение

У наблюдаемых пациентов с РА и ПМ имели место полиморбидность, гормонозависимость, большая длительность ИВРЗ. В обоих случаях наблюдалось тяжелое течение КИ с быстрым прогрессированием двусторонней полисегментарной пневмонии и развитием дыхательной недостаточности, несмотря на проводимую противовирусную, противовоспалительную и антикоагулянтную терапию. В связи с нарастающими признаками системного воспаления для предупреждения фатальных осложнений как следствия феномена цитокинового шторма было проведено лечение левилимабом в дозе 324 мг внутривенно. Через сутки после инфузии левилимаба отмечена четкая положительная динамика с быстрым снижением маркеров системного воспаления и последующим разрешением интерстициальной пневмонии. Переносимость препарата была хорошей. Обострения РА и ПМ вследствие тяжелой КИ у наблюдаемых пациентов не было.

Выводы/заключение

Применение ингибиторов ИЛ-6 является наиболее оправданной опцией патогенетической терапии тяжелой КИ, развивающейся у пациентов с ИВРЗ. Упреждающая терапия ингибитором рецептора ИЛ-6 левилимабом обеспечивает торможение системного воспаления, снижая риск осложнений КИ и активации ИВРЗ, таких как РА и ПМ.

СУСТАВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Баймухамедов Ч.Т., Ботабекова А.К., Баймухамедова М.К.

Медицинский центр болезней суставов города Шымкент (Шымкент, Казахстан)

Введение/цель

11.03.2020 ВОЗ объявила распространение инфекции SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus-2) пандемией. COVID-19 имеет четкие черты системного аутоиммунного заболевания, тяжесть состояния и летальность обусловлена системным аутоиммунным поражением, в основе которого лежат гиперовоспаление и гиперкоагуляция. Постковидный синдром (Post-COVID-19 syndrome; Long Covid) – системный воспалительный синдром, симптомы которого развиваются во время или после инфекции SARS-CoV-2, продолжаются более 12 недель и не объясняются альтернативным диагнозом. Одним из наиболее частых проявлений постковидного синдрома (ПКС) является суставной синдром, проявляющийся артралгией, нестойким артритом, а в некоторых случаях и стойким артритом (олиго-, полиартритом). Стойкий артрит в свою очередь может быть дебютом иммуновоспалительного ревматического заболевания (ИВРЗ). В основе ИВРЗ лежит нарушение иммунологической толерантности к собственным тканям, ведущее к воспалению и необратимым органам повреждениям. Это такие болезни, как системная красная волчанка (СКВ), синдром Шегрена (СШ), идиопатические воспалительные миопатии, системная склеродермия, ревматоидный артрит (РА), спондилоартриты (СпА). Инфекционные болезни, в том числе респираторные вирусные инфекции, давно ассоциируются с возникновением ИВРЗ, их основной возможный механизм – молекулярная мимикрия. Накопленные опубликованные данные позволяют предположить триггерную роль инфекции SARS-CoV-2 в развитии ИВРЗ.

Цель: изучить данные литературы и обсудить собственные клинические случаи дебюта ИВРЗ после перенесенного COVID-19.

Материал и методы

Проведен обзор литературы, изучены опубликованные регистры больных, перенесших COVID-19, обзоры, клинические случаи, описывающие поражения суставов при ПКС. Приводятся собственные наблюдения больных, прореченных в Медицинском центре болезней суставов города Шымкент, с впервые установленными ИВРЗ, возникшими в течение 3 месяцев после перенесенной инфекции SARS-CoV-2, их лабораторные, рентгенологические исследования (результаты компьютерной, магнитно-резонансной томографии, рентгенограммы), фотографии.

Результаты/обсуждение

Обсуждаются 8 случаев возникновения ИВРЗ после COVID-19 (РА – 5 пациентов, по 1 случаю – СКВ, геморрагический васкулит и СпА). На основании представленных наблюдений и данных литературы предполагается возможная роль инфекции SARS-CoV-2 как триггерного фактора

в развития ИВРЗ, прежде всего РА. Предлагается 3 варианта сосуществования (Coexistents) ИВРЗ и COVID-19: параллельное, обострение ИВРЗ после COVID-19 и дебют ИВРЗ после COVID-19.

Выводы/заключение

Перенесенная инфекция SARS-CoV-2 может быть одним из триггерных факторов возникновения ИВРЗ *de novo* или причиной быстрого прогрессирования не диагностированных ранее ИВРЗ. Увеличение количества первичной заболеваемости ИВРЗ в целом и РА в частности в ближайшие годы по сравнению с «доковидной эпохой» может стать доказательством данного предположения.

ОСОБЕННОСТИ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Баранова М.М., Литвинова М.А., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Коротаева Т.В.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Цель: изучить особенности COVID-19 у больных воспалительными заболеваниями суставов.

Материал и методы

В одномоментное ретроспективное исследование были включены 446 больных, госпитализированных в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в 2020–2021 гг. У 199 из них диагностирован ревматоидный артрит (РА), у 155 – анкилозирующий спондилит (АС), у 71 – псориатический артрит (ПсА), у 20 – недифференцированный спондилоартрит (НдСпА), у 1 – спондилоартрит, ассоциированный с болезнью Крона. Все пациенты были опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты; дополнительную информацию получали из медицинской документации.

Результаты/обсуждение

COVID-19 документировали у 109 больных (74 женщины, 35 мужчин; средний возраст – 43 года; 14 пациентов – старше 65 лет), в том числе у 57 пациентов с РА, у 33 – с АС, у 16 – с ПсА, у 3 – с НдСпА. 2 пациентов употребляли до 100 мл крепких напитков ежедневно, остальные принимали алкоголь эпизодически. 76 больных никогда не курили. 39 пациентов страдали гипертонической болезнью (ГБ), 12 – ишемической болезнью сердца (ИБС), 3 – хронической сердечной недостаточностью (ХСН), 8 – сахарным диабетом (СД), 18 – избыточным весом (ИВ), 12 – ожирением (О), 5 – хроническим заболеванием легких (ХЗЛ). 5 больных имели в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения, 3 – злокачественное новообразование. На момент постановки диагноза COVID-19 36 больных получали глюкокортикоиды, 40 – метотрексат, 21 – сульфасалазин, 10 – лефлуномид, 6 – гидроксихлорохин, 8 – ритуксимаб, 6 – ингибиторы фактора некроза опухоли α , 4 – абатацепт, 1 – ингибиторы интерлейкина-17, 2 – ингибиторы Янус-киназы. Монотерапию нестероидными противовоспалительными препаратами получали 23 пациента. У 42 больных в рамках COVID-19 была диагностирована пневмония: у 21 из них изменения соответствовали 1-й степени поражения (КТ 1), у 18 – КТ 2, у 3 – КТ 3; у 2 пациентов вирусная пневмония (КТ 2 и КТ 3) осложнилась бактериально-грибковой инфекцией. 28 больных с пневмонией получали иммуносупрессивную терапию, 24 пациента страдали ГБ, 9 – ИБС, 2 – ХСН, 6 – СД, 14 – ИВ, 5 – О, 3 – ХЗЛ; 10 пациентов были старше 65 лет. Одна пациентка (43 года; ГБ, ИБС, ХСН,

ХЗЛ; комбинированная терапия глюкокортикоидами и ритуксимабом) скончалась. У 67 пациентов с COVID-19 имел место острый назофарингит или болезнь протекала бессимптомно. После перенесенной коронавирусной инфекции обострение основного заболевания диагностировано у 46% больных.

Выводы/заключение

Согласно предварительным данным, у большинства больных хроническими воспалительными заболеваниями суставов имело место легкое или среднетяжелое течение COVID-19. У пациентов с коморбидной патологией, получавших иммуносупрессивную терапию, чаще встречалось среднетяжелое или тяжелое течение COVID-19. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения особенностей COVID-19 у больных хроническими воспалительными заболеваниями суставов.

СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ С ПОРАЖЕНИЕМ И БЕЗ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Башкова И.Б., Архипова А.В., Башмакова И.Н.
ФГБУ ФЦТОЭ Минздрава России (Чебоксары)

Введение/цель

Цель: сравнительная оценка клинической картины системной склеродермии (ССД), протекающей с поражением и без поражения легких.

Материал и методы

Обследованы 87 пациентов с достоверным диагнозом ССД (из них 12 мужчин), последовательно поступивших в ревматологическое отделение Республиканской клинической больницы (Чебоксары) за период 2013–2020 гг. Средний возраст – 52,7±13,2 года, средняя продолжительность заболевания – 12,0±10,8 года. Соотношение клинических форм – диффузная/лимитированная/перекрестная/ювенильная – 18/52/15/2. Начальная стадия ССД диагностирована у 3,4%, стадия развернутых клинических проявлений – у 66,7%, поздняя – у 29,9% больных. Высокая степень активности ССД отмечена в 11,5%, умеренная – в 72,4%, низкая – в 16,1% случаев. Всем пациентам выполнялась компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки.

Результаты/обсуждение

Рентгенологические признаки поражения легких по данным КТ выявлены у 66 больных ССД (75,9%), из них только в каждом 3-м случае (25 человек) выявлялись линейные и ретикулярные изменения, тогда как у 41 больного были обнаружены зоны локального повышения (симптом «матового стекла», участки консолидации) или понижения (симптом «сотового легкого», бронхоэктазы, буллы) плотности легочной ткани. Практически у всех пациентов отмечались одышка различной степени выраженности (в 45,4% случаев – при небольшой физической нагрузке) и непродуктивный кашель. Группу сравнения составил 21 пациент без КТ-признаков поражения легких. Пациенты с КТ-признаками поражения легких статистически значимо не отличались по возрасту дебюта ССД (42,2±15,4 против 36,3±14,4 года; $p=0,078$) и длительности заболевания (12,5±11,4 против 10,4±9,1 года; $p=0,884$). Поражение респираторного тракта в среднем отмечалось спустя 3,2±2,2 года от момента дебюта ССД. Поражение легких выявлено при разных клинических формах ССД: у 16 (89%) из 18 больных с диффузной формой, у 38 (73%) из 52 с лимитированной формой, у 10 (67%) из 15 с перекрестной формой.

У больных без поражения легких преобладала лимитированная форма. У 2 больных с дебютом ССД в подростковом возрасте поражения легких не отмечалось. Общий индекс активности ССД оказался выше у пациентов с поражением легких (3,4±1,8 против 2,7±1,3; $p=0,045$). Дигитальная ишемия (язвочки, рубчики) выявлена у 13 больных с поражением легких, и только в 1 случае – в группе сравнения ($p\chi^2=0,094$). Не было получено статистически значимых различий ($p\chi^2=0,856$) по частоте артритов у пациентов обеих групп. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) обнаружена практически у каждого 3-го пациента с поражением легких (30,3%), тогда как в отсутствие пневмопатии – только у 1 больного (4,8%; $p\chi^2=0,037$). Статистически значимо чаще у пациентов с рентгенологическим поражением легких выявлялись другие висцеропатии: поражение почек ($p\chi^2=0,043$), сердца ($p\chi^2=0,042$) и желудочно-кишечного тракта ($p\chi^2=0,028$). Частота выявления антител к Scl-70 оказалась в 2 раза выше у пациентов с поражением легких (18,2% против 9,5%; $p\chi^2=0,347$), тогда как антицентромерные антитела чаще обнаруживались у больных без поражения легких (33,3% против 19,7%; $p\chi^2=0,196$). За 8-летний период наблюдения в группе больных с поражением легких умерли 2 пациента (мужчины) с диффузной формой ССД (при давности заболевания до 1 года); причиной смерти в обоих случаях явилась быстропрогрессирующая почечная недостаточность.

Выводы/заключение

КТ-признаки поражения легких были выявлены у 76% больных ССД. У таких пациентов отмечались более поздний дебют болезни, высокий индекс активности ССД, большая частота висцеропатий и ЛАГ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Богданова Е.А., Несмеянова О.Б., Хусаинова Г.М., Гуреева А.А.

ГБУЗ ЧОКБ (Челябинск)

Введение/цель

Статистический учет псориатического артрита (ПсА) в официальной статистике Минздрава России ведется с 2009 г. Полная характеристика пациентов с ПсА позволит повысить качество оказываемой медицинской помощи, провести оценку эффективности диагностики и лечения ПсА.

Цель: изучить структуру и клинические особенности течения ПсА у больных, проживающих в Челябинской области.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ПсА, госпитализированных в ревматологическое отделение ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» за период 2015–2020 гг. Все пациенты подписали информированное согласие на включение их данных в базу с последующим использованием в научных целях при условии деперсонализации. Критерии включения: ПсА; возраст старше 18 лет; согласие пациента на участие в исследовании. Из обследования исключались пациенты с острыми инфекционными заболеваниями, онкологическими заболеваниями с активностью процесса в течение последних пяти лет, беременные.

Результаты/обсуждение

В исследование включены 252 пациента с ПсА: мужчин – 72 (28,6%), женщин – 180 (71,4%). Средний

возраст – 51,9±12,2 года (у женщин – 52,2±12,7 года; у мужчин – 51,4±10,9 года). Социальный статус: работающие – 134 (53,2%), не работают – 64 (25,4%), пенсионеры – 52 (20,6%), учащиеся – 2 (0,8%). Инвалидность по основному заболеванию имели 62 (24,6%) пациента. Длительность псориаза у пациентов составила 21,6±14,3 года. У 8 (3,2%) пациентов установлен ПсА без псориаза. Семейный анамнез по псориазу выявлен у 64 (25,4%) пациентов. Длительность установления диагноза составила 37,2±6,3 мес. По степени активности распределение было следующим: низкая – у 6 (2,1%) пациентов, умеренная – у 113 (44,8%), высокая – у 131 (52,4%), ремиссия – у 2 (0,7%). Преобладание высокой и умеренной степеней активности обусловлено проведением оценки стационарных случаев заболевания. Среди клинических проявлений энтезисы выявлены у 69 (27,4%) пациентов, дактилит – у 57 (22,6%). Псориатический спондилит диагностирован у 71 (28,2%) пациента. 237 (94%) пациентов имели сопутствующие заболевания. Метаболический синдром выявлен у 84 (33,3%) пациентов. 239 (94,8%) пациентов получали терапию базисными противовоспалительными препаратами, остальные пациенты имели противопоказания. Препаратом выбора являлся метотрексат (75,3%). Терапию генно-инженерными противовоспалительными препаратами получали 32 (12,7%) пациента.

Выводы/заключение

Эпидемиологические данные по ПсА, выявленные нами на основании анализа данных по Челябинской области, незначительно отличаются от данных, полученных по результатам исследований в других регионах Российской Федерации. Составление базы данных и проведение их анализа позволяет оценить эпидемиологическую характеристику пациентов с ПсА, проживающих на территории Челябинской области.

СЛУЧАЙ ДЕБЮТА АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2

Ботабекова А.К., Баймухамедов Ч.Т., Блинов Д.Г.

Медицинский центр болезней суставов города Шымкент (Шымкент, Казахстан)

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) – воспалительное заболевание с преимущественным поражением позвоночника и крестцово-подвздошных суставов, часто затрагивающее периферические суставы и энтезисы, а иногда глаза и корень аорты. АС нередко диагностируется поздно, вследствие чего часто ведет к инвалидности. Одним из критериев диагноза является ассоциация с HLA-B27 антигеном. Этиологическим фактором могут быть перенесенные инфекции, в частности хламидийная. В настоящее время обсуждается возможная триггерная роль инфекции SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus-2) в дебюте иммуновоспалительных ревматических заболеваний (ИВРЗ). Это может быть как в случае развития нового заболевания у генетически предрасположенных лиц, так и в результате быстрого прогрессирования не диагностированных ранее ИВРЗ.

Материал и методы

Представлены описание клинического случая, результаты лабораторных и инструментальных методов исследований (компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК), магнитно-резонансная томография таза).

Результаты/обсуждение

Пациентка К., 1975 года рождения, в начале июня 2020 г. наблюдались повышение температуры, резкая слабость, одышка, кашель, потеря обоняния. На КТ ОГК – двухсторонняя полисегментарная пневмония, характерная для COVID-19, наличие симптома «матового стекла», площадь поражения – 18%. ПЦР на SARS-CoV-2 был отрицательный, но, учитывая типичную клиническую картину и рентгенологические данные, был выставлен диагноз «COVID-19, вирус не идентифицирован. 2-сторонняя интерстициальная пневмония». Проводились симптоматическая терапия, антибиотикотерапия. Через 1,5 месяца после заболевания появились боли в коленных суставах и кистях, в нижней части спины воспалительного характера. Ранее боли в спине беспокоили только после усиленных физических нагрузок. Больная связывает возникшие боли с перенесенным COVID-19. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) принесил облегчение, но без НПВП самочувствие опять ухудшалось. 28.09.2020 больная обратилась в Медицинский центр болезней суставов города Шымкент с жалобами на боли и дискомфорт в шейном и поясничном отделах позвоночника, усиливающиеся в покое, особенно по утрам, а также на боли в мелких суставах кистей и коленных суставах, утреннюю скованность в суставах кисти и позвоночнике. При обследовании: боль по визуально-аналоговой шкале – 70 мм; повышение скорости оседания эритроцитов – до 28 мм/ч; анализы на антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду и ревматоидный фактор отрицательные; анализ крови на антитела к COVID-19 IgG положительный; анализ ПЦР на антитела HLA B-27 положительный. На УЗИ кистей: симметричный полиартрит. На обзорной рентгенографии таза: двухсторонний сакроилиит 2-й стадии по Келлгрону. Артрит тазобедренных суставов с признаками вторичных дегенеративных изменений. На рентгенографии грудного отдела позвоночника: единичные синдесмофиты на боковых углах отдельных тел позвонков. Большой был выставлен диагноз «анкилозирующий спондилит (впервые установленный), периферическая форма, серопозитивный по HLA B-27». Вероятно, АС у генетически предрасположенной пациентки протекал в стертой малосимптомной форме и после перенесенной инфекции SARS-CoV-2 обострился.

Выводы/заключение

Возможно, инфекция SARS-CoV-2 может являться толчком к обострению малосимптомных и бессимптомных форм ИВРЗ, в частности АС, у генетически предрасположенных лиц.

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 И БЕСКОНТРОЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ

Ботабекова А.К., Баймухамедов Ч.Т., Махмудов Ш.А.

Медицинский центр болезней суставов города Шымкент (Шымкент, Казахстан)

Введение/цель

Тяжесть состояния и летальность при инфекции SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus-2) обусловлена системным аутоиммунным поражением, в основе которого лежат гипервоспаление и гиперкоагуляция. Гиперкоагуляция и воспаление ведут к нарушению кровообращения в сосудах кости и костного мозга (ишемии)

и могут привести к развитию асептического некроза кости. Сегодня практически единственным доказанным препаратом для лечения тяжелого COVID-19 является дексаметазон (Д). Превышение рекомендуемой дозы и длительный прием Д, как и других глюкокортикоидов (ГК), может привести к серьезным побочным результатам. Одним из давно известных побочных действий ГК является развитие асептического некроза головки бедренной кости (АНГБК). АНГБК остается заболеванием с неизвестной этиологией и плохим прогнозом, в большинстве случаев в исходе требуется протезирование сустава. Гиперкоагуляция, воспаление и ГК являются известными факторами риска для этой патологии. Мы приводим описание клинического случая быстрого возникновения АНГБК после бесконтрольной терапии инфекции SARS-CoV-2 дексаметазоном.

Материал и методы

Представлены описание случая, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования (компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК), магнитно-резонансная томография таза (МРТ)).

Результаты/обсуждение

Пациент А., 1983 года рождения, ранее суставные боли отрицает. В июле 2020 г. появились высокая температура, слабость, кашель, нарушение обоняния, вкуса. На КТ ОГК 2-сторонняя полисегментарная ковидная пневмония (поражение легких – 75%), анализ ПЦР на SARS-CoV-2 положительный. Лечился стационарно 20 дней, были высокие уровни С-реактивного белка (СРБ), скорости оседания эритроцитов (СОЭ), ферритина. На фоне терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), антибиотиками, симптоматическими препаратами на протяжении 7 дней принимал терапию Д в дозе 4–8 мг на физиологическом растворе (200,0 мл) внутривенно, капельно. После выписки продолжил терапию Д 8 мг 2 раза в сутки в течение 6 дней. При прекращении ГК были сильные боли в коленных суставах, которые купировали НПВП, трамadolом. Состояние стабилизировалось, боли в суставах не беспокоили. Спустя 8 месяцев, после незначительного переохлаждения, появились боли в тазобедренных суставах, в паху, больше слева. На момент осмотра (апрель 2021 г.): ограничение объема движений в обоих тазобедренных суставах, повышение СРБ до 14 мг/л (норма – 5 мг/л); СОЭ, антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду, ревматоидный фактор, антистрептолизин-О, мочевая кислота в норме; ИФА на хламидии отрицательный. Анализ крови на антитела к COVID-19 IgG и IgM отрицательный. На МРТ тазобедренных суставов (описание проф. Смирнова) определяется перестройка внутренней структуры, которая в первую очередь связана с развитием множественных инфарктов костного мозга, больше выраженных слева. Изменения в левой бедренной головке можно расценить как начальные проявления асептического некроза с фрагментацией костной ткани. Определяются участки отёка костного мозга в головке и шейке левой бедренной кости и в крыше левой вертлужной впадины. Изменения в тазобедренных суставах очень характерны для последствий приема глюкокортикостероидов.

Выводы/заключение

Данный случай иллюстрирует, как быстро может развиваться заболевание при сочетанном воздействии трех возможных этиологических факторов: гиперкоагуляции, воспаления в результате инфекции SARS-CoV-2 и нерационального применения ГК. В «эпоху COVID-19» желание

любым путем быстрее помочь больному с помощью ГК может привести к серьезным осложнениям. Вопрос о триггерной роли инфекции SARS-CoV-2 при АНГБК требует дальнейшего изучения.

МОНИТОРИНГ АНТИТЕЛ К DFS70 ПРИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Верижникова Ж.Г., Панафилина Т.А., Торгашина А.В., Авдеева А.С., Попкова Т.В. ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Аутоантитела, нацеленные на макромолекулы, связанные с ядерными, цитоплазматическими и митохондриальными структурами, широко известные как антинуклеарные антитела (АНА), являются широко известными биомаркерами для дифференциальной диагностики иммуновоспалительных ревматических заболеваний (ИВРЗ) и инструментами для молекулярной характеристики их антигенов-мишеней. «Золотым стандартом» при тестировании АНА является непрямая реакция иммунофлюоресценции (НРИФ) на HEp-2-клетках – так называемый «антинуклеарный фактор» (АНФ). От 6 до 20% здоровых лиц могут быть позитивными по АНФ, что наиболее часто обусловлено наличием антител (АТ) к ядерному, ассоциированному с хроматином, белку массой 70 кДа, известному как DFS70 (или LEDGFp75), имеющих плотное мелко-крапчатое (dense fine speckled) свечение. Эти моноспецифические АТ редко обнаруживаются у пациентов с ИВРЗ.

Цель: оценить частоту обнаружения АТ к DFS70 у здоровых доноров (ЗД), пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) и с недифференцированными ИВРЗ.

Материал и методы

Исследованы сыворотки 45 ЗД (36 женщин и 9 мужчин; средний возраст (Me [25-й; 75-й процентиля]) – 50,4 [24,0; 72,0] года), 12 пациентов с СКВ (критерии SLICC, 2012; 10 женщин, 2 мужчины; средний возраст – 38,9 [17,0; 65,0] года; длительность заболевания – 100,3 [4,0; 432,0] мес.; SLEDAI 2K – 11,7 [2; 30] балла) и 16 АНФ-позитивных пациентов с недифференцированными ИВРЗ (14 женщин, 2 мужчины; средний возраст – 55,5 [18; 71,0] года). Классические АНА (гомогенный, крапчатый, смешанный типы свечения) и АТ к DFS70 определялись методом НРИФ с использованием в качестве субстрата смеси стандартных HEp-2-клеток и DFS70-KO (HEp-2 Elite, Immco Diagnostics, США). Верхняя граница нормы для АНФ соответствовала титрам флюоресценции <1:160.

Результаты/обсуждение

АНФ-позитивными были 15,6% ЗД и 100% пациентов с СКВ и с недифференцированными ИВРЗ. Классические АНА с гомогенным, крапчатым, смешанным типами свечения и отсутствием АТ к DFS70 выявлены у всех пациентов с СКВ, у 6,7% ЗД и у 18,8% пациентов с недифференцированными ИВРЗ. Моноспецифические АТ к DFS70 без классических АНА присутствовали у 8,9% ЗД, у 68,8% пациентов с недифференцированными ИВРЗ. Среди АНФ-позитивных ЗД частота изолированного обнаружения АТ к DFS70 составила 57%.

Выводы/заключение

Выявление моноспецифических АТ к DFS70 может рассматриваться в качестве перспективного маркера и потенциального критерия для исключения ИВРЗ.

**ЭНТЕЗИТЫ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ
С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ
И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ, СВЯЗАННЫМ
СО ЗДОРОВЬЕМ, У ПАЦИЕНТОВ
С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ**

Воробьева Л.Д., Коротаева Т.В., Логинова Е.Ю.,
Корсакова Ю.Л., Губарь Е.Е.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Псориазический артрит (ПсА) – это хроническое воспалительное заболевание с поражением суставов, связок, позвоночника, часто развивающееся у пациентов с псориазом. Энтезит считается одним из отличительных признаков данного заболевания, имеет тесную взаимосвязь с активностью заболевания, нарушением функционального статуса и, как следствие, оказывает негативное влияние на качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ), у больных ПсА.

Цель: оценить распространенность энтезита и его взаимосвязь с некоторыми клиническими параметрами, активностью заболевания, функциональным статусом и КЖСЗ у пациентов с ПсА.

Материал и методы

В исследование включено 187 пациентов (97 (50,2%) мужчин, 90 (48,8%) женщин), все пациенты соответствовали критериям CASPAR. Средний возраст – 45,6±11,7 года; индекс активности по DAPSA – 21,05±21,03; длительность заболевания – 88 [16; 421] мес. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование, а также оценка показателей состояния здоровья по мнению пациента (EQ-5D, PsAID12, HAQ, BASDAI, FACIT-F). В дальнейшем проводился анализ двух групп: с наличием энтезитов (42,3%) и без энтезитов (57,7%); для оценки поражения энтезисов использовался Leeds Enthesitis Index (LEI).

Результаты/обсуждение

При сравнительной оценке двух групп было выявлено, что пациенты с наличием энтезитов были статистически значимо более активными по индексу DAPSA (40,7±23,3) по сравнению с группой без энтезитов (20,9±18,7). Также в данной группе наблюдалось значительно большее число болезненных (16,8±11,8 и 7,24±6,66) и припухших суставов (11,5±9,96 и 6,25±5,9) по сравнению с группой пациентов без энтезитов ($p<0,0001$). Поражение кожных покровов по индексу BSA было сопоставимо в обеих группах ($p=0,4$). При оценке показателей состояния здоровья по мнению пациентов выявлено, что в группе с энтезитами пациенты чаще испытывали боль (55,3±23,7 против 33,9±24,9), общая оценка заболевания значительно снижена (51,8±21,6 против 20,9±18,7) ($p<0,0001$). При сравнении двух групп по функциональному статусу было показано, что у больных с энтезитами BASDAI был значительно выше, чем у пациентов без энтезитов: 5,16±2,31 и 3,02±2,33 соответственно ($p<0,0001$). Аналогичные результаты были продемонстрированы с помощью опросника HAQ – 1,1±0,64 и 2,71±2,46 соответственно ($p<0,0001$). При оценке КЖСЗ с помощью общего опросника EQ-5D и специфического опросника PsAID12 данный показатель был статистически значимо хуже у пациентов с энтезитами: по EQ-5D – 0,6±0,2 и 0,72±0,2 соответственно ($p<0,0001$), по PsAID12 – 4,19±2,57 и 2,71±2,46 соответственно ($p<0,0001$).

Выводы/заключение

Наличие энтезитов значительно влияет на активность заболевания, функциональный статус и КЖСЗ у пациентов с ПсА.

**ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕСТИ ПСОРИАЗА
НА АКТИВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ,
И ТРУДОСПОСОБНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ
С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ**

Воробьева Л.Д., Коротаева Т.В., Логинова Е.Ю.,
Корсакова Ю.Л., Губарь Е.Е.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Псориазический артрит (ПсА) – это воспалительное заболевание с гетерогенной клинической манифестацией. На тяжесть заболевания и качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ), у данных пациентов поражение кожи оказывает значительное влияние.

Цель: оценить влияние кожных проявлений на активность заболевания, КЖСЗ и трудоспособность у больных ПсА.

Материал и методы

В исследование включены 187 пациентов (97 (50,2%) мужчин, 90 (48,8%) женщин); все пациенты соответствовали критериям CASPAR. Средний возраст – 45,6±11,7 года; индекс активности по DAPSA – 21,05±21,03; длительность заболевания – 88 [16; 421] мес. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование. Оценка тяжести поражения кожных покровов проводилась с помощью индекса BSA. Анализ КЖСЗ и трудоспособности с помощью опросников EQ-5D, PsAID12 и WPAI проводилась в двух группах пациентов с ПсА: с BSA>3% (40,5% пациентов) и BSA≤3% (59,5% пациентов).

Результаты/обсуждение

Пациенты с BSA>3% имели значительно более высокую активность заболевания по сравнению с пациентами с BSA≤3%. Так, индекс активности DAPSA в этих группах составил 37,0±23,0 и 24,0±21,1 соответственно ($p<0,0001$). При оценке КЖСЗ с помощью опросника PsAID12 показатели у пациентов с BSA>3% были статистически значимо хуже, чем у пациентов с BSA≤3% (4,48±2,4 и 2,56±2,46 соответственно; $p<0,001$). Аналогичные результаты были продемонстрированы с помощью опросника EQ-5D: у больных с BSA>3% показатель составил 0,73±0,17 ($p<0,0001$). Анализ трудоспособности с помощью опросника WPAI показал, что в группе с BSA>3% были значительно выше показатели абсентеизма (0,30±0,14; $p=0,002$), презентеизма (0,26±0,24; $p=0,001$), а также отмечалось значительное общее снижение производительности (0,35±0,34; $p=0,001$) и снижение повседневной активности (0,51±0,26; $p<0,0001$).

Выводы/заключение

У пациентов с ПсА и поражением кожи по индексу BSA>3% выше активность заболевания, а также наблюдалось значительное снижение КЖСЗ и трудоспособности, по сравнению с больными без выраженных поражений кожных покровов.

**ПЕРЕНОСИМОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ
РИТУКСИМАБА В ТЕРАПИИ СИСТЕМНОЙ
СКЛЕРОДЕРМИИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ
НАБЛЮДЕНИИ**

Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А.,
Десинова О.В., Овсянникова О.Б.,
Старовойтова М.Н., Шахметова Р.У.,
Хелковская-Сергеева А.Н.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Ритуксимаб (РТМ) применяется для лечения системной склеродермии (ССД) в течение длительного времени, но все еще очень мало данных о его переносимости и отдаленных нежелательных явлениях (НЯ).

Цель: оценить переносимость и безопасность РТМ при ССД в рамках открытого проспективного наблюдательного исследования.

Материал и методы

В исследование включено 149 больных ССД (женщин – 122 (82%)), получивших одну или часть одной инфузии РТМ. Средний возраст – $48 \pm 13,5$ года (от 17 до 74 лет); диффузная форма – 52%, лимитированная – 37%, перекрестная – 11%. Давность заболевания – $6,4 \pm 5,8$ года. Период наблюдения – 12 лет. Все больные получали глюкокортикоиды в средней дозе $11,7 \pm 4,8$ мг/сут. Иммуносупрессанты при включении в исследование получали 49% пациентов. Все больные получали РТМ дополнительно к проводимой терапии. НЯ оценивались и фиксировались врачом в стационаре сразу после инфузии РТМ, а затем путем опроса пациентов в течение всего периода наблюдения. Тяжелые НЯ определялись как потребовавшие госпитализации на срок более 24 часов, вызвавшие обострение заболевания, злокачественные новообразования или опасные для жизни ситуации. Учитывались все причины смерти независимо от лечения.

Результаты/обсуждение

Средняя продолжительность наблюдения за больными после первого введения составила $5,6 \pm 2,6$ года [834,4 пациенто-лет (ПЛ)]. Суммарная доза РТМ – $3,2 \pm 2,4$ г (0,5–11). НЯ зарегистрированы у 77 (52%) пациентов; общая частота НЯ составила 9,3/100 ПЛ (95% доверительный интервал (ДИ): 8–11). Наибольшая частота всех НЯ наблюдалась в первые 2–6 месяцев после первого курса РТМ, однако по тяжести это были в основном легкие НЯ (71%). Развития фатальных НЯ не было. Наиболее частыми НЯ были вторичные инфекции ($n=53$), при этом возникновения серьезных оппортунистических инфекций не отмечено. Общая частота всех инфекций составила 6,4/100 ПЛ (95% ДИ: 4,9–8,3), серьезных инфекций – 1,32/100 ПЛ (95% ДИ: 0,7–2,4). Уровень IgG в динамике снизился с $12,9 \pm 4,9$ до $10,1 \pm 3,4$ г/л ($p = 0,0001$), но оставался в нормальных пределах. Инфузионные реакции возникли у 15 больных (1,8/100 ПЛ; 95% ДИ: 1–3). Другие НЯ отмечены у 9 (6%) больных (1,1/100 ПЛ; 95% ДИ: 0,53–2,12). Общая частота серьезных НЯ составила 2,22/100 ПЛ (95% ДИ: 1,4–3,5; 19 человек). Среди серьезных НЯ отмечены: острая пневмония (7), инфузионные реакции (5), церебральная ишемия (1), острый панкреатит (1), аллергический пневмонит (1) и лимфома гортани (1), гнойный артрит (1), тромбоз вен нижних конечностей (1), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) (1). Зафиксировано 16 летальных случаев (1,91/100 ПЛ; 95% ДИ: 1,2–3,1). В большинстве случаев больные умерли от прогрессирования недостаточности функций жизненно важных органов, возникшей до начала лечения РТМ. Причинами смерти были: интерстициальное поражение легких (4); сердечная недостаточность на фоне склеродермической кардиопатии (2); острая почечная недостаточность (4); дыхательная недостаточность у больной с легочной артериальной гипертензией в сочетании с легочным фиброзом (2); пневмония (2); сепсис после хирургического вмешательства (1); ТЭЛА (1).

Выводы/заключение

В нашем исследовании общий профиль безопасности РТМ при ССД оценивался как благоприятный

и был сходным с другими ревматическими заболеваниями. При увеличении суммарной дозы РТМ не происходило увеличения НЯ. Частота смертельных случаев сравнима с таковой при других тяжелых аутоиммунных заболеваниях в наблюдательных исследованиях. РТМ может рассматриваться как относительно безопасный препарат при комплексной терапии ССД, когда стандартная терапия не эффективна.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

Глемба К.Е., Макаров М.А., Четина Е.В., Маглеваний С.В., Каратеев А.Е., Храмов А.Э., Кушнарёва И.Г., Нарышкин Е.А.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Остеоартрит (ОА) – распространенное прогрессирующее заболевание суставов, характеризующееся хронической болью, потерей качества жизни и неизбежной инвалидизацией. Основным проявлением ОА является боль, которая становится решающим фактором обращения больных за медицинской помощью, приводит к снижению качества жизни и социальной активности, требует сложной и дорогостоящей комплексной терапии. На поздней стадии ОА при неэффективности консервативного лечения пациентам с выраженной болью и ограничением движений в суставах проводят тотальное эндопротезирование. У большинства больных эндопротезирование позволяет купировать боль и восстановить функцию сустава. Однако примерно 20% пациентов продолжают испытывать хроническую боль в области операции. Хроническая послеоперационная боль – это боль в области оперированного сегмента, сохраняющаяся на протяжении более 3 мес., умеренной или высокой интенсивности (≥ 40 мм по визуально-аналоговой шкале) и/или требующая регулярного приема анальгетиков.

Цель: определить факторы, влияющие на развитие послеоперационной боли у пациентов с остеоартритом после перенесенных операций эндопротезирования коленных и тазобедренных суставов.

Материал и методы

В исследование включено 130 пациентов с ОА крупных суставов нижних конечностей, которым было рекомендовано эндопротезирование. Средний возраст больных составил $56,5 \pm 8,9$ года. Из них 78 (60%) женщин и 52 (40%) мужчины. До оперативного вмешательства производился детальный сбор жалоб и анамнеза заболевания, данных о предшествующем консервативном лечении, демографических показателях, индексе массы тела (ИМТ), коморбидности; проводилось физикальное обследование. У всех больных получен биологический материал (цельная кровь) для создания единого банка с целью последующего выявления однонуклеотидного полиморфизма в генах *OPRM1* (rs1799971), *COMT* (rs468, rs6269, rs4633), *KCNS1* (rs734784) и *SCN9A* (rs6746030) и определения экспрессии генов катепсина S и K, MMP-9 и TIMP1 и каспазы 3. Было проведено 59 эндопротезирований коленного сустава (ЭПКС) и 71 эндопротезирование тазобедренного сустава (ЭПТБС). Через 3 и 6 мес. после оперативного вмешательства проводился детальный опрос на предмет выявления хронической послеоперационной боли, сопоставление клинических и генетических факторов.

Результаты/обсуждение

Наличие послеоперационной боли выявлено у 31% больных, большинство из которых (73%) – женщины: в 16% случаев – после ЭПКС, в 15% – после ЭПТС. Результаты позволяют понять, что чаще всего хроническая послеоперационная боль развивается у женщин с избыточной массой тела (ИМТ > 30 кг/м² у 68% обследованных), сопутствующей патологией (сахарный диабет 2-го типа – у 7%, ИБС – у 16%) и низкой стрессоустойчивостью и высокой тревожностью (от 8 баллов по шкале HADS).

Выводы/заключение

Решением проблемы послеоперационной хронической боли является комплексный подход к лечению пациентов, предрасположенных к развитию послеоперационной боли. Данный подход позволяет прогнозировать риск осложнений на дооперационном этапе и снизить риск развития послеоперационного болевого синдрома.

ФЕНОТИПЫ ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Горбунова Ю.Н., Кондратьева Л.В., Попкова Т.В., Лила А.М., Насонов Е.Л.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Пациенты с ревматоидным артритом (РА) и ожирением имеют более низкий риск ранней смертности, чем пациенты с нормальным весом, – так называемый «парадокс ожирения». В литературе обсуждаются фенотипы ожирения: классическое ожирение; метаболически здоровый избыточный вес; латентное ожирение (нормальный вес при метаболических нарушениях, особенно при инсулинорезистентности (ИР) и дисбалансе адипоциткинов).

Цель: уточнить распространенность фенотипов ожирения и выявить факторы, предрасполагающие к «латентному ожирению», при раннем ревматоидном артрите без сахарного диабета или гипергликемии.

Материал и методы

В исследование включено 35 пациентов (23 женщины, 12 мужчин) с ранним РА (критерии ACR/EULAR, 2010), медиана возраста – 56 [43,0; 60,0] года, без опыта приема глюкокортикоидов и болезнь-модифицирующих противоревматических препаратов, а также без установленного диагноза сахарного диабета. Медиана длительности заболевания составила 8,0 [6,0; 15,0] мес., серопозитивность по IgM ревматоидного фактора (РФ) и антител к циклическому цитруллинсодержащему пептиду (100%) с высокой активностью заболевания (DAS28 – 5,9 [5,2; 6,4], SDAI – 35,4 [27,0; 45,8], CDAI – 31,0 [26,0; 44,0] балл). Уровень инсулина измеряли с помощью электрохемилюминесцентного теста Elecsys (Roche Diagnostics), сывороточную концентрацию лептина – методом ELISA (DBS – Diagnostics Biochem Canada Inc., Канада). ИР определяли при помощи модели оценки гомеостаза индекса инсулинорезистентности (НОМА-IR) $\geq 2,77$. Уровень лептина считался повышенным при значениях $\geq 11,1$ нг/мл для женщин и $\geq 5,6$ нг/мл для мужчин. Избыточный вес/ожирение определялись по критериям Всемирной организации здравоохранения у пациентов с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м².

Результаты/обсуждение

Избыточный вес/ожирение были установлены у 19 (54,3%) пациентов с ранним РА; 4/19 (21%) имели повышенный уровень лептина и ИР; 11/19 (58%) – изолированную гиперлептемию. Нормальный ИМТ имели

16 (45,7%) пациентов с ранним РА, 2/16 (12,5%) имели повышенный уровень лептина и ИР, 6/16 (37,5%) – только гиперлептемию. Метаболические нарушения отсутствовали у 4 (21%) пациентов с избыточным и у 8 (50%) – с нормальным ИМТ ($p=0,02$). Классическое ожирение наблюдалось у 15 (43%), латентное – у 8 (23%) пациентов с ранним РА. Уровень лептина в сыворотке коррелировал со значением окружности талии (ОТ) ($r=0,58$; $p=0,02$), ИМТ ($r=0,71$; $p=0,0006$), скоростью оседания эритроцитов ($r=0,5$; $p=0,02$) в группе пациентов с РА и избыточным весом/ожирением, а также с ОТ ($r=0,59$; $p=0,03$), IgM РФ ($r=0,58$; $p=0,03$) и уровнем триглицеридов ($r=0,77$; $p=0,003$), индексом атерогенности ($r=0,62$; $p=0,03$) в группе пациентов с РА и нормальным весом.

Выводы/заключение

Среди фенотипов ожирения при раннем РА наиболее часто встречался классический тип, ассоциированный с абдоминальным ожирением и воспалением. Латентное (скрытое) ожирение наблюдалось несколько реже и было связано с неблагоприятным липидным профилем и абдоминальным ожирением, что повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний при РА. Метаболически здоровый избыточный вес/ожирение при раннем РА наблюдались редко.

МИКРОКРИСТАЛЛИЧЕСКИЕ ДЕПОЗИТЫ СОЛЕЙ КАЛЬЦИЯ И КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ
Горохова В.А., Носков С.М., Широкова Л.Ю., Шепеляева Л.С.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России (Ярославль)

Введение/цель

Определенная роль в патогенезе остеоартрита (ОА) может принадлежать субхондральной кости, которая подвергается ремоделированию с нарушением процессов биоминерализации и костного метаболизма. В интимных механизмах патогенеза ОА активно участвуют 2 вида кристаллов солей кальция: основной фосфат кальция (ОФК) и пирофосфат кальция дигидрат (ПКД). Если кристаллы ОФК имеют небольшой размер (1 нм) и визуально доступны только при электронной микроскопии, то кристаллы ПКД визуализируются при световой или поляризационной микроскопии. Кристаллы ПКД в большом количестве образуются хондроцитами, но достаточно быстро разрушаются неорганической пирофосфатазой. Известно, что в культуре хондроцитов кристаллы ПКД стимулируют митогенез, гиперэкспрессию агрессивных агентов в виде матричных металлопротеиназ, простагландинов и провоспалительных цитокинов.

Цель: определение встречаемости кристаллов ПКД в суставной синовиальной жидкости (СЖ) у больных ОА коленных суставов (КС), находящихся на консервативном лечении, и анализ у них клинико-инструментальных проявлений заболевания.

Материал и методы

В исследование включено 104 пациента с ОА КС преимущественно II–III рентгенологических стадий, у которых при артроцентезе получено не менее 0,2 мл СЖ (средний объем – 9,4 мл). Для определения микрокристаллических депозитов использовали поляризационную микроскопию нативного материала на БИОЛАМ-6Р. Клинико-инструментальную характеристику пациентов анализировали по визуальной-аналоговой

шкале боли (ВАШ), альгофункциональным индексам WOMAC и Лекена, магнитно-резонансной томографии (МРТ) КС по показателям синовиального выпота, толщины синовиальной оболочки и хряща в медиальной области большеберцовой кости, состоянию медиального мениска и трабекулярного отека костного мозга (ТОКМ).

Результаты/обсуждение

По нахождению кристаллов ПКД пациентов объединяли в группу с отсутствием или единичными кристаллами (ПКД–) – 8 (7,7%) пациентов, в группу с множественными кристаллами (ПКД+) – 96 (92,3%) пациентов. Установлено, что группа ПФК+ была старше практически на 10 лет (71,5 против 59,9 года) и имела большую длительность заболевания (12,9 против 7,4 года). Больные имели одинаковый индекс массы тела (31,4 и 31,2 кг/м²). Рентгенологическая стадия была более выражена в группе ПФК+ (среднее значение – 2,7) по сравнению с группой ПФК– (среднее значение – 1,8). По показателям интенсивности ВАШ и индекса WOMAC группы были сравнимы. Индекс тяжести ОА Лекена был более значим в группе ПФК+ (16,1 балла), чем в группе ПФК– (12,6 балла). По МРТ-картине группа ПФК+ характеризовалась значительно более выраженным синовиальным выпотом (2,28 против 1,67 балла) при сравнимой толщине синовиальной оболочки, существенно меньшей толщине хряща медиального компартмента большеберцовой кости (0,42 против 1,09 мм), а также большим повреждением медиального мениска по STOLLER. ТОКМ присутствовал у 100% пациентов группы ПФК+ и только у 63% – в группе ПФК–. Суммарный объем ТОКМ составил 29,2 и 5,4 мм³ соответственно.

Выводы/заключение

Проведенное нами исследование свидетельствует о том, что нахождение депозитов солей кальция в СЖ при ОА КС чаще всего встречается у пациентов более старших возрастных групп, ассоциируется с более выраженной стадией ОА и с более существенным разрушением хряща. Также кристаллы пирофосфата кальция определенно связаны с такими ведущими, но потенциально обратимыми звеньями быстрого прогрессирования ОА, как наличие и объем синовиального выпота и значительный по выраженности ТОКМ.

ОСОБЕННОСТИ АУТОИММУННОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Гриднева Г.И., Аронова Е.С., Кудрявцева А.В., Черкасова М.В., Белов Б.С., Нурбаева К.С.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

По имеющимся литературным данным, от 33 до 50% больных COVID-19 обнаруживают повышение титра антинуклеарных (ANA) и других аутоантител в крови. Известно также, что коронавирусы активируют множественные пути активации комплемента. Клинические проявления COVID-19 тяжелого течения часто напоминают комплементопатии, что, предположительно, может объясняться наличием генетической предрасположенности, связанной с нарушением регуляции комплемента. Роль этих механизмов все еще не ясна, однако высказываются предположения о том, что аутоиммунная дисрегуляция после перенесенного COVID-19 может приводить к развитию

иммуновоспалительных ревматических заболеваний (ИВРЗ) у предрасположенных лиц или к появлению новых симптомов у больных с фоновым ИВРЗ, включая обострение заболевания. Изучение спектра аутоантител у больных ИВРЗ, перенесших COVID-19, остается актуальной проблемой в связи с клиническими и терапевтическими особенностями этой группы пациентов.

Цель: оценить аутоиммунный профиль пациентов с ИВРЗ, перенесших COVID-19.

Материал и методы

В исследование включено 33 пациента (17 женщин, 16 мужчин; средний возраст – 47,4±19 лет) со следующими диагнозами: псориатический артрит (ПсА) – 9 (27%); остеоартрит (ОА) – 9 (27%); спондилоартриты – 15 (46%). 21% больных отрицали наличие симптомов COVID-19 в анамнезе. 79% отмечали какие-либо признаки COVID-19 за 3,095±1,45 мес. до госпитализации (медиана – 3 [2; 4] мес.). Все больным был проведен хроматографический экспресс-тест SARS-CoV-2 IgG/IgM (Xiamen Biotime Biotechnology, Китай) на наличие антител к SARS-CoV-2 и выявлены антитела IgG. Всем больным были проведены анализы на ANF-Нep2 и Anti-ds-DNA (аппаратным методом), антитела к бета-2-гликопротеину IgM, IgG, антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду (АЦЦП), С-реактивный белок, ревматоидный фактор, Anti-Sm, Anti-centr, Anti-SCL, С3- и С4-компоненты комплемента, антитела к цитоплазматическому антигену Jo-1 методом ИФА.

Результаты/обсуждение

Аутоиммунный профиль пациентов с ИВРЗ можно описать следующим образом: АЦЦП обнаружены у 3 (9%) пациентов (у 2 с анкилозирующим спондилитом (АС), у 1 – с ПсА); ANF-Нep2 (аппаратный метод) – у 7 (20%) (у 4 – с АС, у 3 – с ПсА), причем в 1 случае – в низком титре (1/160), в 2 – в среднем (1/320), в 4 – в высоком (1/640). У всех пациентов отсутствовали Anti-ds-DNA (аппаратный метод), ревматоидный фактор, Anti-Sm, Anti-centr, Anti-SCL, АТ к Jo-1, Антитела к бета-2-гликопротеину IgM. Антитела к бета-2-гликопротеину IgG выявлены у 1 (3%) пациента с АС. С3-компонент комплемента ниже 0,9 определялся у 4 (11%) больных (у 1 – с АС, у 1 – с ПсА – 1, у 2 – с ОА); С4-компонент комплемента ниже 0,1 – у 1 (3%) пациента с АС.

Выводы/заключение

Полученные данные позволяют предполагать возможность развития аутоиммунных реакций, приводящих к появлению новых аутоантител, в исследуемой группе. Снижение С3-компонента комплемента у 11% больных может быть следствием перенесенной новой коронавирусной инфекции. Необходимо дальнейшее проспективное исследование для изучения клинических и иммунологических особенностей больных с ИВРЗ, перенесших COVID-19.

ЛЕЧЕНИЕ ТУГОПОДВИЖНОСТИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ АРТРОПАТИЕЙ

Гусейнов Н.И.¹, Гусейнова Н.Н.², Сулейманова Р.Т.²
¹Азербайджанский Медицинский Университет (Баку, Азербайджан);

²Центральная больница нефтяников (Баку, Азербайджан)

Введение/цель

Тугоподвижность суставов – синдром ограничения подвижности суставов (СОПС) – является самым частым ревматическим проявлением при эндокринной артропатии (ЭА).

Цель: оценить эффективность и переносимость внутрисуставной кортикостероидной (КС) терапии в комплексном лечении СОПС у больных ЭА.

Материал и методы

Обследованы 176 больных ЭА (92 – с сахарным диабетом (СД), 84 – с тиреоидитом), имеющие СОПС (плечевые суставы). Давность заболевания ЭА – от 4 до 10 лет. Давность СОПС – от 2 мес. до 5 лет. В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на 2 группы – основная и контрольная. Обе группы больных получали нестероидные противовоспалительные, антидиабетические, антитиреоидитные препараты и внутрисуставные КС (Дипроспан – 0,5 мл) на пораженные суставы. Внутрисуставное введение КС проводилось 1 раз в неделю (всего 1–3 инъекции). До и через 24 часа после внутрисуставного введения КС у всех больных определялся уровень сахара в крови. Больные основной группы дополнительно получали препараты системной энзимотерапии (Вобэнзим – 15 табл./сут.). Эффективность терапии оценивалась по общепринятым критериям, принятым в ревматологии: боль – по визуально-аналоговой шкале, амплитуда движений в суставах, эффективность лечения – по оценке врача и больного, лабораторным данным (глюкоза, скорость оседания эритроцитов, С-реактивный белок, циркулирующие иммунные комплексы).

Результаты/обсуждение

В результате проведенной терапии в сравнимых группах больных было обнаружено статистически не значимое уменьшение болевого синдрома и увеличение объема движений. Следует отметить, что у 12 больных (7 – с СД, 5 – с тиреоидитом) основной группы и у 16 из 80 больных контрольной группы не было отмечено существенных клинико-лабораторных улучшений. В этих группах больных срок давности поражения периферических суставов составлял более 4 лет, а клинические симптомы СОПС соответствовали II–III стадиям болезни. А также у 5 больных СД была обнаружена инсулинозависимая форма СД. Необходимо отметить, что повышение уровня сахара в крови было отмечено у 2 больных в основной группе и у 16 больных – в контрольной. Побочные эффекты проводимой терапии у основной группы больных отмечены не были. В то же время в контрольной группе у 12 больных были отмечены тошнота, головные боли, диспепсические явления, сухость во рту, гипертензия и гипергликемия.

Выводы/заключение

Клиническая эффективность комбинированной терапии больных СОПС, страдающих ЭА, в обеих группах больных была одинаковой. Включение в комплексную терапию препарата Вобэнзим способствует уменьшению побочных эффектов КС (тошнота, головные боли, диспепсические явления, сухость во рту, гипертензия и гипергликемия) и улучшает оптимизацию течения патологического процесса.

РОЛЬ ПОЛИФЕРМЕНТНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

Гусейнов Н.И.¹, Гусейнова Н.Н.²

¹Азербайджанский Медицинский Университет (Баку, Азербайджан);

²Центральная больница нефтяников (Баку, Азербайджан)

Введение/цель

Представлены результаты исследования эффективности полиферментных препаратов в комплексном

лечении больных остеоартритом (ОА). Полиферментные препараты способствуют улучшению физической активности, эмоционального состояния, социального функционирования и регрессии суставного синдрома у больных ОА.

Цель: определение динамики показателей качества жизни (КЖ) больных остеоартритом, получавших комплексную терапию, включающую прием полиферментного препарата Phlogenzym.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 80 больных ОА в возрасте от 40 до 66 лет (средний возраст – $56,05 \pm 4,64$ года), среди которых преобладали женщины (84,4%). В 85,5% случаев больные страдали полиостеоартритом, в 14,5% – двухсторонним гонартрозом. Средняя длительность заболевания остеоартритом составила $10,3 \pm 3,5$ года. Средний показатель рентгенологической стадии ОА по Келлгрэну – $2,0 \pm 0,5$. При оценке степени функциональной недостаточности суставов (ФНС) по общепринятой методике у 4 (7%) больных выявлена ФНС 0 степени, у 36 (60%) – ФНС I степени, у 20 (33%) – ФНС II степени. Все больные до начала лечения отмечали наличие боли в периферических суставах, интенсивность которой по визуально-аналоговой шкале в среднем составила $6,1 \pm 3,5$. У 42 (70%) пациентов отмечались явления синовита и периартрита, у 15 (25%) – только явления синовита, у 3 (5%) – только явления периартрита. Все больные получали комплексную терапию, включающую прием полиферментного препарата Phlogenzym (Mucos Pharma, Германия) по 3 табл. 3 раза в день за 40 мин до еды с 200 мл воды, поливитамины и алоэ внутримышечно. Курс лечения продолжался 2 недели.

Результаты/обсуждение

Через 2 нед. от начала лечения отмечалось уменьшение болевого синдрома ($p=0,00001$), скованности ($p=0,00003$) и сокращение времени прохождения по прямой линии ($p=0,004$). При оценке КЖ, связанного с общим здоровьем, была обнаружена статистически значимая положительная динамика показателей шкал «физическое функционирование», «физическая боль», «психологическое здоровье», «ролевое эмоциональное функционирование» и «социальное функционирование» анкеты SF-36 ($p<0,01$); шкал «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «физическая активность» опросника NHP ($p<0,01$). Специальные опросники MCAO3 и KOOS продемонстрировали статистически значимую положительную динамику показателей всех своих подшкал ($p<0,01$). Результаты проведенного исследования показывают, что двухнедельный прием больными ОА препарата Phlogenzym по 3 табл. 3 раза в сутки в сочетании с поливитаминами и препаратом, улучшающим периферическое кровообращение, оказывает положительный клинический эффект и улучшает показатели КЖ, прежде всего связанные с суставной болью, о чем свидетельствует статистически значимая положительная динамика всех подшкал специальных опросников (MCAO3 и KOOS). Отсутствие такой динамики одновременно по всем шкалам двух общих опросников (SF-36, NHP) можно объяснить наличием сопутствующей патологии у данных больных или коротким промежутком времени между опросами. Очевидны уменьшения болевых ощущений у больных, получающих Phlogenzym, что приводит к улучшению их физической активности, эмоционального состояния и социального функционирования.

Выводы/заключение

Прием препарата Phlogenzym по 3 табл. 3 раза в сутки способствует повышению КЖ больных ОА, динамику которого можно оценить с помощью опросников SF-36, NHR, MCAO3 и KOOS.

**НАФТАЛАНОТЕРАПИЯ
ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ
СПОНДИЛОАРТРИТАХ**

Гусейнов Н.И.

Азербайджанский Медицинский Университет (Баку, Азербайджан)

Введение/цель

Вопросы лечения периферических спондилоартритов (пСпА) сложны и еще до конца не изучены.

Цель: изучить эффективность аппликацию нафталанской нефти в комплексной физиотерапии у больных пСпА.

Материал и методы

Проведены лечебно-реабилитационные мероприятия у 120 больных пСпА. В зависимости от проводимого метода лечения больные были разделены на 2 группы. Обе группы больные получали синусоидально-модулированный ток (СМТ), лечебную физкультуру (ЛФК) и массаж. Больные I группы ($n=68$) в качестве местного лечения на периферические суставы дополнительно получали аппликацию нафталанской нефти. Контрольную (II) группу составили пациенты с пСпА, не получавшие местных процедур ($n=52$). Больные обеих групп получали фоновую терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП): диклофенак – 150 мг/с. Влияние локальной терапии на эволюцию патологического процесса изучено в динамике клинических и лабораторных данных (скорость оседания эритроцитов, С-реактивный белок, иммуноглобулины) до и после лечения.

Результаты/обсуждение

После проведенного физиолечения у подавляющего числа больных достигнуто отчетливое улучшение состояния: уменьшение боли, скованности; увеличение объема движений в периферических суставах; уменьшение дозы или отмена НПВП. Клиническая картина заболевания, как правило, коррелировала с лабораторными данными, что указывало на уменьшение активности у больных, получавших физиопроцедуры, 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 аппликации нафталанской нефти на периферические суставы в комплексе синусоидально-модулированных токов, ЛФК и массажа у больных пСпА.

**КОМПЛЕКСНАЯ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ
СОВРЕМЕННЫХ СИМПТОМ-
И СТРУКТУРНО-МОДИФИЦИРУЮЩИХ
ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ
ОСТЕОРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ I–
III СТАДИЙ**

Давлатзода А.Д., Саидов Ё.У., Халилова Д.А.,

Шарифзода Ф.Б., Ризоева О.Р.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, Таджикистан)

Введение/цель

Цель: сравнительный анализ и оценка эффективности моно- и комбинированной терапии препаратами Структум и Артра с препаратами гиалуроновой кислоты (ГЛК) (остенил и остераж) интраартикулярно у пациентов с первичным остеоартритом (ОА) коленных суставов (КС) I–III стадий.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 103 больных с первичным ОА КС I–III стадий по Келлгрэну – Лоуренсу с интенсивностью болевого синдрома >40 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Обследованные пациенты были распределены на три группы: 1-я группа – пациенты с I стадией ОА ($n=26$); 2-я группа – пациенты со II стадией ОА ($n=40$); 3-я группа – пациенты с III стадией ОА ($n=37$). Длительность исследования составила 9 месяцев (6 мес. терапии и 3 мес. наблюдения). Всем пациентам 1-й группы в комплексе с препаратами симптоматического ряда был назначен Структум по 500 мг \times 2 раза в сутки в течение 6 мес. В то же время все пациенты 2-й и 3-й групп получали препарат Артра: в течение первых 3 недель по 1 табл. 3 раза в день, в последующем – по 1 табл. 2 раза в день в течение 6 мес. Определенное число больных 2-й и 3-й групп (35,0 и 43,2% соответственно) при соответствующих показаниях дополнительно получали интраартикулярные инъекции препаратов ГЛК (остераж, остенил).

Результаты/обсуждение

Статистически значимое уменьшение интенсивности болевого синдрома по ВАШ и улучшение показателей индекса Womac (всех его составляющих параметров и суммарного значения), а также улучшение клинико-лабораторных показателей тяжести и активности ОА наблюдались с 3-го месяца терапии и на протяжении всего периода наблюдения, преимущественно у пациентов с ранним ОА. Исходно все обследованные пациенты с первичным ОА КС с целью купирования болевого синдрома принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) постоянно (78,5%) или по потребности (27,6%). Спустя 6 мес. от начала терапии только 32,9% больных нуждались в дополнительном приеме препаратов из группы НПВП.

Выводы/заключение

Курсовое применение препаратов симптоматического ряда и структурно-модифицирующих препаратов (Структум и Артра) в эффективной суточной дозе у пациентов с первичным ОА КС (особенно на ранних стадиях заболевания) как в виде монотерапии, так и в сочетании с препаратами ГЛК (интраартикулярно) позитивно влияет на все клинические симптомы ОА коленных суставов: происходит быстрый и эффективный регрес болевого синдрома и скованности, заметное улучшение функционального состояния пациентов, прием НПВП максимально лимитируется.

**ОСОБЕННОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ФОРМЫ
СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ**

Деснинова О.В., Старовойтова М.Н., Хелковская-Сергеева А.Н., Шаяхметова Р.У., Ананьева Л.П.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Перекрестная форма системной склеродермии (пССД) является характерным представителем широкой известной группы overlap-синдромов в ревматологии

и вызывает большие затруднения в диагностическом и терапевтическом плане.

Цель: изучение особенностей периферических проявлений пССД.

Материал и методы

100 пациентов с пССД (83 женщины, 17 мужчин) были стандартно обследованы. У 68 пациентов была ССД с поли-/дерматомиозитом (ПМ/ДМ), у 32 – ССД с ревматоидным артритом (РА). Возраст пациентов – от 17 до 74 лет ($45 \pm 14,4$ года), длительность заболевания – от 6 мес. до 35 лет (7 [3–9] лет). Группу сравнения составили 100 пациентов с классической ССД (кССД).

Результаты/обсуждение

Феномен Рейно имелся у всех больных пССД и кССД, но при пССД реже развивались дигитальные сосудистотрофические нарушения рубчики, язвочки ($p < 0,02$) и некрозы ($p < 0,001$). Преобладало лимитированное поражение кожи, особенно у пациентов с ССД и РА (97%). Кожный счет у больных пССД был статистически значимо ниже, чем у пациентов с кССД ($p < 0,05$). У 1/3 больных ССД с ПМ/ДМ имелись также характерные для ДМ изменения: симптом Готтрона – у 13 больных, периорбитальный отек – у 11, эритема в зоне декольте – у 6, симптом «руки механика» – у 15. Гиперпигментация варьировала в пределах 34–47%. При пССД статистически значимо реже наблюдались телеангиэктазии ($p = 0,04$), кальциноз и остеолиз ($p = 0,04$), что отличает эту форму от лимитированной кССД. Суставная и мышечная патология в соответствии с выделенными подгруппами была значительно более выраженной, чем при кССД. Суставные проявления заболевания статистически значимо чаще преобладали в группе пССД по сравнению с кССД ($p < 0,001$). Чаще наблюдались артриты с поражением проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых суставов, лучезапястных, коленных и голеностопных суставов. У пациентов с ССД и РА статистически значимо чаще наблюдался эрозивный артрит 2–4-й стадий, чем у больных кССД ($p < 0,001$). Характерным проявлением ССД является поражение периартикулярных тканей с формированием контрактур, преимущественно кистей (84% – у пациентов с кССД), что реже встречалось у больных пССД (73%). Выявлялась деформация кистей по типу РА, но с наличием фиброзных контрактур, фиксированных подвывихов и характерным склеродермическим поражением кожи, что обусловило своеобразный вид кистей больных ССД и РА. Выраженный мышечный синдром в виде миалгий и проксимальной мышечной слабости наблюдался в группе пССД в 68% случаев за счет больных с ССД и ПМ/ДМ.

Выводы/заключение

Таким образом, клиническая картина периферических проявлений пССД имеет свои особенности. Более часто встречается лимитированное поражение кожи, но, в отличие от типичной лимитированной кССД, статистически значимо реже отмечались телеангиэктазии, кальциноз и остеолиз. Феномен Рейно встречается часто, однако тяжесть поражения была меньше: значительно реже у больных пССД развиваются дигитальные язвенно-некротические изменения. Суставной синдром, наоборот, более выражен, часто превалировал в картине заболевания: артралгии, симметричные артриты мелких и/иногда крупных суставов с утренней скованностью, приводящие к формированию фиброзных сгибательных контрактур, межостной атрофии мышц тыла кистей, иногда – к ульнарной девиации пальцев кистей, образованию ревматоидных узелков и развитию эрозий в суставах кистей, характерных для РА, наблюдающихся преимущественно у больных ССД и РА,

сочетаясь у части больных с остеолитом и/или кальцинозом, свойственным кССД. Поражение мышц по типу ПМ с повышением мышечных ферментов и нарушениями показателей электромиографии наблюдалось в основном у больных с ССД и ПМ.

ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛИ/ДЕРМАТОМИОЗИТОМ (OVERLAP-СИНДРОМ)

Десинова О.В., Старовойтова М.Н.,
Хелковская-Сергеева А.Н., Шаяхметова Р.У.,
Ананьева Л.П.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Перекрестная форма системной склеродермии (пССД), или overlap-синдром, характеризуется сочетанием двух или нескольких системных ревматических заболеваний с ССД. Перекрест ССД с поли-/дерматомиозитом (ПМ/ДМ) встречается, по данным литературы, от 10 до 37% случаев.

Цель: изучение висцеральных проявлений у данной категории больных.

Материал и методы

Проводилось стандартное клиническое обследование 68 пациентов с ССД+ПМ/ДМ (52 женщины, 16 мужчин). Возраст пациентов – от 17 до 74 лет (в среднем – $43 \pm 13,9$ года), длительность заболевания – от 6 мес. до 35 лет (в среднем – 5 [2–7] лет).

Результаты/обсуждение

Наиболее часто отмечалось поражение легких – у 76% пациентов. У 59% пациентов имелась одышка при физической нагрузке, у 18% – малопродуктивный сухой кашель, у 12% – крепитация в базальных отделах легких, акцент и расщепление 2-го тона на легочной артерии. Интерстициальные изменения легких, преимущественно в билатерально-базальных отделах разной степени выраженности, имелись у 65% пациентов и носили диффузный характер у 12%, по данным рентгенографии и/или КТ органов грудной клетки. Рестриктивные нарушения (форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) менее 80%) выявлены у 62% пациентов, из них у 24% – ФЖЕЛ менее 69%. Повышение систолического давления в легочной артерии (от 38 до 100 мм рт. ст., в среднем – $53,1 \pm 14,8$ мм рт. ст.) наблюдалось у 10% пациентов. Отмечалась преимущественно вторичная легочная гипертензия на фоне умеренных или выраженных интерстициальных изменений (ФЖЕЛ < 75%). При корреляционном анализе выявлена связь возраста начала болезни и развития признаков интерстициального заболевания легких ($p < 0,05$) и легочной гипертензии ($p < 0,01$). Со стороны сердечно-сосудистой системы у 1/3 пациентов отмечались сердцебиения, перебои в работе сердца, колющие боли за грудиной. При инструментальных исследованиях различные отклонения выявлялись практически у всех больных. У 48,5% пациентов отмечались диффузные изменения миокарда левого желудочка, у 32% – нарушение внутрижелудочковой проводимости, у 9% – предсердные и у 6% – желудочковые экстрасистолы, у 12% – полная блокада левой ножки пучка Гиса, у 9% – блокада правой ножки пучка Гиса, у 1,5% – очагово-рубцовые изменения миокарда ЛЖ, у 23,5% – адгезивный перикардит. Было отмечено статистически значимо более частое развитие аритмий у больных с поздним дебютом заболевания ($p < 0,05$). Изменения желудочно-кишечного тракта были

представлены поражением пищевода. Затруднения глотания испытывали 57% пациентов, причем у 15% дисфагия появилась в первый год заболевания параллельно развитию мышечного синдрома. Гипотония пищевода рентгенологически отмечалась в 78% наблюдений. Поражение почек, свойственное ССД, не наблюдалось.

Выводы/заключение

Знание и своевременное выявление патологической симптоматики, характерной для пССД, способствуют назначению адекватной терапии и улучшению прогноза заболевания в целом.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ ДО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОЦЕНКИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ШКАЛЫ ХАРРИСА: ДАННЫЕ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

Дубинин А.О., Ильиных Е.В., Храмов А.Э., Дубинина Т.В., Макаров М.А., Бялик Е.И.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Поражение тазобедренных суставов (ТБС) при анкилозирующем спондилите (АС) рассматривается как фактор неблагоприятного прогноза, быстро приводящий к инвалидизации больных. По результатам российских исследований, коксит встречается у 56% больных АС. При этом потребность в эндопротезировании ТБС составляет всего 8%, что связывают с применением генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП).

Цель: оценить состояние ТБС у больных АС до проведения тотального эндопротезирования (ТЭТБС) с помощью количественной шкалы Харриса.

Материал и методы

В ретроспективное исследование было включено 170 пациентов с достоверным диагнозом АС, соответствовавших модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984), находившихся на стационарном лечении в травматолого-ортопедическом отделении ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в период с 1998 по 2020 г. Всем пациентам было планомерно выполнено ТЭТБС. Большинство пациентов были мужчинами ($n=137$ – 80,6%). Средний возраст больных составил $38,1 \pm 11,3$ года (min – 18 лет; max – 65 лет). Инвалидность имели 80% пациентов: 1-ю группу – 14,1%, 2-ю группу – 50%, 3-ю группу – 15,9%. Функциональная недостаточность суставов (ФНС) на момент оперативного лечения в 64,1% случаев соответствовала III ст, в 26,5% – IV ст, в 9,4% – II ст. Большинство больных (62,9%) имели умеренную активность АС; высокую активность АС имели 17,1% пациентов, низкую – 20%. Перед ТЭТБС большинство (85,9%) пациентов имели III ст вторичного коксартроза, 14,1% – IV ст. Средний уровень С-реактивного белка (СРБ) составил $8,3 [4,0; 21,0]$. Нестероидные противовоспалительные препараты получали 61,7% больных, сульфасалазин – 20,6%, метотрексат – 7,7%, системные глюкокортикоиды – 8,8%, ГИБП – 31,1%. Уровень боли до оперативного лечения по визуально-аналоговой шкале составил $72,3 \pm 14,0$ (min – 30; max – 100).

Результаты/обсуждение

Общее значение индекса Харриса до оперативного лечения составило $37,9 \pm 15,4$ (min – 1; max – 70). Уровень боли по шкале Харриса: отсутствует – 0,5%, слабая – 2,3%, умеренная временами – 7,7%, умеренная постоянно – 38,3%,

сильная – 44,7%, невыносимая – 6,4%. Функции сустава: 1) хромота: отсутствует – 2,3%, слабая – 11,8%, умеренная – 42,9%, сильная – 43,0%; 2) дополнительная опора: отсутствует – 26,4%, трость на большие расстояния – 4,1%, трость постоянно – 29,4%, один костыль – 4,2%, две трости – 5,2%, два костыля – 30,5%; 3) ходьба на расстояние: без ограничения – 4,1%, 1000 метров – 27,1%, 500 метров – 44,7%, по квартире – 21,2%, не способны ходить – 2,9%; 4) одевание обуви: без затруднений – 4,2%, с трудом – 65,8%, невозможно – 30%; 5) способность сидеть: в любом кресле – 64,2%, в высоком кресле – 28,2%, невозможность сидеть – 7,6%; 6) подъем по лестнице: шаг за шагом без поручней – 1,7%, шаг за шагом, держась за поручни – 28,8%, с трудом, поднимая одну ногу и ставя рядом другую – 50%, невозможно – 19,4%. Общественным транспортом могли пользоваться 74,7% пациентов. Фиксированное приведение более 10° было отмечено у 70% пациентов, фиксированная внутрь ротация при полном разгибании более 10° – у 77%, сгибательная контрактура более 15° – у 60,5%. Изменение длины конечности менее 3 см наблюдалось у 83,5% пациентов.

Выводы/заключение

У большинства пациентов с АС до проведения ТЭТБС имелись выраженные функциональные нарушения сустава – средний балл по шкале Харриса составил $37,9 \pm 15,4$, при этом 83% больных испытывали умеренную и сильную боль, 73,6% были вынуждены использовать дополнительную опору. Результаты исследования позволяют рекомендовать использование количественной шкалы Харриса в повседневной клинической практике врачами-ревматологами с целью своевременного выявления показаний для направления больных АС и кокситом на консультацию к травматологу-ортопеду.

МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ: ДАННЫЕ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

Дубинин А.О., Ильиных Е.В., Храмов А.Э., Дубинина Т.В., Макаров М.А., Бялик Е.И.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Цель: оценить макроскопические изменения костной ткани головок бедренных костей при анкилозирующем спондилите (АС).

Материал и методы

В ретроспективное исследование было включено 170 пациентов с достоверным диагнозом АС, соответствовавших модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984), находившихся на стационарном лечении в травматолого-ортопедическом отделении ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в период с 1998 по 2020 г. Всем пациентам было планомерно выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренных суставов (ТЭТБС). Средний возраст дебюта АС составил $20,7 \pm 8,4$ года (min – 4 года; max – 47 лет). Средний возраст на момент установления диагноза АС – $27,6 \pm 9,2$ года (min – 13 лет; max – 59 лет). Средняя задержка в постановке диагноза – $6,9 \pm 5,8$ года (min – 0 лет; max – 38 лет). Средняя длительность от начала заболевания до ТЭТБС – $17,1 \pm 8,5$ года (min – 2 года; max – 47 лет), при этом длительность боли в тазобедренном суставе (ТБС) – $7,4 \pm 4,8$ года (min – 1 года; max – 36 лет). Нестероидные противовоспалительные препараты получали 61,7% больных, сульфасалазин – 20,6%,

метотрексат – 7,7%, системные глюкокортикоиды – 8,8%, генно-инженерные биологические препараты – 31,1%.

Результаты/обсуждение

У 119 (70%) пациентов обнаружены макроскопические признаки остеонекроза головки бедренной кости (ОНГБК). У 79 (46,4%) больных имелся анкилоз ТБС, в том числе фиброзный – у 77,2%, костный – у 22,8%. Протрузия вертлужной впадины выявлялась у 128 (75,2%) пациентов. Кисты в области вертлужной впадины обнаружены у 65 (38,2%) пациентов, в том числе единичные – в 78,5% случаев, множественные – в 21,5%. Заполнение вертлужной впадины грануляционной тканью было зафиксировано у 155 (91,1%) пациентов. Остеофиты по краям вертлужной впадины имелись у 153 (90%) больных. Хрящ в области вертлужной впадины полностью отсутствовал у 122 (71,7%) пациентов, у остальных наблюдалось или частичное стирание хрящевого слоя в местах наибольшей нагрузки на хрящ (в 6,5% случаев), или его помутнение (в 21,8% случаев). Деформация головки бедренной кости (ГБК) выявлена в 98,2% случаев, деформация в следствии остеонекроза ГБК – в 76,6%. Эрозивирование ГБК встречалось у 46,4% пациентов. Хрящ на ГБК полностью отсутствовал у 130 (76,5%) больных, у остальных наблюдалось или частичное стирание хрящевого слоя в местах наибольшей нагрузки на хрящ (в 11,2% случаев), или его помутнение (в 12,3%).

Выводы/заключение

Потребность в ТЭТБС возникла в среднем через 7,4±4,8 года от момента появления клинических признаков коксита. В 70% случаев макроскопическая картина поражения ТБС при АС характеризовалась ОНГБК, практически в половине случаев – анкилозом ТБС, преимущественно фиброзным (77,2%), полным или частичным отсутствием хряща в области вертлужной впадины и ГБК.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ УРОВНЯ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Елисеева Л.Н., Тихомирова Н.Ю.,

Проскуракова И.И.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России (Краснодар)

Введение/цель

Дефицит витамина D (или гиповитаминоз D) – патологическое состояние, которое приводит к нарушению метаболизма кальция и влияет на скорость развития остеопороза. Выделяют три состояния дефицита витамина D в зависимости от уровня 25(ОН)D в сыворотке: <20 нг/мл – дефицит витамина D; 21–29 нг/мл – недостаточность витамина D; ≥30 нг/мл – целевой уровень витамина D. Указанный минимально допустимый уровень витамина D (30 нг/мл) рекомендован Международной ассоциацией остеопороза (IOF) и Российской ассоциацией остеопороза. У пациентов ревматологического профиля имеются факторы, снижающие плотность костной ткани (ограничение физической активности, лекарственные средства), которые трудно полностью нивелировать. В то же время нарушения уровня витамина D являются модифицируемым фактором риска формирования остеопороза.

Цель: изучение распространенности нарушений уровня витамина D у пациентов ревматологического профиля.

Материал и методы

Проанализированы лабораторные данные 300 пациентов, направленных к ревматологу в период с января по апрель 2021 г. Концентрация витамина D предварительно была определена только у 60 из них.

Результаты/обсуждение

Возраст обследованных был от 20 до 85 лет, средний возраст – 52,6±16,0 года. Гендерный состав был представлен женщинами (86%). В структуре нозологических диагнозов преобладали ревматоидный артрит (35,7%), деформирующий остеоартрит (32,1%), системная склеродермия (7,1%), гипермобильность суставов (3,6%), ревматическая полимиалгия (3,6%), гиперурикемия (3,6%); у 14,2% пациентов диагноз не был установлен и назначено дообследование. Исследование уровня витамина D было проведено только у 20% пациентов, направленных к ревматологу. Уровень витамина D у этих пациентов не достигал нижней границы целевых значений и находился в пределах от 9,4 до 29 нг/мл; средний уровень составил 19,5±5,9 нг/мл. Уровни витамина D распределились следующим образом: 50% лиц имели дефицит и 50% лиц – недостаточность. Среди лиц с нарушениями уровня витамина D (дефицит, недостаточность) прием глюкокортикоидов (преднизолон, метилпреднизолон) отмечен у 21,4% обследованных, прием ингибиторов протонной помпы – у 50%.

Выводы/заключение

В структуре нозологических диагнозов у пациентов, направляемых к ревматологу, преобладают ревматоидный артрит и деформирующий остеоартрит. Обращает на себя внимание низкая частота исследования уровня витамина D у пациентов ревматологического профиля (всего 20% обследованных), а средний его уровень соответствует дефициту (19,5±5,9 нг/мл). Отмечается высокая распространенность факторов риска развития остеопороза у обследованных пациентов: преобладают женский пол (86%), возраст (средний возраст – 52,6±16,0 года), употребление лекарственных препаратов (50% принимают ингибиторы протонной помпы, 21,4% – глюкокортикоиды). С учетом вышеизложенного рекомендовано включить исследование уровня витамина D в обязательный стандарт обследования у пациентов ревматологического профиля.

ФЕНОТИПЫ

СОСТАВА ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Ефремова А.О., Добровольская О.В., Гарзанова Л.А.,

Демин Н.В.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Изучить частоту различных фенотипов состава тела у больных системной склеродермией (ССД).

Материал и методы

В исследование включено 47 женщин с достоверным диагнозом ССД: 29 (61,7%) – с лимитированной, 18 (38,3%) – с диффузной формой заболевания. Медиана длительности заболевания – 8,0 [4,0; 17,0] лет. Всем пациентам проведена оценка состава тела с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA). Индекс аппендикулярной мышечной массы (АМИ) рассчитывали как отношение аппендикулярной мышечной массы (АММ) к росту в квадрате (кг/м²). Мышечную силу измеряли с помощью кистевой динамометрии и теста 5-кратного вставания со стула (ТВС), а для определения функционального состояния мышц использовали определение скорости ходьбы и краткий комплекс тестов оценки физической формы (ККТ ОФФ или SPPB). Саркопения (СП) была диагностирована при силе кистей <16 кг, ТВС>15 с, АММ<15 кг или АМИ<5,5 кг/м². Диагнозом тяжелой СП ставился при скорости ходьбы ≤0,8 м/с

или ККТ ОФФ ≤ 8 баллов. Ожирение определялось денситометрически при обнаружении общей жировой массы $>35\%$ состава тела. Остеопороз (ОП) диагностировался на основании критериев ВОЗ, а остеосаркопения – при наличии ОП и/или остеопении (ОПе) и СП.

Результаты/обсуждение

Медианы АММ и АМИ составили 15,9 [14,6; 19,3] кг и 6,4 [5,7; 6,9] кг/м² соответственно, а общая жировая масса – 27,1 [20,4; 34,1] кг. Медиана процентного содержания жира в организме составила 39,2 [34,6; 43,1] %. ОП выявлен у 24 (51,1%), а ОПе – у 11 (23,4%) человек. 10 (21,3%) женщин имели низкий АММ и низкий АМИ, 6 (12,7%) – только низкий АММ. Сниженная мышечная сила была обнаружена у 21 (44,7%) женщины, в то время как наличие СП было подтверждено лишь у 10 (21,3%) пациенток, из них у 5 (10,6%) была тяжелая СП. Статистически значимой разницы в частоте СП среди пациентов с лимитированной и диффузной формами ССД не выявлено – у 4 (15,4%) и 6 (33,3%) лиц соответственно ($p=0,27$). Нормальный фенотип состава тела был обнаружен у 3 (6,4%) женщин, изолированные ОП/ОПе – у 13 (27,7%), изолированное ожирение – у 7 (14,9%), остеопеническое ожирение – у 13 (27,7%), саркопеническое ожирение – у 1 (2,1%), остеосаркопения – у 3 (6,4%), остеосаркопеническое ожирение – у 6 (12,8%) больных ССД без статистически значимых различий между пациентами с лимитированной и диффузной формами ССД.

Выводы/заключение

Таким образом, среди обследованных женщин в постменопаузе с ССД нормальный фенотип состава тела был обнаружен только в 6,4% случаев, а патологические фенотипы – в 93,6%. Наиболее часто встречались фенотипы с ожирением – у 55,3%, из них у четверти лиц диагностирована СП, в то время как у больных без ожирения частота СП составляла 15%. Изолированная СП не выявлена ни у одной пациентки.

ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Ефремова А.О., Добровольская О.В., Бабак В.В., Демин Н.В., Торощова Н.В.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Оценить минеральную плотность костей (МПК) и выявить факторы риска низкой МПК у женщин с системной склеродермией (ССД).

Материал и методы

В исследование включены 173 женщины, из них 110 – в постменопаузе (медиана возраста – 60 [55; 63] лет) и 63 – в пременопаузе (медиана возраста – 35 [31; 44] лет). МПК оценивали в поясничном отделе позвоночника (ПОП), шейке бедра (ШБ) и в проксимальном отделе бедра в общем (ПОБ) с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA). Низкая МПК диагностировалась при Т-критерии $<-1,0$ стандартного отклонения (СО) у женщин в постменопаузе и при Z-критерии $<-2,0$ СО у женщин в пременопаузе. Взаимосвязь между показателями МПК и ССД у пациентов оценивалась с помощью однократного линейного регрессионного анализа.

Результаты/обсуждение

Низкая МПК была обнаружена у 66% пациенток: у 79% и 18% женщин в постменопаузе и пременопаузе

соответственно. Среди женщин в постменопаузе остеопороз (ОП) был диагностирован в 47% случаев, остеопения – в 32% случаев. У женщин в постменопаузе выявлена зависимость МПК ПОП, ШБ и ПОБ от индекса массы тела (ИМТ) ($\beta=0,27, p=0,010$; $\beta=0,47, p<0,001$ и $\beta=0,45, p<0,001$ соответственно), длительности приема глюкокортикоидов (ГК) ($\beta=-0,31, p=0,008$; $\beta=-0,34, p=0,003$ и $\beta=-0,27, p=0,022$ соответственно). Кроме того, для МПК ШБ и ПОБ определена негативная связь с С-реактивным белком (СРБ) ($\beta=-0,32, p=0,016$ и $\beta=-0,29, p=0,029$ соответственно), а для МПК ПОП – с текущей и кумулятивной дозами ГК ($\beta=-0,24, p=0,039$ и $\beta=-0,29, p=0,014$ соответственно). У женщин в пременопаузе МПК ПОП, ШБ и ПОБ зависела от ИМТ ($\beta=0,51, p<0,001$; $\beta=0,45, p=0,003$ и $\beta=0,47, p=0,002$ соответственно), длительности приема ГК ($\beta=-0,45, p=0,004$; $\beta=-0,47, p=0,003$ и $\beta=-0,48, p=0,002$ соответственно) и кумулятивной дозы ГК ($\beta=-0,48, p=0,002$; $\beta=-0,51, p=0,001$ и $\beta=-0,46, p=0,004$ соответственно); а для МПК ШБ и ПОБ дополнительно – от уровня 25(ОН)D ($\beta=0,52, p=0,008$ и $\beta=0,54, p=0,005$ соответственно), для МПК ПОП – от длительности ССД ($\beta=-0,44, p=0,004$).

Выводы/заключение

Низкая МПК была диагностирована у 66% женщин с ССД. Низкий ИМТ, кумулятивная доза ГК и продолжительность применения ГК были независимыми факторами риска низкой МПК у лиц как в пременопаузе, так и в постменопаузе. Дополнительные факторы риска, такие как продолжительность ССД и низкий уровень витамина D, были выявлены для пременопаузальных женщин, а текущая и кумулятивная доза ГК и уровень СРБ – для пациенток в постменопаузе.

ПРИМЕНЕНИЕ АЗИТРОМИЦИНА У БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Журавлева М.О.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (Оренбург)

Введение/цель

В начале пандемии COVID-19 при контакте с большим коронавирусной инфекцией и при повышении температуры пациентам амбулаторно назначался азитромицин в течение 3–5 дней. В дальнейшем необоснованное назначение антибиотиков было отменено, однако население продолжало принимать их самостоятельно, что приводило к побочным реакциям и антимикробной резистентности. В то же время этиопатогенетическое лечение при реактивном артрите (РеА) подразумевает назначение азитромицина.

Цель: определить наиболее эффективную схему назначения азитромицина у больных реактивным артритом в условиях пандемии.

Материал и методы

В исследование включено 105 амбулаторных больных РеА, средний возраст – $37,16 \pm 12,7$ года. Все получали найз по 100 мг 2 раза в день, антимикотическую терапию; азитромицин *per os*: пациенты I группы – в первый день 1 г, затем еще 4 дня по 500 мг, пациенты II группы – по 1 г на 1-й, 7-й, 14-й дни, пациенты III группы – по 500 мг в течение 3 дней в неделю, курс лечения – 1 месяц. Группы по 35 человек были сопоставимы по полу, возрасту, течению процесса, активности, функциональной недостаточности. Эффективность оценивалась по изменению клинико-лабораторных данных, УЗИ суставов, эрадикации инфекции. Статистическая обработка проведена

с применением пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты/обсуждение

После назначения азитромицина у всех больных исчезли признаки урогенитального воспаления, конъюнктивита, дактилита и паховой лимфаденопатии, снизилась выраженность синовита, нормализовалась температура. Во всех группах статистически значимо уменьшилось в среднем число болезненных и припухших суставов (в I группе — с $3,62 \pm 0,5$ до $1,6 \pm 0,42$ и с $3,0 \pm 0,5$ до $1,3 \pm 0,38$ соответственно; во II группе — с $3,7 \pm 0,39$ до $1,61 \pm 0,37$ и с $2,7 \pm 0,3$ до $1,06 \pm 0,34$ соответственно; в III группе — с $3,92 \pm 0,37$ до $1,06 \pm 0,46$ и с $3,19 \pm 0,38$ до $0,43 \pm 0,22$ соответственно; $p < 0,008$). Статистически значимо снизились интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале (мм) и время утренней скованности (мин): в I группе — с $66,6 \pm 3,85$ до $35,0 \pm 6,6$ и с $106,57 \pm 24,36$ до $28,12 \pm 9,6$ соответственно; во II группе — с $69,5 \pm 3,73$ до $27,0 \pm 6,11$ и с $94,28 \pm 22,6$ до $17,93 \pm 7,4$ соответственно; в III группе — с $74,73 \pm 2,62$ до $26,06 \pm 7,66$ и с $100,4 \pm 25,0$ до $7,5 \pm 3,35$ ($p < 0,003$). Причем в I группе время утренней скованности в течение месяца уменьшилось значительно, а через 3 месяца статистически не значимо увеличилось, а в других группах продолжилась тенденция к снижению. Общее состояние здоровья пациента статистически значимо уменьшилось во II (с $7,12 \pm 0,33$ до $3,55 \pm 0,55$ см; $p < 0,0001$) и I группе (с $4,27 \pm 0,44$ до $2,8 \pm 0,6$ см; $p < 0,05$). В III группе данный показатель менялся статистически не значимо — с $8,75 \pm 1,54$ до $4,9 \pm 2,48$ см. Эффективность по Δ HAQ во всех группах была значительная. Среднее значение СОЭ в I группе уменьшилось с $11,34 \pm 1,9$ до $5,87 \pm 0,9$, во II — с $18,55 \pm 2,32$ до $10,9 \pm 2,6$, в III — с $13,07 \pm 1,5$ до $5,17 \pm 1,31$ ($p < 0,03$). Индекс DAS28 от умеренной активности снизился до ремиссии во всех группах: в I — с $3,85 \pm 0,83$ до $2,58 \pm 0,2$, во II — с $4,22 \pm 0,14$ до $2,26 \pm 0,2$, в III — с $4,18 \pm 0,1$ до $1,81 \pm 0,3$ ($p < 0,0001$). Во всех группах отмечалась высокая активность по BASDAI до лечения ($5,71 \pm 0,35$ — в I группе, $5,96 \pm 0,3$ — во II группе, $6,14 \pm 0,23$ — в III группе), после она статистически значимо уменьшилась в III группе до $2,10 \pm 0,63$, во II — до $2,4 \pm 0,4$, в I — до $2,85 \pm 0,63$ ($p < 0,0001$). По ASDAS активность в среднем была очень высокая в III и II группах, высокая — в I группе ($3,76 \pm 0,17$, $3,66 \pm 0,16$ и $3,17 \pm 0,22$ соответственно), после лечения она статистически значимо снизилась до ремиссии в III и II группах и до низкой — в I группе ($1,23 \pm 0,27$, $1,25 \pm 0,16$ и $1,93 \pm 0,25$ соответственно; $p < 0,0004$). Побочные реакции в виде гастралгий и тошноты отмечались во всех группах, крапивница — во II и III.

Выводы/заключение

Применение азитромицина в терапии РеА имеет статистически значимый положительный клинический, лабораторный и функциональный эффекты, которые были наиболее выражены при III схеме.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА

Журавлева М.О

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (Оренбург)

Введение/цель

С 2019 года мир захватила пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), которая унесла жизни почти 3 млн человек. В Российской Федерации на настоящий момент заболели более 4,5 млн жителей. Коронавирусная инфекция внесена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Актуальность проблемы

очевидна. Течение данного заболевания у ревматологических больных с системными проявлениями, находящимися на супрессивной терапии, представляет несомненный интерес.

Цель: изучить особенности течения новой коронавирусной инфекции на фоне применения метотрексата у больных хроническим реактивным артритом с системными проявлениями.

Материал и методы

Под наблюдением находились 30 больных хроническим урогенитальным реактивным артритом с системными проявлениями, принимавшие метотрексат по 7,5 мг в неделю. Средний возраст — $38,8 \pm 11,3$ года. Преобладал олигоартрит с преимущественным поражением суставов нижних конечностей со средней степенью активности и II степенью функциональной недостаточности суставов. Ревматоидный фактор и антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду были отрицательными. Ультразвуковое исследование у всех подтвердило наличие синовита суставов нижних конечностей различной степени выраженности. До пандемии у всех проведена элиминация инфекции (анализ ПЦР на *Chlamidia trachomatis* после проведенного этиологического лечения был отрицательным).

Результаты/обсуждение

В 2020 г. подтвержденной новой коронавирусной инфекцией заболели 5 пациентов, у всех заболевание протекало в легкой форме: температура тела в среднем $37,5$ °C до трех дней. Все отметили боли в горле, заложенность носа, насморк, снижение обоняния, боли в суставах, утреннюю скованность в них, ломоту в костях, выраженную слабость, сердцебиение. Отмечалось увеличение длительности утренней скованности на фоне коронавирусной инфекции. У 2 пациентов появились выраженные боли в крестцово-подвздошных суставах. Один жаловался на высыпания на теле. Циркулирующие иммунные комплексы после выздоровления составили в среднем от 233,6 Ед ОП (Ме [25%; 75%] — 245 [230; 245] Ед ОП) до 126,4 Ед ОП (127 [114; 138] Ед ОП), показатели скорости оседания эритроцитов, С-реактивного белка менялись статистически не значимо.

Выводы/заключение

Таким образом, новая коронавирусная инфекция у больных хроническим реактивным артритом на фоне применения метотрексата протекала в легкой форме, характеризовалась усилением суставного синдрома и длительности утренней скованности.

ЗАВИСИМОСТЬ ДИНАМИКИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЯ DAS28 ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ ТЕРАПИИ ДЕНОСУМАБОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Коваленко П.С., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В.,
Насонов Е.Л.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Воспаление, которое развивается при ревматоидном артрите (РА), наряду с поражением различных органов и систем приводит, к развитию локальной и генерализованной потери костной ткани. Применение деносуаба (моноклональные антитела к RANKL (receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand, лиганд рецептора активатора ядерного фактора каппа-В)) — новой антирезорбтивной терапии — снижает активность остеокластов,

увеличивает минеральную плотность костной ткани (МПК), а также потенциально оказывает влияние на эрозивный процесс при РА.

Цель: оценить эффект терапии деносуабом на МПК в зависимости от активности РА.

Материал и методы

66 постменопаузальных женщин (средний возраст — 59,6±7,4 года) с РА (средняя длительность РА — 17,7±10,4 года) и остеопорозом (ОП) (в соответствии с рекомендациями РАОП, 2012) получали подкожно деносуаб в дозе 60 мг каждые 6 мес. в течение 12 мес. Позитивными по ревматоидному фактору (РФ) были 47 (72%) пациенток, по антителам к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП) — 48 (74%). 34 (49%) пациентки продолжали прием глюкокортикоидов (ГК). Исходно и через 12 мес. пациенткам проводилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия для оценки МПК в проксимальном отделе бедренной кости (шейке бедра и бедре в целом), поясничном отделе позвоночника (L₁–L₄), дистальном отделе предплечья (ДОП). С такой же периодичностью (исходно и через 1 год) была проведена рентгенография кистей и стоп с последующей оценкой эрозивно-деструктивных изменений в суставах по методике Sharp/van der Heijde (SVH). В предыдущих исследованиях на этой выборке было продемонстрировано статистически значимо увеличение МПК в целом по группе (вне зависимости от приема ГК), а также вклад различных факторов на динамику МПК. Средний показатель активности РА по DAS28 составил исходно 4,01±1,02 и статистически значимо не изменился через 1 год терапии. Согласно определяемой по DAS28 степени активности, 5 (7,6%) пациенток имели 0-ю степень активности РА, 7 (10,6%) — 1-ю степень, 45 (68,1%) — 2-ю степень, 9 (13,6%) — 3-ю степень.

Результаты/обсуждение

В группе пациенток, имевших активность 0 по DAS28, статистически значимых изменений МПК через 12 мес. отмечено не было (вероятно, из-за небольшой численности группы). В группе пациенток с активностью 1 статистически значимо увеличилась МПК в L₁–L₄ ($p=0,02$). В группе с активностью 2 увеличение МПК ($p<0,05$) было отмечено в L₁–L₄, шейке бедра и в целом по бедру. В группе активности 3 статистически значимое увеличение МПК было отмечено в L₁–L₄ и в целом по бедру.

Выводы/заключение

По результатам исследования было показано, что увеличение МПК через 12 мес. терапии деносуабом не зависело от исходной активности пациентов с РА по DAS28. Таким образом, увеличение МПК в L₁–L₄ было отмечено у пациентов с низкой, средней и высокой активностью РА, в то время как в области бедра — у пациентов с умеренной и высокой активностью.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСТЕОПОРТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: АЛГОРИТМ FRAX VS МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ФГБНУ НИИР им. В.А. НАСОНОВОЙ

Кожевникова П.О., Коваленко П.С., Глухова С.И., Дыдыкина И.С., Лиля А.М.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Для определения 10-летней вероятности возникновения остеопоротических переломов была разработана математическая модель — алгоритм FRAX. Однако

FRAX имеет ряд ограничений при оценке риска переломов у больных ревматоидным артритом (РА). В ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой была разработана математическая прогностическая модель оценки риска возникновения низкоэнергетических переломов при РА, включающая 2 основных фактора — кумулятивную дозу глюкокортикоидов (ГК) и наличие остеопороза (ОП) в области шейки бедренной кости, а также 2 дополнительных фактора: для пациентов моложе 65 лет — наличие ишемической болезни сердца, для лиц старше 65 лет — наличие язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки.

Цель: сравнить прогностическую точность оценки риска возникновения низкоэнергетических переломов у больных РА с использованием прогностической модели, разработанной в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, и алгоритма FRAX.

Материал и методы

В проведенном проспективном многолетнем исследовании обследовано 70 женщин в возрасте от 40 до 80 лет, страдающих РА. Длительность наблюдения составила 8,0±1,2 года. При включении в исследование средний возраст пациентов составил 55,4±7,8 года, средняя длительность РА — 14,7±10,2 года. Всем пациентам проведено общее клиническое обследование с оценкой анамнестических данных, а также данных рентгеновской денситометрии, выполненной при включении в исследование. Рассчитан риск развития остеопоротических переломов с помощью алгоритма FRAX (Россия) и прогностической модели ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Сопоставлен вероятный риск остеопоротических переломов и случаи произошедших переломов.

Результаты/обсуждение

Исходно, согласно алгоритму FRAX, низкий риск возникновения остеопоротических переломов имели 35 (50%) пациентов, высокий — 35 (50%); по данным прогностической модели ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой низкий риск возникновения переломов имели 33 (47%), высокий — 37 (53%) пациентов. Прогноз математической модели ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в 66% случаев совпадал с прогнозом алгоритма FRAX. За период наблюдения низкоэнергетические переломы произошли у 18 (26%) женщин, у 14 (78%) из них риск переломов, согласно прогностической модели ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, был оценен как высокий, в то время как по прогнозу FRAX высокий риск был установлен у 12 (67%) из 18 пациенток. Чувствительность и специфичность алгоритма FRAX составили 67% и 56% соответственно, чувствительность и специфичность прогностической модели ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой — 78% и 56% соответственно.

Выводы/заключение

Прогностическая модель, разработанная в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, показала более высокую чувствительность и сравнимую специфичность в определении риска развития низкоэнергетических переломов у больных РА в сравнении с алгоритмом FRAX.

НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ МНОГОЛЕТНЕМ ПРОСПЕКТИВНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Кожевникова П.О., Коваленко П.С., Бланк М.Ю., Дыдыкина И.С.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Хроническое воспаление при ревматоидном артрите (РА) сопровождается локальной (периартикулярный остеопороз) и генерализованной потерей минеральной плотности костной ткани (МПК) осевого и периферического скелета, что приводит к снижению прочности костной ткани и повышенному риску развития низкоэнергетических переломов. По современным данным, низкоэнергетические переломы при РА происходят в 1,5 раза чаще, чем в популяции.

Цель: определить частоту и локализацию впервые возникших или повторных низкоэнергетических переломов у больных РА при проспективном многолетнем наблюдении.

Материал и методы

В исследование включено 80 женщин в возрасте от 30 до 80 лет, страдающих РА. Длительность наблюдения составила $8,23 \pm 1,28$ года; возраст на момент обследования в динамике — $62,5 \pm 8,7$ года, продолжительность РА — $23,2 \pm 10,1$ года. 74 (92,5%) женщины были в менопаузе, возраст начала менопаузы — $47,9 \pm 4,8$ года. Всем пациентам проведено клиническое обследование с оценкой анамнестических данных и проводимой терапии. Выполнена рентгенография дистальных отделов кистей и стоп в прямой проекции, рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции, денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости.

Результаты/обсуждение

За период наблюдения количество больных с переломами увеличилось с 22 (27,5%) до 36 (45%) человек. Произошло 25 новых случаев низкоэнергетических переломов, в т. ч. у 6 больных — повторно, у 14 — впервые. Больные распределены в две группы: «с переломами» и «без переломов», произошедших за период наблюдения. Число пациентов с переломами в анамнезе не различалось в группах и составило соответственно 6 (30%) и 15 (25%) ($p=0,65$). Исходно и в динамике средний возраст, длительность и активность РА в обеих группах были сопоставимы. При включении в исследование ОП был у 15 (75%) больных «с переломами» и у 29 (48%) — «без переломов» ($p=0,03$), при этом число пациентов, у которых МПК соответствовала ОП, не различалось — 12 (60%) и 23 (38%) ($p=0,08$), но статистически значимо различалось при динамическом контроле — 16 (80%) и 30 (50%) соответственно ($p=0,01$). За период наблюдения в группе «с переломами» терапия ГК получали 16 (80%) пациентов, в группе «без переломов» — 28 (47%) ($p=0,01$). Наиболее частые локализации переломов: кости предплечья — 6 (24%), кости голени — 5 (20%), вертебральные переломы — 4 (16%), анатомическая шейка плечевой кости — 4 (16%), другие — 6 (24%).

Выводы/заключение

За 8-летний период наблюдения количество больных с низкоэнергетическими переломами увеличилось на 17,5%. У каждого 4-го пациента впервые или повторно произошел перелом. Наиболее частой локализацией переломов были кости предплечья, кости голени и вертебральные переломы. Больные группы «с переломами» статистически значимо чаще принимали ГК и имели ОП в анамнезе.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ — УРОКИ ПЕРВОГО ГОДА ПАНДЕМИИ

Колхидова З.А.¹, Арсеньева С.В.¹, Маткава В.Г.², Никишина И.П.¹

¹ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва);

²ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (Москва)

Введение/цель

В начале пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) предполагалось, что болезнь будет наиболее тяжело протекать у «иммунокомпрометированных» больных, в том числе у детей с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (РЗ).

Цель: провести анализ особенностей течения COVID-19 у детей с РЗ.

Материал и методы

В ретроспективный анализ включены все пациенты с РЗ, находящиеся под наблюдением детского ревматологического отделения (ДРО) ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, перенесшие COVID-19 за период с апреля 2020 по май 2021 г. Проведен анализ спектра клинических проявлений COVID-19 у детей с различными РЗ, проводимой терапии и последствий COVID-19 в отношении течения РЗ.

Результаты/обсуждение

За период пандемии в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой зарегистрирован 161 случай инфекции COVID-19, перенесенной детьми с РЗ. Критерии диагноза COVID-19 включали альтернативно наличие антител IgM+/IgG+ к SARS-CoV-2 либо ПЦР РНК SARS-CoV-2+, а также учет анамнестических данных. Бессимптомно инфекцию перенесли 87 пациентов, у 68 имелись различные клинические симптомы. До июля 2020 г. было зарегистрировано только 4 пациента, переболевших COVID-19, в течение II полугодия 2020 г. число пациентов составило 45, за 1-й квартал 2021 г. число переболевших детей составило 112. Анализ выявления антител показал, что у тех, кто переболел бессимптомно (116), IgG выявлялись статистически значимо чаще ($p<0,005$), чем у тех, кто имел клинические проявления инфекции (65). Клинические проявления COVID-19 у большинства (35%) проявлялись субфебрилитетом, у 21% — ринитом, у 23% — аносмией, у 11,8% — ангиной, у 8,7% — кашлем, у 7,5% — артралгиями/миалгиями, у 3,7% — диспепсией, у 1,2% — КТ-подтвержденной пневмонией, в 1 (0,6%) случае — сыпью. Возраст детей, переболевших COVID-19 с клиническими проявлениями, был статистически значимо выше по сравнению с перенесшими бессимптомно (Me 15 [17; 13] лет против Me 11 [8; 14] лет; $p<0,001$). Лечение COVID-19 включало антибактериальную терапию у 8 (5%) пациентов, прием нестероидных противовоспалительных препаратов — у 7 (4%) и их комбинацию — в 14 (9%) случаях. Случаи заболевания COVID-19 регистрировались практически при любой нозологии РЗ без различий в тяжести течения COVID-19. В числе перенесших COVID-19 зарегистрировано 110 (68%) детей с различными вариантами ювенильного артрита (ЮА) (53 — с клиническими симптомами, 57 — с бессимптомным течением), 15 (9%) — с системным вариантом ЮА (6 — с клиническими симптомами, 9 — с бессимптомным течением), 29 (18%) — с системными заболеваниями соединительной ткани, 5 (3%) — с различными аутовоспалительными заболеваниями. У 2 пациентов выявлена экстремально редкая патология — оссифицирующая прогрессирующая фибродисплазия, 1 из которых COVID-19 перенес

легче других членов семьи – возможно, вследствие исходно применявшейся терапии тофацитинибом. Базисные противовоспалительные препараты (БПВП) получали 55 пациентов с клиническими симптомами и 77 бессимптомно перенесших COVID-19, генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) – 36 и 42 пациента соответственно. Подтверждено предположение о более легком течении COVID-19 у пациентов, принимающих пероральные глюкокортикоиды (ГК): 23 перенесли бессимптомно, 11 – с легкой степенью тяжести. Длительность РЗ и применения иммуносупрессивной терапии в обеих группах были сопоставимы. Коррекция противоревматической терапии потребовалась у 27 пациентов: у 11 были временно отменены и ГИБП, и БПВП; у 14 отменен только метотрексат; у 1 – только ГИБП; 1 пациенту была увеличена пероральная доза ГК. Обострение РЗ отмечено у 24 пациентов, перенесших COVID-19, из них 17 – с клиническими проявлениями. У 9 из числа пациентов, временно отменивших терапию, развилось обострение РЗ.

Выводы/заключение

У детей с РЗ независимо от приема иммуносупрессивных препаратов и ГИБП новая коронавирусная инфекция протекала в легкой форме либо бессимптомно. В 14% случаев в хронологической связи с перенесенной инфекцией COVID-19 независимо от ее клинических проявлений развилось обострение РЗ. Количество случаев выявления COVID-19 у детей с РЗ неуклонно нарастает, что требует продолжения исследования с оценкой отдаленных исходов.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ НА ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И БЕСПЛОДИЕМ

Кошелева Н.М., Власова Г.А., Глухова С.И., Перминова С.Г.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Известно, что около трети пациенток с ревматоидным артритом (РА), диагностированным до наступления первой беременности, имеют сниженную фертильность, более длительный период до наступления первой беременности по сравнению со здоровыми женщинами. Отрицательное влияние на функционирование репродуктивной системы может оказывать как само заболевание, так и проводимая лекарственная терапия.

Цель: определить показатель антимюллера гормона (АМГ) – основного маркера овариального резерва у пациенток с РА и бесплодием, получавших и не получавших терапию метотрексатом (МТ).

Материал и методы

В наблюдательное исследование были включены 32 больные РА и бесплодием в возрасте 36 [33; 39] лет, составившие основную группу, и 40 соматически здоровых пациенток с бесплодием, сопоставимых по возрасту, длительности и виду бесплодия, – группа сравнения. Больные РА были стратифицированы на 2 подгруппы: 19 пациенток, получавших терапию МТ от 10 до 25 мг/нед. (Ме [25-й; 75-й перцентиль] – 15 [15; 20] мг/нед.) в течение 18,7 [1; 15] мес., и 13 больных, которым лечение МТ не проводилось. Обе подгруппы не отличались по возрасту, длительности и степени активности РА ($p > 0,05$). АМГ определяли количественно с использованием стандартного хемилюминисцентного анализа на парамагнитных

частицах в сыворотке крови. Нормативные значения АМГ – 1,0–10,6 нг/мл, значение менее 1 нг/мл расценивалось как снижение овариального резерва.

Результаты/обсуждение

Больные РА имели более низкие показатели АМГ при сравнении с соматически здоровыми пациентками: 2,10 [0,8; 3,3] против 2,73 [1,7; 6,2] нг/мл ($p = 0,043$); у них чаще диагностировалось снижение овариального резерва: у 8 (25%) против 2 (5%) пациенток ($p = 0,015$). Показатель АМГ у больных, получавших МТ (2,1 [1,4; 2,9] нг/мл), был ниже, чем у больных без терапии МТ (1,8 [0,8; 3,3] нг/мл; $p_{1-2} = 0,788$) и в группе сравнения (2,7 [1,5; 6,1] нг/мл; $p_{1-c} = 0,074$). Выявленная тенденция к снижению показателя в 1-й подгруппе не достигала статистически значимого различия, возможно, из-за небольшой выборки. Уровень АМГ в сыворотке крови закономерно снижается с возрастом. Корреляционный анализ зависимости уровня АМГ от возраста пациенток с РА показал наиболее выраженное снижение АМГ в подгруппе пациенток, получавших МТ, по сравнению с подгруппой не лечившихся МТ ($r_s = -0,563$; $p < 0,05$). Отмечена слабая отрицательная корреляция значения АМГ с возрастом начала терапии МТ ($r_s = -0,459$; $p < 0,05$).

Выводы/заключение

Пациентки с РА имеют более низкие показатели АМГ, и применение МТ ассоциируется с более выраженным снижением у них овариального резерва. Возраст начала терапии МТ отрицательно коррелирует со значением АМГ. Больным РА со скомпрометированной репродуктивной функцией и снижением овариального резерва, планирующим терапию МТ, следует рекомендовать реализацию репродуктивного потенциала в более раннем возрасте или сохранение генетического материала до начала лечения МТ.

УРОВЕНЬ АДИПОЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Кривотулова И.А., Чернышева Т.В.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (Оренбург)

Введение/цель

Дисрегуляция секреции адипоцитокинов (адипонектина и лептина) является особенностью метаболических нарушений при ревматоидном артрите (РА), которые приводят к развитию сердечно-сосудистых осложнений, обусловленных атеросклерозом (АС).

Цель: установить взаимосвязь адипоцитокинов (адипонектина и лептина) с традиционными и нетрадиционными факторами риска (ФР) АС у больных РА.

Материал и методы

В исследование были включены 74 женщины с РА, согласно критериям ACR/EULAR (American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism) 2010 г., без клинических проявлений ишемической болезни сердца и АС другой локализации, проходивших обследование в клинике адаптационной терапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России в период 2018–2020 гг. Средний возраст составил 46,49±9,11 года, средняя продолжительность заболевания – 8,33±5,89 года. У всех пациенток оценили следующие лабораторные показатели: С-реактивный белок (СРБ), общий холестерин (ХС) и его фракции, адипонектин, лептин, ревматоидный фактор (РФ), фактор некроза опухоли α (ФНО- α) и интерлейкин-17 (ИЛ-17). Всем пациентам было проведено ультразвуковое (УЗ) дуплексное сканирование сонных

артерий аппаратом «Philips Epiq 7» с использованием линейного датчика с частотой 4–18 МГц, по результатам которого больные были разделены на две группы: I группу составили 38 больных РА с УЗ-признаками АС; II группу – 36 пациенток без признаков АС. Для статистического анализа использовалась программа Statistica 12.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты/обсуждение

При сравнении уровней адипоцитоклинов было отмечено преобладание концентраций обоих адипокинов (адипонектина и лептина) у больных I группы. Уровень адипонектина составил $46,18 \pm 13,66$ против $35,72 \pm 11,21$ нг/мл ($p < 0,001$), концентрация лептина – $23,81 \pm 13,20$ против $14,17 \pm 13,13$ нг/мл ($p < 0,001$). При РА с субклиническим АС были отмечены статистически значимые корреляционные связи между уровнями адипонектина и лептина и метаболическими маркерами атеросклероза: индексом массы тела ($r = -0,52$, $p < 0,001$ и $r = 0,61$, $p < 0,0001$), окружностью талии ($r = -0,42$, $p < 0,05$ и $r = 0,48$, $p < 0,01$) и уровнем триацилглицеридов ($r = -0,45$, $p < 0,05$ и $r = 0,42$, $p < 0,05$). Уровень лептина положительно коррелировал с концентрацией липопротеидов низкой плотности ($r = 0,54$; $p < 0,001$). Нами была обнаружена тесная взаимосвязь между уровнем адипонектина и рентгенологической стадией у больных РА ($r = 0,52$; $p < 0,001$). Также были отмечены дополнительные корреляции между уровнем адипонектина и длительностью приема метотрексата ($r = 0,38$; $p < 0,05$) и глюкокортикостероидов ($r = 0,42$; $p < 0,05$). Статистически значимые корреляционные связи были выявлены между уровнем сывороточного лептина и показателями активности заболевания: числом болезненных суставов ($r = 0,52$; $p < 0,001$), уровнем СРБ ($r = 0,45$; $p < 0,05$) и ИЛ-17 ($r = 0,42$; $p < 0,005$), а также индексом DAS28 ($r = 0,54$; $p < 0,001$) у пациентов с РА.

Выводы/заключение

Отмечается значительное увеличение продукции адипонектина и лептина при РА с субклиническими признаками АС. Выявленные корреляции уровней адипокинов с метаболическими и воспалительными маркерами АС у больных РА, с одной стороны, свидетельствуют о влиянии жировой ткани на системное воспаление, а с другой стороны, подтверждают участие адипокинов в развитии атеросклеротического поражения сосудов при РА.

ТЕРАПИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кричевская О.А., Дубинина Т.В., Ильиных Е.В., Демина А.Б., Андрианова И.А.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Цель: описать частоту применения лекарственных препаратов у беременных с анкилозирующим спондилитом (АС), определить связь с активностью АС и осложнениями беременности.

Материал и методы

В проспективное наблюдение включено 49 беременных, соответствующих модифицированным Нью-Йоркским критериям АС (1984). Прослежено 50 беременностей. Средний возраст пациенток – $31,6 \pm 4,9$ года, продолжительность болезни – $134,4 \pm 85,8$ мес. Индекс BASDAI в месяц зачатия и по триместрам гестации

составлял $1,4 [0,6; 3,3]$, $2,3 [1,2; 4,4]$, $2,8 [1,4; 4,2]$ и $2,2 [1,6; 4,0]$ соответственно. Суммарная доза нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) определялась по индексу приема НПВП (Dougados M., 2001). Закончились рождением живых детей 48 беременностей в среднем на $39 \pm 1,1$ неделе, рост новорожденных – $51,6 \pm 2,1$ см, вес – $3397,3 \pm 433,1$ г. Пороки развития имели 8 (16,3%) новорожденных, из них 7 – малые аномалии развития сердца, 1 – гидронефроз. Осложнения гестации: ранний токсикоз – 18% беременных; угрожающий ранний аборт – 10%; угрожающий поздний аборт – 4,1%; угрожающие ранние преждевременные роды – 6,3%; преждевременные роды – 3 (6,3%) на $36,8 \pm 0,1$ неделе.

Результаты/обсуждение

После включения в исследование препаратом выбора был ибупрофен, который отменялся всем женщинам не позднее 32-й недели гестации. На момент зачатия и в I, II и III триместрах беременности НПВП принимали 23 (46%), 20 (40%), 30 (60%) и 21 (43,8%) женщины соответственно. Индекс приема НПВП был низким – $5,8 [2,9; 11,8]$, $15,5 [4,7; 30,9]$ и $24,4 [9,5; 50]$ соответственно по триместрам беременности. Не выявлено влияния НПВП на активность АС. Сульфасалазин (СС) в связи с артритом за 3 месяца до беременности принимали 11 (22%) женщин, во время беременности – 6 (12%), доза – $1,25 \pm 0,25$ г. Отмена СС не ассоциировалась с рецидивированием артрита. Глюкокортикоиды (ГК) в дозе $7,5 \pm 2,5$ мг за 3 месяца до беременности и по триместрам беременности принимали 1 (2%), 4 (8%), 8 (16%) и 10 (20,8%) женщин, из них у 1 пациентки были артриты и у 1 – воспалительное заболевание кишечника. Остальные пациентки получали ГК в связи с высокой активностью АС, обусловленной аксиальными проявлениями, и недоступностью ингибиторов ФНО- α (иФНО- α). На фоне приема ГК активность АС не снижалась: BASDAI во II и III триместрах составлял $5,5 \pm 0,6$ и $5,8 \pm 1,3$ ($p > 0,05$).

иФНО- α за 3 месяца и по триместрам гестации получали 11 (22%), 7 (14%), 6 (12%) и 2 (4,2%) пациентки, из них 1 женщине во II триместре была впервые инициирована терапия цертолизумаба пэголом в связи с рецидивированием увеита. У отменивших иФНО- α (как самостоятельно, так и по рекомендации ревматолога) накануне беременности отмечено увеличение активности АС; BASDAI в месяц зачатия и в I, II, III триместрах составил $2,7 [0,8; 3,5]$, $5,1 [3,1; 5,9]$, $5,5 [5; 6]$ и $6,7 [5,3; 7,3]$ соответственно ($p < 0,05$ по сравнению с месяцем зачатия). Отмена иФНО- α в месяц зачатия являлась фактором риска высокой активности АС (BASDAI > 4) во II (отношение шансов (ОШ) – 30,4; 95%-й доверительный интервал (ДИ): $1,5–612,3$; $p = 0,03$) и в III триместре (ОШ = 32,7; 95% ДИ: $1,6–662,2$; $p = 0,02$).

Связь осложнений беременности, пороков развития новорожденных и используемых препаратов не выявлена.

Выводы/заключение

НПВП и ГК в низких дозах не снижали активность АС. Отмена иФНО- α в месяц зачатия являлась предиктором высокой активности АС в течение всей беременности. Необходимо повышать знания ревматологов и больных о терапевтических возможностях во время гестации для исключения необоснованной отмены препаратов.

**АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ
ПРИ COVID-19 У БОЛЬНЫХ
ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
(ДАННЫЕ РЕГИСТРА)**

**Кудрявцева А.В.¹, Аронова Е.С.¹, Гриднева Г.И.¹,
Белов Б.С.¹, Сокол Е.В.¹, Виноградова И.Б.²,
Абдулганиева Д.И.³, Зименко А.Ю.⁴**

¹ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва);

²ГУЗ УОКБ (Ульяновск);

³ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (Казань);

⁴БУ «Сургутская областная клиническая больница»

(Сургут)

Введение/цель

Цель: провести анализ выраженности изменений в легких по данным компьютерной томографии (КТ) у пациентов с COVID-19 и иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ).

Материал и методы

Исследование проведено на основе Российской базы данных НИИР/APP-COVID-19, сформированной на основании сообщений практикующих ревматологов, включающей информацию о пациентах с ИВРЗ старше 18 лет, перенесших COVID-19. Статистическая обработка производилась при помощи программы Statistica 12.0 (StatSoft Inc., США). Результаты корреляционного анализа считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты/обсуждение

В исследование включены 132 пациента (100 женщин – 75%), возраст – $51,8 \pm 14,4$ года, из которых 29 (21,9%) – 65 лет и старше. ИВРЗ включали следующие нозологии: ревматоидный артрит (РА) – 43,2%; анкилозирующий спондилит (АС) – 15,9%; синдром Шегрена (СШ) – 9,1%; системный склероз (СС) – 8,3%; системная красная волчанка (СКВ) – 6,8%; псориатический артрит (ПсА) – 6,8%; дерматомиозит (ДМ) – 3%; системный васкулит (СВ) – 3%; подагра – 1,5%; остеоартрит – 0,8%; болезнь Стилла у взрослых – 0,8%; недифференцированный артрит (НДА) – 0,8%. Активность ИВРЗ на момент заболевания COVID-19 оценена у 122 пациентов: высокая – у 19 (15,7%); умеренная – у 43 (35,2%); низкая – у 43 (35,2%); ремиссия – у 17 (13,9%). В период COVID-19 КТ органов грудной клетки выполнена на 119 пациентам. При оценке по «эмпирической» визуальной шкале 0-я стадия поражения легких отмечалась у 38 (31,9%) пациентов, 1-я – у 32 (26,9%), 2-я – у 31 (26,1%), 3-я – у 18 (15,1%), 4-я – у 0. Пациенты с 0-й стадией (без поражения легких) имели следующие диагнозы: РА – 36,8%, АС – 26,3%, СШ – 13,2%, ПсА – 13,2%, СКВ – 5,3%, СС и СВ – по 2,6% каждый. Пациенты с 1-й стадией имели следующие диагнозы: РА – 56,2%, СКВ – 12,4%, АС и СС – по 9,4% каждый, СШ, подагра, СВ и НДА – по 3,2% каждый. Пациенты со 2-й стадией имели следующие диагнозы: РА – 45,1%, СС – 19,4%, ДМ – 9,7%, СШ и СВ – по 6,5% каждый, СКВ, АС, ПсА, болезнь Стилла – по 3,2% каждый. Пациенты с 3-й стадией имели следующие диагнозы: РА – 27,7%, СШ – 22,2%, АС – 16,6%, СКВ, подагра, СС, ДМ, ПсА, ОА – по 5,5% каждый. Статистически значимых корреляций между КТ-стадией и диагнозом ИВРЗ не выявлено. При этом изменения в легких обнаружили статистически значимую положительную корреляционную связь с возрастом ($r=0,21$; $p<0,05$), продолжительностью COVID-19 ($r=0,21$; $p<0,05$), наличием лихорадки ($r=0,3$; $p<0,05$), кашля ($r=0,35$; $p<0,05$), одышки ($r=0,23$;

$p<0,05$) и уровней СРБ от 5 до 75 мг/л ($r=0,20$; $p<0,05$). Пациентам с поражением легких статистически значимо ($p<0,05$) чаще проводили медикаментозную терапию: антибиотики, глюкокортикоиды внутривенно, тоцилизумаб, прямые антикоагулянты и плаквенил.

Выводы/заключение

В исследуемой группе COVID-19 протекал преимущественно с умеренным вовлечением легких. Выраженность КТ-изменений в легких коррелировала с возрастом, типичными легочными клиническими проявлениями, продолжительностью заболевания и определяла медикаментозное лечение.

**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО
И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА
ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ У БОЛЬНЫХ
РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ**

**Кудрявцева А.В., Лукина Г.В., Глухова С.И.,
Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Смирнов А.В.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)**

Введение/цель

Цель: оценить эффективность терапии ритуксимабом (РТМ) в зависимости от статуса курения, принимая во внимание наличие данных об отрицательном влиянии курения на течение ревматоидного артрита (РА).

Материал и методы

Изначально в данное исследование включены 31 курящий и 197 некурящих пациентов с РА. Средний возраст в курящей группе составил $44,41 \pm 12,3$ года, у некурящих пациентов – $50,52 \pm 13,53$ года; длительность болезни в группе курящих – $6,23 \pm 4,47$ года, у некурящих – $10,53 \pm 8,5$ года. В группе курящих было статистически значимо больше мужчин – 31,25%, тогда как доля некурящих мужчин составила 7,35%. По остальным параметрам, таким как активность заболевания и основные клинико-иммунологические характеристики, группы статистически значимо не различались: средняя активность по индексу DAS28 в группе курящих пациентов составила $5,93 \pm 1,10$, в группе некурящих – $5,95 \pm 1,21$. Клинический эффект оценивался по критериям EULAR, рентгенологическая оценка – по методу Шарпа в модификации Ван дер Хейде на 0-й и 48-й неделях.

Результаты/обсуждение

Через 48 недель при анализе клинического ответа в анализируемых группах отмечается сходный ответ на терапию РТМ независимо от статуса курения: в группе некурящих пациентов DAS28 составил $4,55 \pm 1,7$, в группе курящих – $4,41 \pm 1,51$ ($p>0,05$). При оценке рентгенологического эффекта РТМ на 48-й неделе в зависимости от статуса курения результаты также оказались сходными: в группе некурящих пациентов отсутствие прогрессирования по суммарному баллу было отмечено у 61,97%, а группе курящих – у 58,33% пациентов; отсутствие прогрессирования по счету эрозий – у 73,24% и 83,33% пациентов соответственно, по счету сужения суставных щелей – у 67,67% и 58,33% пациентов соответственно ($p>0,05$). При оценке динамики рентгенологического прогрессирования – дельты суммарного балла счета по Шарпу – отмечалась тенденция к большему прогрессированию в группе курящих пациентов, где средний показатель дельты суммарного балла составил $8,0 \pm 11,45$, в некурящей группе – $6,09 \pm 14,3$ (Ме [25–75-й перцентили] соответственно 0 [0–21]

и 0 [0–4]), однако эти различия не достигли статистически значимых величин.

Выводы/заключение

Таким образом, полученные данные показывают, что статус курения не влияет на клиническую эффективность терапии РТМ и не является фактором, влияющим на выраженность рентгенологического торможения у больных РА, получающих лечение РТМ.

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кушнарева И.Г., Храмов А.Э., Нарышкин Е.А., Глемба К.Е., Маглеваний С.В., Фан Т.К., Дубинин А.О.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Асептические некрозы (АН) костей являются одним из наиболее серьезных осложнений системной красной волчанки (СКВ) и характеризуются многокомпонентным поражением суставов преимущественно у лиц молодого возраста. Как показывают длительные наблюдения, две трети пациентов имеют множественный асептический некроз костей, при этом чаще всего поражается головка бедренной кости. Очевидно, это обусловлено наибольшей нагрузкой на тазобедренный сустав. В связи с этим тотальное эндопротезирование является неотъемлемой частью лечения больных СКВ. Несмотря на то, что эндопротезирование у этих пациентов позволяет добиться хороших функциональных результатов, количество осложнений остаётся высоким.

Цель: ретроспективно проанализировать исходы и структуру осложнений за период стационарного пребывания больных СКВ.

Материал и методы

В ретроспективную группу были включены пациенты старше 18 лет с достоверным диагнозом СКВ, установленным, согласно классификационным критериям (SLICC, 2012; ACR, 1997). Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава выполнено у 81 пациента. Исходы и структура осложнений проанализированы за период с 1998 по 2018 г. включительно.

Результаты/обсуждение

Проанализирован период стационарного пребывания пациентов. Во всех случаях применялась бесцементная фиксация компонентов эндопротеза, пара трения – металл – полиэтилен. У 23 пациентов была выполнена дополнительная фиксация вертлужного компонента винтами, что косвенно указывает на плохое качество костной ткани. При более детальном анализе данных пациентов было выявлено длительный период терапии глюкокортикоидами (от 1,5 до 35 лет). У 3 пациентов на этапе подготовки к имплантации бедренного компонента произошел перелом бедренной кости, что потребовало выполнения остеосинтеза. У 1 пациента произошел перелом дна вертлужной впадины, что потребовало установки антипротрузионного кольца Мюллера. Вышеописанные технические особенности привели к увеличению общего времени оперативного вмешательства, что существенно увеличило объем кровопотери. Это в свою очередь потребовало переливаний компонентов крови: свежезамороженной плазмы, эритроцитарной взвеси, – а также поддержание объема циркулирующей

крови с помощью коллоидных растворов. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась профилактика тромбозомболических осложнений. Препаратами выбора были надропарин кальция (Фраксипарин) 0,3 или 0,6 мл п/к в зависимости от массы тела, или Дабигатран этексилат (прадакса) 220 мг/сут., или ривароксабан (ксарелто) 10 мг/сут. Первое введение антибиотика осуществляется непосредственно перед оперативным вмешательством так, чтобы его концентрация в плазме крови на момент первого разреза была максимальной. В послеоперационном периоде антибактериальная терапия проводилась в течение минимум 5 суток. У 1 пациента курс антибактериальной терапии был увеличен и добавлен другой антибиотик широкого спектра действия по причине туберкулезной инфекции в анамнезе. Послеоперационная реабилитация у больных СКВ отвечала стандартным протоколам: активизация в постели и вертикализация проводились на 1-е сутки, постановка на костыли и ходьба – на 2-е сутки.

Выводы/заключение

За период стационарного пребывания, в раннем послеоперационном периоде, не возникло ни одного тромбозомболического и инфекционного осложнения. В одном случае в раннем послеоперационном периоде произошел вывих бедренного компонента эндопротеза, который был сразу же устранен.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТОЦИЛЛИЗУМАБА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) У ПАЦИЕНТКИ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ ПОСТОЯННУЮ ТЕРАПИЮ РИТУКСИМАБОМ

Лапина В.А., Попов Д.А.

ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России (Москва)

Введение/цель

Демонстрация редкого клинического наблюдения тяжелого течения COVID-19 у пациентки, получающей длительную терапию ритуксимабом, с оценкой эффективности применения тоцилизумаба для лечения коронавирусной пневмонии.

Материал и методы

Данный клинический случай исследовался в инфекционном отделении ГУЗ «Клиническая больница № 5» г. Волгограда.

Результаты/обсуждение

Пациентка Н., 40 лет, медицинский работник, с 2010 г. диагностирована стойкая желудочковая экстрасистолия, по поводу чего в 2012 г. выполнена радиочастотная абляция. В 2013 г. был установлен диагноз: системная красная волчанка, подострое течение, активность 2, с поражением почек (гломерулонефрит), кожи, сердца, периферической и центральной нервной системы (парез ульнарного нерва и церебральный васкулит). Постоянно получала терапию: гидроксихлорохин 200 мг/сут., метилпреднизолон 4 мг/сут., ритуксимаб по 2000 мг 2 раза в год (последнее введение – в июле 2020 г., 1000 мг). На фоне проводимой терапии сохранялось повышение антител IgG к нативной ДНК 260 Ед/мл и антинуклеарному фактору 1:64. В июле 2020 г. проведен контрольный анализ на В-лимфоциты (CD19⁺CD3⁻), результат – 0. В сентябре 2020 г. выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) – без патологии. 26.10.2020 появился периодический непродуктивный кашель,

ощущения перебоев в работе сердца, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, была заподозрена коронавирусная инфекция (COVID-19). С 31.10.2020 назначено амбулаторное лечение: дексаметазон, эликвис, конкор, панангин, омакор. 03.11.2020 на КТ ОГК выявлена левосторонняя полисегментарная пневмония, объемом поражения — более 20%. Мазок из носа и зева на РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР отрицательный. С 07.11.2020 появилась лихорадка, общая слабость, на КТ ОГК — поражение более 25%. Пациентка госпитализирована в инфекционный стационар с диагнозом: подозрение на коронавирусную инфекцию (COVID-19), не подтвержденную обнаружением РНК SARS-CoV-2, среднетяжелая форма. Внебольничная двусторонняя пневмония. Дыхательная недостаточность 1-й степени. В связи с ухудшением состояния, нарастанием дыхательной недостаточности, появлением острой почечной недостаточности (анурия) пациентка переведена в отделение анестезиологии и реанимации, где проводились антикоагулянтная, антибактериальная, противовоспалительная терапия, коррекция анемического синдрома, синдрома цитолиза, электролитных нарушений, почечной недостаточности, антиаритмическая терапия, неинвазивная вентиляция легких. В связи с прогрессивно ухудшающимся состоянием пациентки в качестве противовоспалительной терапии вводился тоцилизумаб 400 мг/20 мл в/в (08.11.2020, 09.11.2020, 11.11.2020, 14.11.2020). Проводилась трансфузия антиковидной патоген-редуцированной плазмы (12.11.2020, 14.11.2020, 16.11.2020). На фоне проводимой терапии достигнуто значительное улучшение состояния, 03.12.2020 пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Выводы/заключение

Таким образом, патология иммунной системы, сопутствующие заболевания, прием нескольких противоревматических препаратов в комбинации с глюкокортикоидами могли повлиять на утяжеление течения инфекции у пациентки. Вместе с тем применение тоцилизумаба показало эффективность в терапии тяжелого течения COVID-19 у пациентки, получающей длительную терапию ритуксимабом. Эффективность и безопасность применения тоцилизумаба у данной категории пациентов требует дальнейшего изучения.

УРОВЕНЬ IL-17A, IL-17F У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

Лапкина Н.А., Баранов А.А., Абайтова Н.Е., Левшин Н.Ю., Ребриков Д.В., Артюхов А.С.
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России (Ярославль)

Введение/цель

Цель: исследовать концентрации IL-17A, IL-17F у больных ревматоидным артритом (РА) и их взаимосвязь с клинико-лабораторными показателями.

Материал и методы

В исследование включено 10 больных РА в возрасте $51,9 \pm 12,6$ года с длительностью заболевания $7,0 [3,0; 20,0]$ лет. Индекс DAS28 составил $5,85 \pm 0,34$, CDAI — $32,4 \pm 5,72$, SDAI — $33,9 \pm 6,95$. Все пациенты имели развернутую стадию заболевания. 8 пациентов получали стандартную базисную терапию, включая метотрексат $15-20$ мг/нед., 2 пациента — лефлунамид 20 мг/сут. на протяжении не менее 6 мес. Группу контроля составили 25 здоровых доноров. Концентрацию IL-17A, IL-17F определяли

с помощью мультиплексной технологии xMAP на анализаторе Bio-Plex™ 200 System (BIO-RAD, США).

Результаты/обсуждение

Уровень IL-17A был статистически значимо выше у больных РА ($1,57 (0,42; 2,17)$ пг/мл) по сравнению со здоровыми донорами ($0,58 (0,0; 1,29)$ пг/мл; $p < 0,05$). Не отмечено статистически значимых различий концентрации IL-17F у пациентов с РА и группы контроля — $2,49 (1,25; 12,38)$ и $4,02 (1,46; 7,31)$ пг/мл соответственно ($p > 0,05$). Не выявлено статистически значимых различий в концентрациях IL-17A, IL-17F у РФ-позитивных и РФ-негативных больных ($p > 0,05$), а также у позитивных по антителам к циклическому цитруллинсодержащему пептиду (АЦЦП) и АЦЦП-негативных пациентов ($p > 0,05$). Концентрация IL-17A коррелировала с числом болезненных суставов (ЧБС) ($r = 0,68$; $p < 0,05$). Уровень IL-17F был взаимосвязан с ЧБС ($r = 0,82$; $p < 0,05$), числом припухших суставов (ЧПС) ($r = 0,66$; $p < 0,05$), индексом CDAI ($r = 0,65$; $p < 0,05$), концентрацией IgM ревматоидного фактора (РФ) ($r = 0,73$; $p < 0,05$).

Выводы/заключение

Уровень IL-17A статистически значимо выше у больных РА по сравнению со здоровыми донорами. Концентрация IL-17F коррелировала с клиническим индексом активности заболевания (CDAI), а также с уровнем IgM РФ.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ, АНГИОГЕНЕЗА И ФИБРИНОЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ РИТУКСИМАБОМ

Левшин Н.Ю.¹, Лапкина Н.А.¹, Баранов А.А.¹, Авдеева А.С.², Насонов Е.Л.², Ребриков Д.В.³, Артюхов А.С.³, Абайтова Н.Е.¹

¹ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России (Ярославль);

²ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва);

³ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Москва)

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) характеризуется хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов, в том числе широким спектром поражения сосудов в виде васкулитов, прогрессирующего атеросклероза, венозных тромбозов. Степень эрозивного процесса в суставах во многом также определяется активностью патологического ангиогенеза и неоваскуляризации. Современная терапия РА включает генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). Вызывает интерес влияние ГИБП на системную активность ангиогенеза. Одним из наиболее изученных ГИБП, назначаемых при РА, является ритуксимаб (РТМ) — препарат химерных моноклональных антител к CD20 лимфоцитов.

Цель: изучить динамику показателей воспаления, факторов ангиогенеза и фибринолиза у пациентов РА, получавших терапию РТМ.

Материал и методы

В исследование включено 20 пациентов с достоверным диагнозом РА, получавших биоаналог ритуксимаба (Ацеллбия, БИОКАД) в суммарной дозе 1200 мг по стандартной схеме. Оценивалась концентрация цитокинов, факторов роста (ангиогенеза) и фибринолиза в сыворотке крови с помощью мультиплексной технологии xMAP на анализаторе Bio-Plex™ 200 System (BIO-RAD, США).

Результаты/обсуждение

На фоне терапии ритуксимабом к 12-й и 24-й неделям отмечено статистически значимое снижение активности РА – индекса DAS28, концентрации С-реактивного белка, скорости оседания эритроцитов; ожидаемо и статистически значимо снизилась концентрация интерлейкина 6 (с 20,8 (8,0–29,1) до 7,2 (5,2–10,1) пг/мл после 12-й и до 8,4 (6,2–11,2) пг/мл после 24-й недели терапии). Аналогичная динамика снижения отмечена для сывороточной концентрации сосудисто-эндотелиального фактора роста (VEGF). Однако плазменная концентрация урокиназного активатора плазминогена (u-PA), являющегося как провоспалительным медиатором, так и регулятором активности фибринолиза, вопреки ожиданиям была исходно снижена у больных РА по сравнению с группой контроля (58,5 (44–81,5) нг/мл и 105,2 (81,6–115,0) нг/мл соответственно), не коррелировала с воспалительной активностью РА; нарастание концентрации на фоне применения ритуксимаба не было статистически значимым, а лишь имело тенденцию к восстановлению. Возможно, подобный характер нарушений связан с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией обследуемых больных (10 пациентов), средним возрастом 59,7±12,7 года, предшествующей терапией. На фоне применения РТМ отмечено также статистически значимое повышение концентрации CD40L (до терапии – 167,0 (131–211,5), после 24-й недели терапии – 195 (152–272)), а также эндоглина (до терапии – 158,3 (114,7–186,4), после 24-й недели терапии – 227,0 (155,8–327,5)). Ряд факторов ангиогенеза и фибринолиза (ангиопоэтин-1, PAI-1, EGF, TGFA) не продемонстрировали связи с воспалительной активностью РА, концентрация не изменялись на фоне терапии РТМ.

Выводы/заключение

Факторы ангиогенеза, неоваскуляризации и фибринолиза являются компонентами патогенеза РА, зависят от его воспалительной активности и корректируются применением ГИБП; некоторые из них могут носить независимый от активности воспаления характер и, возможно, становиться причинами прогрессирования патологии (сосудистых осложнений РА, эрозивного процесса в суставах). Необходимо дальнейшее изучение взаимосвязи сосудистых, тромботических и воспалительных нарушений в патогенезе РА.

**ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
В РЕВМАТОЛОГИИ КАК НОВАЯ
ТЕХНОЛОГИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Лившиц Я.В., Теплякова О.В.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (Екатеринбург)

Введение/цель

Телемедицинское консультирование (ТМК) – технология оказания квалифицированной медицинской помощи пациентам в режиме видеоконференции. ТМК активно развивалось в период пандемии COVID-19. Перспективность использования данной технологии в ревматологии основывалась на возможности получения информации о пациенте в ходе расспроса, осмотра и интерпретации лабораторных и инструментальных данных, т. е. исключая непосредственный контакт с пациентом, что отличает ревматологию от других отраслей медицины. Об успешности использования ТМК докладывали несколько ревматологических клиник.

Цель: провести оценку эффективности методики телемедицинских консультаций по профилю «ревматология».

Материал и методы

С июня 2020 года на базе Медицинского объединения «Новая больница» (Екатеринбург) проведено 90 ТМК по профилю «ревматология» у пациентов в возрасте от 16 до 73 лет. С 11.11.2020 после каждой ТМК проводилось анкетирование пациентов, помогающее оценить эффективность данной методики. Отказов не было, в целом проведено анкетирование 58 пациентов. Из них 13 (22,4%) пациентов обратились на первичное (информационное) ТМК, остальные были предварительно осмотрены очно. Консультация включает в себя ознакомление врача с результатами обследований, 20-минутную видеоконференцию с пациентом, написание заключения.

Результаты/обсуждение

По результатам анкетирования мы установили, что чаще всего к ТМК прибегают пациенты, имеющие высшее образование (53,4%), в возрасте 30–70 лет, причем в каждой возрастной декаде примерно с равной частотой. Важно, что 20,4% респондентов проживали в регионах России, удаленных от г. Екатеринбурга. Основными причинами обращения пациентов за ТМК были: возможность получить ТМК значительно быстрее, чем очную консультацию, – 29 (50,0%); возможность проводить консультацию из дома – 28 (48,3%); необходимость уточнить только некоторые детали (дозу препарата, результаты анализов и т.д.) – 23 (39,7%). На необходимость решения экстренного вопроса или сокращения расходов и времени на транспорт или на ТМК как более дешевый, чем очная консультация, вариант взаимодействия с врачом указали по 19 (32,8%) пациентов. Пациентам понравился новый формат консультирования: 54 (93,1%) указали на решение всех поставленных вопросов. Ни один пациент не планирует отказываться от данной технологии даже после снятия эпидемиологических ограничений. Основные причины, побуждающие пациентов использовать ТМК, были следующими: экономия времени – 42 (72,4%); удобство (ТМК проводится, не выходя из дома) – 35 (60,3%); «это дешевле» – 22 (37,9%), а результат сравним с очной консультацией – 19 (32,8%).

Выводы/заключение

По результатам исследования можно увидеть, что телемедицинские консультации являются современным и удобным способом оказания помощи для ряда пациентов и будут развиваться в дальнейшем как востребованная технология.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ
ОБОСТРЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ
С СУСТАВНЫМИ ФОРМАМИ ЮВЕНИЛЬНОГО
ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ОТМЕНЕ
МЕТОТРЕКСАТА**

Лигостаева Е.А., Цурикова Н.А., Кобзева Н.Н.,

Цыганок И.А., Авдеенко В.Ю.

ГБУ РО «ОДКБ» (Ростов-на-Дону)

Введение/цель

В настоящий момент, согласно литературным данным, имеется ограниченное число публикаций по отмене метотрексата (МТХ) у пациентов с различными формами ювенильного идиопатического артрита (ЮИА), что делает эту проблему актуальной.

Цель: сравнить частоту обострений после отмены метотрексата у пациентов с суставными формами ЮИА, получающих монотерапию МТХ и МТХ в сочетании с генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) и находящихся в ремиссии.

Материал и методы

В исследование включено 117 пациентов в возрасте от 0 до 18 лет с суставными формами ЮИА (диагноз установлен на основании критериев ILAR), находящихся в ремиссии, согласно критериям С. Wallace, более 2 лет. В основную группу вошел 81 (69,3%) пациент с ЮИА, получающий терапию МТХ. В группу сравнения было включено 36 (30,7%) детей, получающих терапию МТХ в сочетании с ГИБП. Число девочек в основной группе и группе сравнения составило 52 (64,2%) и 20 (55,6%) соответственно. Средняя продолжительность болезни составила $5,8 \pm 1,6$ года в основной группе и $6,1 \pm 2,1$ года в группе сравнения. Средняя продолжительность терапии метотрексатом составила $3,5 \pm 1,2$ года в основной группе и $4,1 \pm 1,5$ года в группе сравнения. Отменили терапию МТХ 32 (39,5%) человека в основной группе и 23 (63,9%) в группе сравнения соответственно. Причинами отмены МТХ были: нежелательные явления в виде выраженной диспепсии; гематологические нарушения в виде стойкой нейтропении; алоpecia; категорический отказ пациентов от продолжения терапии МТХ. В основной группе МТХ был отменен у 2 (6,2%) пациентов из-за алопeции, у 14 (43,8%) — из-за диспепсии; 16 (50%) пациентов категорически отказались от продолжения терапии МТХ. В группе сравнения МТХ был отменен у 2 (8,7%) пациентов из-за гематологических нарушений в виде стойкой нейтропении, у 8 (34,8%) — из-за диспепсии; 13 (56,5%) пациентов категорически отказались от продолжения терапии МТХ.

Результаты/обсуждение

Через 12 недель после отмены МТХ в основной группе у 3 (9,4%) пациентов отмечалось обострение заболевания. К 24-й неделе наблюдения после отмены МТХ в основной группе обострение отмечалось у 2 (6,3%) пациентов. В группе сравнения через 12 недель после отмены МТХ обострение зарегистрировано у 4 (17,4%) детей, к 24-й неделе — у 5 (21,7%).

Выводы/заключение

Частота обострений после отмены МТХ у пациентов с суставными формами ЮИА была ниже в группе пациентов, получающих монотерапию МТХ, в сравнении с группой пациентов, получающих МТХ в сочетании с ГИБП.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ АКТИВНОСТИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ ПОДКОЖНОЙ ФОРМЫ МЕТОТРЕКСАТА

Маджонова М.М., Махмудов Х.Р., Саидов Ё.У., Ашурова Г.Д.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, Таджикистан)

Введение/цель

Цель: анализ и оценка характера изменений клинических и иммунологических показателей активности раннего ревматоидного артрита (РРА) на фоне введения подкожной формы метотрексата (МТХ).

Материал и методы

Обследованы 26 больных (19 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 18 до 66 лет (средний возраст — $44,5 \pm 3,8$ года)

с достоверным ранним (по критериям ACR/EULAR, 2010) ревматоидным артритом. Все пациенты обследовались по стандартам, рекомендованным Ассоциацией ревматологов РФ (2004), на базе ревматологического отделения ГКБ № 5 г. Душанбе. Подавляющее большинство пациентов с РРА (80,6%) были серопозитивны по IgM (ревматоидному фактору) и имели III степень активности (57,8%) по индексу DAS28. Всем пациентам с РРА в качестве первого базисного препарата был назначен метотрексат в подкожной форме в первоначальной дозе 7,5 мг/нед. с быстрой эскалацией дозы препарата до 20–25 мг/нед. с целью достижения максимально возможного терапевтического эффекта. В итоге 2, 6, 12 и 6 пациентов получали соответственно 10, 15, 20 и 25 мг/нед. МТХ подкожно в течение не менее 12 мес. Параллельно с введением МТХ все пациенты принимали нестероидные противовоспалительные препараты в стандартных дозах.

Результаты/обсуждение

Через 3 мес. на фоне проводимой терапии у большинства пациентов (69,1%) отмечена положительная динамика в отношении снижения клинико-лабораторных показателей активности заболевания (продолжительность утренней скованности; интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале; скорость оседания эритроцитов, С-реактивный белок) ($p < 0,05–0,001$). Статистическая значимость различий сохранялась по всем изучаемым параметрам активности РРА и к 12 мес. наблюдения. Дополнительно было изучено влияние монотерапии подкожной формы МТХ на уровень провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИЛ-6) и ряд показателей гуморального и клеточного иммунитета (IgA, IgM, IgG, CD4+, CD8+). Исходно у обследованных пациентов как уровни ФНО- α и ИЛ-6, так и все изучаемые параметры статистически значимо ($p < 0,05–0,001$) отличались от данных контрольной группы. В момент завершения исследования (через 12 мес.) на фоне монотерапии МТХ у пациентов с РРА было установлено статистически значимое ($p < 0,05–0,001$) снижение уровня практически всех изучаемых иммунологических параметров.

Выводы/заключение

Полученные результаты и данные литературы показывают, что подкожная форма МТХ, наряду с собственной противовоспалительной активностью, о чем свидетельствует статистически значимое снижение клинико-лабораторных параметров, отражающих активность РРА, в первые 3 мес. терапии, демонстрирует достаточно выраженную иммуносупрессивную эффективность.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ С ЮВЕНИЛЬНЫМ НАЧАЛОМ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ПОЛА

Маткава В.Г., Никишина И.П., Каледя М.И., Колхидова З.А., Пачкоря Т.Н.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Системная красная волчанка (СКВ) традиционно считается заболеванием, поражающим преимущественно пациентов женского пола. Известно, что развитие СКВ у мужчин имеет особенности клинико-лабораторных проявлений. Начало заболевания в детском и подростковом возрасте может существенно повлиять на проявления полового диморфизма СКВ, однако эти аспекты изучены недостаточно.

Цель: провести анализ и установить, имеются ли различия в клинических проявлениях СКВ у пациентов разного пола, заболевших в детском возрасте.

Материал и методы

В ретроспективное исследование включены 138 пациентов детского возраста с СКВ, последовательно поступавших на стационарное лечение в детское отделение ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в период с 2011 по 2020 г. Диагноз СКВ верифицирован в соответствии с критериями SLICC (2012). Детальному анализу были подвергнуты возраст дебюта заболевания, семейный анамнез, клинико-лабораторные проявления заболевания, длительность заболевания до момента верификации, активность заболевания по дебюту в сопоставлении с половой принадлежностью.

Результаты/обсуждение

Доля пациентов мужского пола в исследуемой группе составила 15% (соотношение мальчиков и девочек 1:5). Сравнительный анализ показал более ранний дебют СКВ у мальчиков (медиана возраста дебюта – 10,0 [8,2; 12,5] лет) в сравнении с девочками (13,3 [10,25; 15,0] года). 42,8% мальчиков и 20,5% девочек заболели задолго до наступления пубертатного периода (до 10-летнего возраста) ($p=0,047$). Семейный анамнез, отягощенный по иммуновоспалительным заболеваниям, имели 24 (20,5%) девочек и 7 (33,3%) мальчиков ($p=0,25$). Продолжительность заболевания до момента верификации диагноза СКВ не различалась между группами. Мальчики (95%) статистически значимо чаще по сравнению с девочками (68%) имели проявления по типу острого поражения кожи ($p=0,0084$). Несколько чаще наблюдались нерубцовая алопеция (33% и 16% соответственно), поражение нервной системы (38% и 20%), лейкопения (81% и 60%), однако статистически значимой разницы не получено. При оценке иммунологических показателей не получено статистически значимых отличий в зависимости от пола, однако у девочек относительно чаще выявлялись антитела к антигену Смита (24,4% и 14,3% соответственно) и гипокомплементемия (53,3% и 33,3% соответственно). Оценка активности заболевания по шкале SLEDAI 2K не выявила разницы по половому признаку (12 [8; 17] у девочек и 14 [8; 19] у мальчиков). Объем проводимой терапии и спектр применявшихся лекарственных средств оказались сопоставимыми у пациентов обоего пола. С равной частотой (14,2% мальчиков и 13,9% девочек) потребовалось применение генно-инженерных препаратов (ГИБП) (ритуксимаб, белимуаб, абатацепт), в т. ч. последовательное применение 2 ГИБП.

Выводы/заключение

В нашем ретроспективном исследовании обращено внимание на более ранний дебют СКВ у мальчиков, особенно до пубертатного периода. Статистически значимо чаще у мальчиков отмечено поражение кожи по типу острой кожной волчанки, тенденция к более частому выявлению алопеции, вовлечению нервной системы, лейкопении. Иммунологические особенности в виде большей выявляемости антител к антигену Смита и гипокомплементемии были более характерны для девочек без статистически значимых различий. Выявленные клинические особенности СКВ у пациентов разного пола не оказали влияния на выбор терапевтической стратегии, в т. ч. на объем и дозы глюкокортикоидной терапии, потребность в дополнительной иммуносупрессии с применением ГИБП.

ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ «УЛИЧНЫХ» СТИЛЕЙ НА СОСТОЯНИЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПО ДАННЫМ ОПРОСА

Матьянова Е.В.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Начиная с 1980-х годов «уличная» танцевальная субкультура периодически входит в мировую моду, однако её влияние на здоровье танцоров изучено мало. Стиль Breaking (B) связан со значительной нагрузкой на суставы и мышцы. Танцоры стиля Locking (L) используют резкие движения и прыжки на колени. Танцоры стиля Popping (P) применяют спазмообразные сокращения мышц разных частей тела.

Цель данного пилотного исследования: ориентировочно оценить влияние стилей P, L, B на состояние коленных (и других) суставов.

Материал и методы

На адаптированный опросник по мышечно-суставной боли ответили действующие танцоры стилей B ($n=211$), L ($n=30$), P ($n=29$) и «группа контроля» (C) – никогда не танцевавшие в этих стилях люди ($n=122$). Различия в гендерном составе (м/ж: B – 90/10%; L – 53,3/46,7%; P – 75,6/24,1%; C – 61,5/38,5%) и среднем возрасте (Mean±SD: танцоры – 29,4±7,7 года; C – 34±9,8 года) учитывались при анализе данных.

Результаты/обсуждение

За последние 6 месяцев на припухлость колена танцоры жаловались чаще (B – 21 (10%), L – 2 (6,5%), P – 3 (10,3%)), чем лица группы контроля (3 (2,5%)) (отношение шансов (ОШ) – 4,2 [95% ДИ: 1,3–14,2]; $p=0,01$). Боли при физической нагрузке танцоры также отмечали чаще, чем C (22 (24,4%); ОШ=2,6 [95% ДИ: 1,5–4,4]; $p=0,0003$). При этом в группе B (71 (33,6%)) несколько реже, чем в L (14 (46,7%)) и P (13 (44,8%)) ($p>0,05$). Частота жалоб, наиболее характерных для остеоартрита коленных суставов, – боль при спуске по лестнице – в группах L (3 (10%)), P (4 (13,8%)) и C (14 (11,5%)) была сопоставима, а в группе B (8 (3,8%)) была статистически значимо ниже ($p<0,05$), особенно у мужчин старше 30 лет: в группе C (9 из 57 – 15,8%) в 5 раз чаще, чем в группе B (4 из 116 – 3,4%) (ОШ=5,3 [95% ДИ: 1,5–17,9]; $p=0,006$), что удивительно, поскольку B считается одним из самых травматичных танцевальных стилей. Суммарно болевые ощущения в коленях за последние 6 месяцев, по сравнению с C (43 (35,2%)) чаще испытывали танцоры стиля P (17 (57,6%)) (ОШ=2,6 [95% ДИ: 1,1–6]; $p=0,02$), что подрывает репутацию P как безопасного стиля. В группах L (16 (53,3%)) и B (89 (42,2%)) болевые ощущения в коленях за последние 6 месяцев встречались также чаще, но при $p>0,05$. О травмах коленей во время занятий танцами в течение всей танцевальной карьеры вспомнили танцоры B (149 (70,6%)), L (18 (60%)) и P (17 (58,6%)): их частота в среднем превышала частоту «бытовых» травм коленей в анамнезе в группе C (42 (34,4%)) (ОШ=1,6 [95% ДИ: 1–2,5]; $p=0,03$). На боли в коленях за последние 6 месяцев чаще жаловались те респонденты, которые их травмировали и ранее: в группе C – 25 из 42 (59,5%) против 17 из 80 (21,3%), ранее не травмировавших колени (ОШ=5,4 [95% ДИ: 2,4–12,3]; $p<0,0001$), в группе B – 79 из 149 (53%) против 10 из 62 (16,1%) соответственно (ОШ=5,9 [95% ДИ: 2,8–12,4]; $p<0,0001$), в группе L – 12 из 18 (66,7%) против 4 из 12 (33,3%) соответственно ($p>0,05$). Только в группе P боли в коленях наблюдали в одинаковом проценте случаев и те, кто их ранее

повреждал (10 из 17 – 58,8%), и те, кто не травмировал (7 из 12 – 58,3%).

Выводы/заключение

1. Косвенные признаки механического повреждения коленных суставов у танцоров отмечались чаще, чем в группе контроля.

2. Косвенные признаки остеоартрита коленных суставов у танцоров стиля Breaking наблюдались реже, чем у танцоров Popping, Locking и в группе контроля.

3. Наличие травм коленей в анамнезе более чем в 5 раз увеличивало шанс их болевых симптомов на момент опроса у танцоров стиля Breaking и группы контроля.

4. Танцоры стиля Popping чаще других респондентов отмечали болевые ощущения в коленях, не связанные с их травмой в анамнезе.

5. Необходимы дополнительные исследования, включающие личный осмотр танцоров и группы контроля с более объективной оценкой мышечно-суставного статуса и общего состояния здоровья.

ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА К ЛЕЧЕНИЮ БАЗИСНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Махмудов Х.Р., Саидов Ё.У., Хасанзода С.М., Маджонова М.М., Охонова О.Д.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, Таджикистан)

Введение/цель

Представить результаты анализа и оценки состояния приверженности пациентов с ревматоидным артритом (РА) в зависимости от наличия ишемической болезни сердца (ИБС) к лечению базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) и идентифицировать детерминанты неприверженности больных.

Материал и методы

Проведены анализ и оценка приверженности к терапии БПВП у 76 пациентов с достоверным РА без ($n=42$) и в сочетании с ИБС ($n=34$), которым прежде (до начала проведения данного исследования) назначался длительный курс лечения БПВП.

Результаты/обсуждение

У обследованных пациентов с развернутым РА количество пациентов, приверженных к базисной терапии, составило 19,9%, остальные пациенты (80,1%) были классифицированы как частично приверженные к лечению. Выявлено, что ведущими факторами неприверженности у больных, страдающих РА, к получаемому лечению были наличие побочных эффектов лекарственных препаратов, а также имеющиеся сопутствующие заболевания и наличие ИБС.

Выводы/заключение

Результаты исследования свидетельствуют об очень низкой приверженности пациентов, страдающих РА, прежде всего пациентов, также страдающих ИБС, к терапии БПВП, что показывает необходимость поиска современных подходов к улучшению приверженности таких пациентов к лечению и крайнюю необходимость проведения национальных образовательных программ.

РОЛЬ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ НОГТЕВОГО ЛОЖА У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ АРТРИТОМ И ФЕНОМЕНОМ РЕЙНО

Махмудов Ш.А., Досыбаева Г.Н., Ботабекова А.К.

Медицинский центр болезней суставов города Шымкент (Шымкент, Казахстан)

Введение/цель

Недифференцированный артрит (НДА) – это артрит (олиго-, полиартрит), при котором на данный момент не набираются критерии какого-либо определенного заболевания. Феномен Рейно (ФР) – чрезмерная спастическая реакция пальцевых (дигитальных) артерий и кожных сосудов при воздействии холода или эмоционального стресса. ФР имеет два варианта – первичный и вторичный. Первичный ФР встречается в 90% случаев и не является признаком тяжелого заболевания. Вторичный ФР является одним из проявлений системной аутоиммунной патологии, чаще всего системной склеродермии (ССД), но может встречаться и при других системных поражениях соединительной ткани (СПСТ), таких как системная красная волчанка, ревматоидный артрит, смешанное заболевание соединительной ткани (СЗСТ) и др. Капилляроскопия ногтевого ложа (КНЛ) – это исследование ногтевого валика или ложа капилляра и сосудистого кровообращения с помощью специального прибора – капилляроскопа, имеющего приспособление для фиксации пальца и источник света. КНЛ является безопасным и неинвазивным методом для дифференциальной диагностики первичного и вторичного ФР, а также методом исследования, способным помочь в дифференциальной диагностике СПСТ.

Цель: изучить капилляроскопическую картину у пациентов с НДА в сочетании с ФР.

Материал и методы

Нами было обследовано 33 пациента с НДА в сочетании с ФР – 25 (75,7%) женщин и 8 (24,3%) мужчин – в возрасте от 25 до 40 лет (средний возраст – $30,4 \pm 4,6$ года), средняя продолжительность артрита – $3,7 \pm 2,3$ мес. Проведены сбор анамнеза, осмотр и полное клиническое обследование пациентов. У всех пациентов был выявлен артрит как минимум 1 сустава, который верифицировался с помощью ультразвукового исследования суставов. Всем пациентам проведены КНЛ, лабораторные и иммунологические исследования (определение антинуклеарного фактора, иммуноблот для определения спектра аутоантител).

Результаты/обсуждение

Первичный ФР был обнаружен у 21 (63,6%) пациента – 16 женщин и 5 мужчин. Вторичный ФР выявлен у 12 (36,4%) пациентов – 9 женщин и 3 мужчины. Из них склеродермические изменения обнаружены у 9 (27,3%) пациентов (6 женщин и 3 мужчины), СЗСТ – у 3 (9,1%) пациенток. КНЛ совместно с иммунологической диагностикой позволила впервые установить диагноз того или иного СПСТ у 11 пациентов.

Выводы/заключение

КНЛ может существенно помочь в диагностике и дифференциальной диагностике пациентов с НДА в сочетании с ФР. КНЛ является «золотым стандартом» в диагностике больных с ФР.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСТЕОПЕНИИ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Меньшикова Л.В., Грудинина О.В., Меньшиков М.Л.
ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России

Введение/цель

Переломы дистального отдела предплечья являются переломами-маркерами остеопороза. Вместе с тем частота переломов предплечья у женщин старше 50 лет превышает частоту остеопороза в регионе, и они являются первыми переломами, приводящими к возникновению каскада новых переломов.

Цель: изучить частоту переломов дистального отдела предплечья у женщин с различной минеральной плотностью кости (МПК) и частоту остеопении у лиц с переломами предплечья.

Материал и методы

В Центре профилактики ревматических заболеваний и остеопороза Иркутского областного диагностического центра обследованы 664 женщины старше 45 лет (средний возраст – 66,4 года) и 156 женщин с переломами предплечья (ПП) при низком уровне травмы. Денситометрия (DXA) проводилась на аппарате «DPX-IQ» (Lunar, США) в проксимальном отделе бедра и поясничном отделе позвоночника.

Результаты/обсуждение

Переломы предплечья наиболее часто встречались среди 664 обследованных женщин – у 15,2% (101 женщина); частота их в группе лиц с остеопорозом в одной из локализации составила 20,9%, в группе с остеопенией – 9,2%, в группе с нормальной МПК – 7,7%. ПП были значимы для возникновения повторных переломов любой локализации у женщин с множественными переломами. Переломы позвоночника не учитывались, т. к. рентгеноморфометрия позвоночника не проводилась. Из 156 женщин с переломами предплечья остеопороз выявлен у 66,2% (97 женщин), остеопения – у 27,6% (43 женщины), нормальная МПК – у 10,2%. Наибольшая частота остеопороза выявлена в позвоночнике (60,9%), в шейке бедра – лишь в 20,5% случаев; эти показатели учитываются при оценке FRAX.

Выводы/заключение

Таким образом, остеопороз имеют лишь 2/3 лиц с переломами дистального отдела предплечья, по поводу которого назначается лечение. Поэтому наличие уже свершившегося ПП при низком уровне травмы требует лекарственной терапии для вторичной профилактики повторных переломов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ТОФАЦИТИНИБОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ БПВП У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПО ДАННЫМ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Мисиюк А.С., Лиля А.М., Галушко Е.А.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Цель: изучить влияние разных базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) на эффективность терапии тофацитинибом (ТОФА) у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы

Были проанализированы 153 пациента (средний возраст – 51,4±12,1 года) с РА (согласно критериям ACR/EULAR, 2010) из 11 регионов Российской Федерации, в том числе пациенты, получавшие лечение в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. У всех пациентов имелась неэффективность предшествующей терапии БПВП, у 23,9% – неэффективность терапии генно-инженерными биологическими препаратами. Пациенты получали терапию ТОФА в комбинации с БПВП или в виде монотерапии ТОФА. 34% принимали малые и средние дозы глюкокортикоидов в период наблюдения. Период наблюдения составил 6 месяцев. 153 пациента (81% – женского пола; большая часть позитивны по ревматоидному фактору (87,3%) и антителам к циклическому цитруллинсодержащему пептиду (76,5%); медиана длительности РА – 7,5±6,6 года; среднее значение индекса DAS28-СОЭ – 5,8±1,0, средние значения индексов SDAI и CDAI – 35,6±13,4 и 32,1±12,4 соответственно) получали терапию ТОФА на протяжении 6 месяцев. Начальная доза ТОФА составляла 5 мг × 2 раза в сутки перорально, при необходимости (у 17,6% пациентов) доза увеличивалась до 10 мг × 2 раза в сутки.

Результаты/обсуждение

На фоне терапии ТОФА отмечалось статистически значимое снижение активности РА на 3-м и 6-м месяцах терапии. Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от получаемых БПВП: ТОФА + метотрексат (MT) ($n=110$); ТОФА + другие БПВП ($n=24$); монотерапия ТОФА ($n=19$). Во второй группе пациенты получали различные БПВП, среди которых: 64,7% – лефлуномид, 11,7% – сульфасалазин, 17,6% – гидроксихлорохин, 5,8% – азатиоприн.

Исходно индекс DAS28 соответствовал высокой активности заболевания: в группе ТОФА+MT индекс DAS28-СОЭ соответствовал 5,9±1,0; в группе ТОФА+др. БПВП – 5,6±1,1; в группе пациентов, получавших монотерапию ТОФА, – 6,0±0,8. Через 3 месяца терапии DAS28-СОЭ соответствовал умеренной активности заболевания в трех группах: в первой группе – 3,9±1,3; во второй – 4,3±1,3; в третьей – 4,9±1,7 ($p<0,05$). На 6-м месяце терапии отмечалось дальнейшее снижение активности РА по индексу DAS28-СОЭ: в группе ТОФА+MT – до 3,3±1,1; в группе ТОФА+др. БПВП – до 3,5±1,4; в группе монотерапии ТОФА – до 3,8±1,2 ($p<0,05$).

На фоне терапии отмечалось снижение активности РА по индексам SDAI и CDAI. Исходно в трех группах зарегистрирована высокая активность SDAI: в первой группе – 36,2±14,2; во второй – 32,6±9,5; в третьей – 35,3±10,4. Через 3 месяца терапии отмечено снижение индекса SDAI до 14,4±10,8 в первой группе, до 16,7±10,7 – во второй, до 27,3±19,1 – в третьей ($p<0,05$). На 6-м месяце терапии при оценке эффективности терапии в реальной клинической практике SDAI в группе ТОФА+MT составил 9,5±8,2; в группе ТОФА+др. БПВП – 12,9±8,6; в группе монотерапии ТОФА – 15,3±10,1. Индекс CDAI исходно в группе ТОФА+MT составил 32,4±13,1; через 3 месяца терапии – 13,3±10,2; на 6-м месяце терапии – 8,7±7,9 ($p<0,05$). Индекс CDAI в группе ТОФА+др. БПВП исходно составил 29,7±9,4; через 3 месяца – 16,6±9,8; на 6-м месяце – 12,6±8,4 ($p<0,05$). Значение индекса CDAI в группе монотерапии ТОФА исходно составило 33,3±9,8; через 3 месяца – 26,5±18,8; на 6-м месяце – 14,4±9,6 ($p<0,05$).

Выводы/заключение

Терапия ТОФА показала свою эффективность у пациентов с РА в реальной клинической практике. Комбинация терапии ТОФА+МТ показала лучшую эффективность в отношении снижения активности РА по индексам DAS28, SDAI, CDAI.

Исследование выполнено в рамках темы «Эволюции ранних артритов и разработки инновационных технологий фармакотерапии ревматических заболеваний у детей и взрослых», тема № АААА-А19-119021190149-0.

СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ Г. ТУЛЫ

Плахова А.О.¹, Сороцкая В.Н.¹, Халмурадова Б.Б.¹, Вайсман Д.Ш.²

¹ФГБОУ ВО ТулГУ (Тула);

²ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России (Москва)

Введение/цель

Цель: изучить значение минеральной плотности костной ткани среди пациентов г. Тулы методом ультразвуковой денситометрии с целью выявления риска остеопороза.

Материал и методы

Проведен анализ показателей минеральной плотности костной ткани среди пациентов ($n=100$) г. Тулы, направленных ревматологом на скрининговое исследование с помощью ультразвуковой денситометрии. Все пациенты имели один или более факторов риска развития остеопороза. Процедура проводилась с помощью портативного денситометра, который измеряет скорость прохождения ультразвуковой волны по костной ткани в области пяточной кости.

Результаты/обсуждение

Среди 100 обследованных пациентов доля женщин составила 93%. Средний возраст женщин – 67 лет, мужчин – 72 года. Среднее значение Т-критерия ($n=100$) установлено на уровне 1,76 (что соответствует остеопении): среди женщин этот показатель установлен на уровне 1,75, среди мужчин – на уровне 1,84. Среди 100 обследованных пациентов Т-критерий в диапазоне от –2,5 и ниже (что соответствует остеопорозу) выявлен у 20%: среди женщин частота выявления остеопороза составила 18,3%, среди мужчин – 42,9% ($p>0,05$). Полученные результаты демонстрируют высокие показатели остеопении и остеопороза среди пациентов г. Тулы.

Выводы/заключение

Таким образом, всем пациентам при наличии факторов риска снижения минеральной плотности костной ткани необходимо проводить скрининговое исследование с целью своевременного выявления риска развития остеопороза и начала лечения.

ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. ОБЗОР РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ИЗЛ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Никишенкова С.Г., Никишенков А.М.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского (Москва)

Введение/цель

Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) – часто встречающееся проявление системных заболеваний

соединительной ткани (СЗСТ). При прогрессировании ИЗЛ развивается дыхательная недостаточность, что нередко является одной из ведущих причин смерти. Течение ИЗЛ при СЗСТ значительно варьируется по степени тяжести и темпам прогрессирования. Оценка скорости прогрессирования ИЗЛ имеет основное значение в выборе тактики ведения больного. **Цель:** анализ регистра пациентов с ИЗЛ Московской области.

Материал и методы

Был проанализирован регистр больных различными ИЗЛ, которые были госпитализированы в терапевтическое отделение ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского за период 2016–2020 гг. Среди ИЗЛ наиболее часто встречались гиперчувствительный пневмонит, неспецифическая интерстициальная пневмония, саркоидоз легких, интерстициальные заболевания легких на фоне СЗСТ и неклассифицируемый легочный фиброз. Пациенты с подтвержденным диагнозом идиопатический легочный фиброз в данном исследовании включены не были. Исходное и динамическое обследование пациентов заключалось в оценке функции внешнего дыхания (ФВД) и данных компьютерной томографии (КТ) высокого разрешения органов грудной клетки. Деление пациентов на группы с медленно и быстро прогрессирующим течением ИЗЛ проводилось на основании оценки изменения форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) в течение 12 месяцев. При снижении ФЖЕЛ на 7% и более от исходной величины констатировалась прогрессирующая форма болезни, в остальных случаях течение заболевания считалось стабильным. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS Statistica 23. Использовался метод сравнительного анализа. Также проводился расчет первичной статистики (подсчитывали средние значения, стандартные отклонения, ошибку среднего, минимум, максимум). Для оценки статистической значимости различий между группами использовался критерий Манна – Уитни (U), для оценки динамики показателей между замерами «первый визит» и «второй визит» – критерий Вилкоксона (T). Для оценки значимости различий между группами по качественным (номинальным) показателям использовался критерий Хи-квадрат.

Результаты/обсуждение

Всего больных ИЗЛ на фоне СЗСТ – 66 (19,1%) из 345 человек, включенных в регистр. Из них 16 (24%) больных ИЗЛ на фоне ревматоидным артритом (ИЗЛ-РА), 11 (17%) больных ИЗЛ на фоне системной склеродермии (ИЗЛ-ССД), 5 (8%) больных ИЗЛ на фоне синдрома Шёгрена, 3 (4,5%) больных ИЗЛ на фоне антисинтетазного синдрома, 3 (4,5%) больных ИЗЛ на фоне дерматомиозита и 28 (42%) больных недифференцируемым СЗСТ (в т. ч. смешанным). Результаты динамического обследования через 12 месяцев получены у 58 пациентов со всеми видами ИЗЛ. Группу ИЗЛ быстро прогрессирующего течения, определяемую по скорости снижения ФЖЕЛ на 7% и более в течение 12 месяцев, составили 25 пациентов, в том числе 3 больных ИЗЛ-РА, 2 больных ИЗЛ-ССД, 1 больной ИЗЛ на фоне синдрома Шёгрена. У 33 пациентов наблюдалось стабильное течение заболевания, из них 1 пациент с ИЗЛ-РА, 1 – с ИЗЛ-ССД, 1 – с ИЗЛ на фоне антисинтетазного синдрома.

Выводы/заключение

Интерстициальное поражение легких – частое проявление СЗСТ. Большая доля пациентов с ИЗЛ-СЗСТ имеют прогрессирующий вариант течения ИЗЛ с исходом в фиброз. Необходим тщательный динамический мониторинг

параметров ФВД (ФЖЕЛ, объем форсированного выдоха за первую секунду маневра форсированного выдоха, остаточный объем, общая емкость легких), объема поражения при КТ органов грудной клетки, данных теста 6-минутной ходьбы для выявления прогрессирования легочного фиброза и своевременного назначения противфиброзной терапии.

ОЦЕНКА ВКЛАДА УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И ЛИПИДНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГИПЕРУРИКЕМИИ

Нехайчик Т.А., Рамков А.Г.

БГМУ (Минск, Республика Беларусь)

Введение/цель

Ассоциация гиперурикемии (ГУ) с метаболическими и сердечно-сосудистыми нарушениями хорошо изучена и доказана. Положительное влияние уратснижающей терапии на уровень АД, патологическое ремоделирование сердца, функцию эндотелия, почек и ряд других положительных эффектов определено для пациентов с подагрой. Однако целесообразность назначения урикостатилов пациентам с асимптоматической ГУ (АГУ) не столь очевидна и продолжает изучаться.

Цель: оценить вклад уратснижающей терапии в ограничение прогрессирования метаболических и липидных нарушений у пациентов с нарушениями пуринового обмена.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ данных 37 из 406 первично отобранных медицинских карт пациентов 432-го Главного военного клинического медицинского центра с последующей статистической обработкой данных (Statistica 8, StatSoft Inc., США). Критерием отбора было наличие ГУ, подтвержденной при 3 и более госпитализациях в течение 4 лет (2017–2020).

Результаты/обсуждение

Группу исследования составили 18 пациентов с АГУ и 19 пациентов с подагрой (средний возраст – $67,8 \pm 13,8$ года). Мужчины преобладали в обеих подгруппах и имели статистически значимо более высокие уровни мочевой кислоты (МК) ($p < 0,001$). У мужчин АГУ встречалась в 2,6 раза, а подагра – в 5,3 раза чаще, чем у женщин. У пациентов с подагрой абсолютные значения уровня МК по годам были подвержены значительным колебаниям вследствие нерегулярной урикостатической терапии, которую получали 16 из 19 пациентов. Целевой уровень МК по данным стационарных карт был достигнут только в одном случае. В подгруппе с АГУ урикостатическая терапия не назначалась. Исходные (2017 г.) показатели урикемии и степень ее выраженности не имели статистически значимых отличий в подгруппах АГУ и подагры. К 2020 г. отмечено нарастание выраженности ГУ в обеих подгруппах, однако при АГУ прирост урикемии оказался практически в 2 раза выше, чем в подгруппе с подагрой ($p < 0,05$). Средние значения уровней общего холестерина, липопротеинов низкой плотности и тиреоглобулина в подгруппе с АГУ в течение 4 лет не претерпели существенных изменений, тогда как в подгруппе пациентов с подагрой имело место статистически значимое снижение всех трех показателей ($p < 0,05$). При исходном уровне глюкозы крови без статистически значимых отличий между подгруппами через 4 года статистически значимое повышение определено при АГУ ($p < 0,001$). В подгруппе подагры

уровень гликемии существенно не отличался от значений 2017 г. Из ассоциированной патологии наиболее часто отмечены поражения почек (группа с АГУ – у 9 (50%); группа с подагрой – у 13 (68%)), артериальная гипертензия и ожирение. Оценка лечения пациентов с подагрой и АГУ с позиций назначения препаратов с потенциальным влиянием на обмен пуринов не продемонстрировала существенных различий в подгруппах, что позволило с большой вероятностью рассматривать вышеизложенные статистически значимые различия как влияние урикостатической терапии.

Выводы/заключение

Для пациентов со стойким нарушением пуринового обмена независимо от наличия или отсутствия симптомов подагры характерно прогрессирование ГУ с течением времени и широкий спектр ассоциированной патологии. Урикостатическая терапия в подгруппе пациентов с подагрой продемонстрировала не только положительное влияние на ограничение природы урикемии, но и оказала статистически значимое синергическое влияние на коррекцию липидного и углеводного обменов в отличие от пациентов с АГУ без назначения урикостатилов. Положительные эффекты определены даже без достижения целевых значений МК и атерогенных липидов. В дальнейшем планируется расширение группы исследования с применением многофакторного анализа для уточнения представленных данных.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ДЕПОНИРОВАНИЯ КРИСТАЛЛОВ ПИРОФОСФАТОВ КАЛЬЦИЯ И ОСТЕОАРТРИТОМ

Новикова А.М., Желябина О.В., Чикина М.Н., Елисеев М.С.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Болезнь депонирования кристаллов пирофосфатов кальция (БДПК) и остеоартрит (ОА), рассматриваются как патологии, которые ассоциируются с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и могут не только быть причиной снижения качества жизни и инвалидизации, но и негативно влиять на прогноз в целом. Факторы, влияющие на сердечно-сосудистый риск (ССР) у пациентов с болезнью депонирования кристаллов пирофосфата кальция (БДПК), недостаточно изучены.

Цель: сравнение ССР по шкале SCORE и частоты отдельных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с БДПК и остеоартритом (ОА).

Материал и методы

Проведено одномоментное одноцентровое исследование. Сравнимые группы – пациенты с БДПК ($n=246$) и ОА коленных суставов ($n=53$), возраст – от 18 до 80 лет. Сравнялись частота отдельных факторов ССР и результаты стратификации по шкале SCORE.

Результаты/обсуждение

Частота отдельных ФР ССР при БДПК и ОА статистически значимо не отличалась, за исключением артериальной гипертензии (АГ), которая была выявлена у 123 (50%) пациентов с БДПК и у 9 (17%) пациентов с ОА ($p=0,01$). Однако наличие ≥ 3 из перечисленных ФР (курение, индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м², АГ, ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет 2-го типа (СД2), хроническая сердечная недостаточность (ХСН),

инфаркт миокарда (ИМ), в сыворотке крови – холестерин (ХС) >5,0 ммоль/л, мочевая кислота (МК) >360 мкмоль/л, С-реактивный белок (СРБ) >5 мг/л, скорость клубочковой фильтрации <60 мл/мин определялась у 123 (50%) пациентов с БДПК и у 11 (21%) – с ОА ($p=0,0002$). ССР по шкале SCORE стратифицирован как высокий или очень высокий у 63% пациентов с БДПК и у 38% пациентов с ОА ($p=0,006$). Медиана индекса SCORE при БДПК (10 [1,7; 10]) была статистически значимо выше, чем при ОА (3,5 [1,3; 8,6]) ($p=0,004$). Медиана уровня СРБ сыворотки также была статистически значимо выше при БДПК ($p<0,001$), как и количество пациентов с СРБ ≥ 5 мг/л ($p<0,001$).

Выводы/заключение

При сопоставимой частоте выявления отдельных ФР у пациентов с БДПК и ОА, пациенты с БДПК имеют больше сопутствующих заболеваний, более высокий уровень СРБ и ССР.

ИММУНОГЕННОСТЬ ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ А И ЕЕ СВЯЗЬ С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Нуриахметова Т.Ю., Васильев А.Г., Чермина Н.А., Абдулганиева Д.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (Казань)

Введение/цель

Иммуногенность ингибиторов фактора некроза опухоли α (иФНО- α) является актуальной проблемой при лечении пациентов с иммуновоспалительными заболеваниями.

Цель: сравнение особенностей иммуногенности иФНО- α и ее связи с эффективностью терапии у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) и ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материал и методы

В исследование было включено 117 пациентов, получавших инфликсимаб (ИНФ; $n=32$), адалимумаб (АДА; $n=48$) и цертолизумаба пэгол (ЦЗП; $n=37$) с РЗ (анкилозирующий спондилит (АС) – $n=47$; ревматоидный артрит (РА) – $n=16$) и ВЗК (болезнь Крона (БК) – $n=39$; язвенный колит (ЯК) – $n=15$). На момент включения пациентов в исследование длительность терапии иФНО- α составляла 8 [4; 18,5] месяцев. У всех пациентов оценивалась эффективность терапии. Методом ИФА определялись уровень антител (АТ) к иФНО- α и минимальная остаточная концентрация препаратов. У 39 (33,3%) пациентов (25 – с РЗ, 14 – с ВЗК) они оценивались дважды с интервалом 19 [17; 20] месяцев. В качестве пороговой таргетной концентрации иФНО- α были приняты следующие значения: ИНФ – 1 мкг/мл для РЗ и 5 мкг/мл для ВЗК; АДА – 5 мкг/мл для РЗ и 7,5 мкг/мл для ВЗК; ЦЗП – 17 мкг/мл для РЗ и 20 мкг/мл для ВЗК.

Результаты/обсуждение

На момент включения в исследование у 22 пациентов (7 – с РЗ, 15 – с ВЗК) наблюдалась «ускользание ответа» на иФНО- α , у 6 пациентов (по 3 – с РЗ и ВЗК) оно развилось ко второму визиту (в течение 20,5 [17,0; 22,0] мес. от начала лечения). Неэффективность чаще встречалась при ВЗК, чем при РЗ (33,3% против 15,9%; отношение шансов (ОШ) – 2,7; 95%-й доверительный интервал (ДИ): 1,1–6,4; $p=0,03$). Риск развития «ускользания ответа» на 100 пациенто-лет у пациентов с АС оказался в 3,73 раза (95% ДИ: 1,4–11,0;

$p=0,005$) ниже, чем при БК, и в 3,76 раза (95% ДИ: 0,9–13,8; $p=0,04$) ниже, чем при ЯК. При РА наблюдалась аналогичная тенденция, однако статистическая вероятность достигнута не была, вероятно, из-за небольшого количества наблюдений. Низкая концентрация (НК) иФНО- α определена у 30 (47,6%) пациентов с РЗ и у 27 (50%) – с ВЗК ($p>0,05$). Положительные антитела на первом визите выявлены у 16 (25,4%) пациентов с РЗ и у 11 (20,4%) – с ВЗК ($p>0,05$); на втором визите – у 3 (12%) пациентов с РЗ и у 1 (7,1%) с ВЗК. У 8 (80%) пациентов с РЗ с неэффективностью на момент визита отмечалась НК иФНО- α (ОШ=5,636; 95% ДИ: 1,09–29,144; $p=0,038$), у 5 из них – в сочетании с положительными АТ. В группе ВЗК лишь у 11 (61,1%) пациентов с неэффективностью выявлялись субтерапевтическая концентрация или положительные АТ ($p>0,05$). При лечении пациентов с РЗ АДА неэффективность была значительно реже связана с положительными АТ, чем при лечении другими иФНО- α (16,7% против 100%; $p=0,048$). Среди пациентов на ИНФ и ЦЗП у всех неответчиков с РЗ ($n=4$) выявлены положительные антитела, в то время как при ВЗК – лишь у 5 (35,7%) из них ($p=0,082$). При ВЗК все АТ к иФНО- α , связанные с «ускользанием ответа», были определены при длительности лечения менее 1 года ($p=0,036$). После 1 года лечения АТ выявлены лишь у 1 пациента, при этом на эффективность они не влияли (так называемые транзиторные АТ, формирующиеся, как известно, при ВЗК после 12 месяцев). При РЗ все случаи неэффективности, связанные с АТ, развились при длительности лечения более 1 года ($p=0,167$).

Выводы/заключение

Неэффективность иФНО- α при РЗ развивалась реже, чем при ВЗК. Частота выявления НК препаратов и АТ к ним не различалась между нозологиями. При РЗ, в отличие от ВЗК, неэффективность была преимущественно связана с НК или положительными АТ, при этом персистирующие АТ формировались на любом этапе лечения.

ДЕСЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Петрунько И.Л., Сергеева Н.В., Меньшикова Л.В.

ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области» Минтруда России (Иркутск)

Введение/цель

Медико-социальная проблема болезней костно-мышечной системы (БКМС) обусловлена значительными финансовыми потерями и затратами как для государства, так и для индивидуума в связи с частой инвалидизацией.

Цель: изучение структуры и динамики первичной инвалидности (ПИ) вследствие БКМС в Иркутской области за последние 10 лет (2010–2019 гг.).

Материал и методы

За 2010–2012 гг. анализировалась созданная электронная база данных статистических талонов лиц, впервые признанных инвалидами, а с 2015 г. – база данных ЕАВИАС. Рассчитывались интенсивные показатели ПИ (уровень, интенсивный показатель ПИ) на 10 тыс. взрослого населения и отдельно – для населения трудоспособного и пенсионного возраста.

Результаты/обсуждение

В 2010–2012 гг. и в 2015 г. БКМС в структуре ПИ взрослого населения области занимали 3-е место, уступая только болезням системы кровообращения и злокачественным новообразованиям. С 2013–2014 гг. БКМС оказались

на 4-м месте после злокачественных новообразований, болезни системы кровообращения, травм, а с 2016 г. — после психических расстройств. Доля ПИ вследствие БКМС на протяжении последних 10 лет постоянно снижалась: с 11,7% в 2010 г. до 6,0% в 2018 г. и 6,1% в 2019 г. Уровень ее снизился в 2,65 раза: с 10,6 в 2010 г. (в 2011 и 2012 г. — 11,1 и 11,0 соответственно) до 4,0 на 10 тыс. взрослого населения в 2019 г. Причем снижение произошло как у лиц трудоспособного возраста (с 7,6 в 2010 г. до 3,2 на 10 тыс. в 2019 г., т. е. в 2,4 раза), так и среди граждан пенсионного возраста (с 22,1 в 2012 г. до 5,8 на 10 тыс. в 2018–2019 гг., т. е. в 3,8 раза). При этом уровень заболеваемости БКМС по области имеет тенденцию к росту. Основной вклад в первичную инвалидность вносят ОА (40–43%), дорсопатии (22–30%) и РА (10–12%). За 10 лет сменились 4 министерских приказа, утверждавших классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы (МСЭ) граждан: приказ Миндравсоцразвития России № 1013н от 2009 г., приказ Минтруда России № 664н от 2014 г., № 1024н от 2015 г. и № 585н от 27.08.2019. В приложении к приказу № 664н впервые была предусмотрена количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в процентах. Была указана в процентах выраженность нарушений четырех степеней при отдельных нозологических формах: 10–30% — незначительные, 40–60% — умеренные, 70–80% — выраженные, 90–100% — значительно выраженные нарушения. Необходимость такой оценки диктовалась внедрением в практику МСЭ международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья — МКФ (ВОЗ, 2001), без применения которой было бы невозможно реализовать Конвенцию ООН «О правах инвалидов» (2006), ратифицированную Россией в 2012 г. Приложение № 1 к ныне действующему приказу № 585н в значительной мере уточняет и расширяет предыдущий подход к оценке выраженности нарушений при БКМС. Разные подходы к выраженности нарушений при установлении инвалидности вследствие БКМС вызвали много несогласий граждан с решениями бюро МСЭ.

Выводы/заключение

Таким образом, значимое снижение уровня первичной инвалидности вследствие БКМС за последние 10 лет при росте заболеваемости, возможностей улучшения функций после эндопротезирования суставов объясняются в значительной мере происходившими изменениями в нормативных документах по критериям установления инвалидности. В связи с вступлением в действие в 2020 г. приказа № 585н, уточнившего количественную оценку выраженности стойких нарушений функций организма вследствие БКМС, по нашему мнению, возможен рост уровня инвалидности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ КРАТКОСРОЧНЫХ ПЕРЕРЫВОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Попова Е.П., Овчинникова А.В., Эрдес Ш.Ф.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Сроки введения генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) строго регламентируются

прилагаемыми инструкциями, однако в клинической практике нередко можно наблюдать такое явление, как краткосрочные перерывы по медицинским или немедицинским причинам. Влияние таких кратковременных задержек на последующую эффективность к настоящему времени не изучено.

Цель: проанализировать влияние краткосрочных перерывов в лечении ГИБП на последующую эффективность терапии у больных спондилоартритами.

Материал и методы

В анализируемую группу с февраля по апрель 2021 г. включено 36 пациентов (17 (47,2%) женщин, 19 (52,8%) мужчин): 22 (61%) — с анкилозирующим спондилитом, 14 (39%) — с псориатическим артритом. Возраст пациентов составил от 23 до 67 лет (в среднем — 46,5 года); длительность заболевания — от 9 месяцев до 48 лет (в среднем — 18,4 года). HLA-B27 имели 24 (66,7%) больных. Активность по индексу BASDAI в среднем составила 5,9. Критериями включения были: 1) диагноз анкилозирующего спондилита (по модифицированному Нью-Йоркскому критерию, 1984) или псориатического артрита (по критериям CASPAR, 2006); 2) лечение ГИБП после инициации терапии длительностью не менее 5 последовательных введений препаратов согласно инструкции. За перерыв терапии ГИБП был взят временной промежуток не менее 2 и не более 8 пропущенных интервалов введения (например, для этанерцепта перерывом в лечении считается срок от 2 до 8 недель, в то время как для инфликсимаба — от 4 до 16 месяцев), а все, что больше, рассматривалось как окончание данного курса ГИБП. Эффективность терапии после возобновления лечения вслед за краткосрочным перерывом оценивалась по числовой рейтинговой шкале, где достигнутая эффективность лечения до перерыва условно была принята за 10 баллов, а после перерыва оценивалась самим пациентом по шкале от 0 до 10 баллов (0 баллов — полное отсутствие эффекта; 10 баллов — уровень эффекта, как и до перерыва).

Результаты/обсуждение

Пациенты из проанализированной группы в основном получали терапию ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (иФНО-α), а двое — ингибиторами интерлейкина 17 (иИЛ-17). В анализируемой группе 14 (39%) больных имели один или два перерыва в терапии ГИБП: один перерыв был у 10 (71,4%), два — у 4 (28,6%); в 5 (35,7%) случаях перерывы были по медицинским причинам, а в 9 (64,3%) — по немедицинским. У 12 (85,7%) пациентов из 14 перерывы наблюдались в период лечения иФНО-α, у 1 (7,1%) — в период лечения иИЛ-17, еще у 1 — как во время лечения иФНО-α, так и во время лечения иИЛ-17. Средняя длительность перерыва в анализируемой группе составляла 5 промежутков введения. Эффективность терапии после ее возобновления в группе, получающей терапию иФНО-α, в среднем составила 6,9 балла, у пациентов с перерывом в лечении иИЛ-17 — 3,5 балла.

Выводы/заключение

Таким образом, предварительные данные показывают наличие высокой частоты перерывов в терапии ГИБП у пациентов со спондилоартритами, после которых обычно наблюдается снижение достигнутой ранее эффективности терапии. Важно отметить, что наиболее частыми причинами перерывов являются немедицинские (отсутствие препарата по месту жительства). Необходимо дальнейшее изучение этой проблемы.

СОЧЕТАНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА И САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Родионовская С.Р., Лившина И.Д., Шалыгина М.В., Винникова В.Г., Гришина Д.П.

ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России» (Москва)

Введение/цель

Пациенты с коморбидной патологией, сочетанием ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) и сахарного диабета (СД) I типа имеют высокий риск неблагоприятного прогноза с развитием микрососудистых осложнений и функциональных нарушений. Внедрение в клиническую практику инновационных технологий – биологической терапии, помповой инсулинотерапии (ПИ) – существенно улучшило прогноз в данной группе больных.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ клинической картины, результатов лечения 3 пациенток с коморбидной патологией ЮИА в сочетании с СД I типа.

Результаты/обсуждение

Под наблюдением находились 3 пациентки в возрасте от 9 до 15 лет.

Клинический пример № 1. Пациентка с диагнозом ЮИА, полиартикулярный вариант, анализ на антинуклеарный фактор положительный, больна с возраста 3 лет, базисную терапию не получала, с 7 лет – присоединение СД I типа, перевод на ПИ. На 6-м году болезни инициирована терапия адалимумабом 40 мг п/к 1 раз в 2 недели. Результаты наблюдения: ЮИА – неактивный статус болезни; СД 14/7, HbA1c 7,4%, потребность в инсулине 0,75 ед/кг/сут. – стадия субкомпенсации, липодистрофии в местах инъекций.

Клинический пример № 2. Пациентка с диагнозом ЮИА, полиартикулярный вариант, анализ на HLA-B27 положительный, больна с возраста 13 лет, СД I типа – в возрасте 11 лет. На 3-м году болезни инициирована терапия инфликсимабом 5 мг/кг/инфузию в стандартной рекомендованной схеме в сочетании с метотрексатом, ПИ установлена при инициации генно-инженерных биологических препаратов. Результаты наблюдения: ЮИА – 70%-е улучшение ответа на лечение согласно педиатрическим критериям Американской коллегии ревматологов (ACR pedi), СД 18/7, HbA1c 7,9%, потребность в инсулине 1,2 ед/кг/сут. – стадия субкомпенсации.

Клинический пример № 3. Пациентка с диагнозом ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА), серонегативный полиартрит, больна с возраста 9 лет, СД I типа манифестировал в возрасте 5 лет, перевод на ПИ с 10/5 лет. На 3-м году болезни назначен инфликсимаб 5 мг/кг/инфузию. Результаты наблюдения: ЮРА – 90%-е улучшение ACR pedi, СД 18/13, HbA1c 8,4%, потребность в инсулине 1 ед/кг/сут. – стадия субкомпенсации, диабетическая полинейропатия.

Выводы/заключение

СД I типа – частая коморбидная патология у пациентов с ЮИА. Согласно регистровым исследованиям, вероятность возникновения СД несколько выше до дебюта проявлений ЮИА и у пациентов, находящихся без противоревматической терапии. Применение таргетных препаратов, помповой инсулинотерапии, комплаентность, регулярный динамический контроль профильных специалистов являются факторами эффективного контроля ЮИА и СД.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННОГО С COVID19: АНАЛИЗ НАБЛЮДЕНИЙ ЗА 69 ПАЦИЕНТАМИ

Родионовская С.Р., Шалыгина М.В., Самитова Э.Р., Мазанкова Л.Н.

ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков ФМБА России»

(Москва)

Введение/цель

Цель: проанализировать клинические и лабораторные маркеры мультисистемного воспалительного синдрома у детей, ассоциированного с новой коронавирусной инфекцией (MIS-C), и сравнить полученные данные с характеристиками синдрома Kawasaki.

Материал и методы

В проспективное исследование включены 69 пациентов (36 (52%) мальчиков, 33 (48%) девочки), медиана (Ме) возраста – 7 лет [межквартильный размах (IQR) – 3,7–10,7]. Контакт по SARS-CoV-2 выявлен у 26 (38%) детей, положительный ПЦР-тест – у 6/69 (8,7%). Медиана (Ме) уровня антител к SARS-CoV-2 методом ИФА: IgM – 0,4 [0,3–0,6], IgG – 186,8 [106,3–252,4]. Группа сравнения была представлена 30 пациентами с синдромом Kawasaki (СК), соответствующих критериям Американской ассоциации кардиологов.

Результаты/обсуждение

Клинические проявления MIS-C включали продолжительную фебрильную лихорадку у 100% больных, гастроинтестинальные симптомы различной выраженности – у 53/69 пациентов (77%), полиморфную сыпь – у 41/69 (59,4%), конъюнктивит/склерит – у 38/69 (43%), отечный синдром – у 24/69 (35%), поражение ЦНС, представленное обшемозговой симптоматикой, менингеальными явлениями, – у 19/69 (27%), гепатоспленомегалию – у 64/69 (92%), асептический перитонит – у 46/69 (66%), миокардит – у 34/69 (49%), острое почечное повреждение – у 9/69 (13%), МСКТ-признаки пневмонии (КТ 2, 3, 4) – у 11/69 (15,9%), эктазии коронарных артерий – у 1/69 (1,4%). Лабораторные маркеры соответствовали высокому уровню воспаления: Ме СРБ – 146 [78–334,1] мг/л, Д-димера – 3426 [1985,2–5182,8] мкг/л, ферритина – 329 [186,2–613,5] мкг/л, ИЛ-6 28,5 [3,13–188,6] пг/мл, прокальцитонина 2,5 [1,38–7,19] нг/мл. У 14/69 пациентов (20%) развился септический шок (с биохимическими признаками дисфункции миокарда Nt-pro-BNP – 1648 [477,1–5130] пг/мл), что потребовало вазопрессорной поддержки; у 3/69 (4%) была проведена ИВЛ. Диагностическая лапароскопия с целью исключения острой хирургической патологии была выполнена проведена 3/69 пациентам (4%). Критериям синдрома Kawasaki соответствовали 36/69 пациентов (37,6%) с MIS-C. Сравнение MIS-C с СК показало различия в клинических и лабораторных характеристиках, включая возраст пациентов (Ме возраста при СК – 1,6 [0,5–2,6] года), более низкий уровень показателей воспаления, таких как СРБ (96,8 [62–126] мг/л), Д-димер (1187 [670–2237] мкг/л), ферритин (158 [87,2–196,6] мкг/л), высокую частоту формирования аневризм коронарных артерий у пациентов с СК – 8/30 (26%) в исследуемой группе.

Выводы/заключение

Развитие фебрильной лихорадки у детей в условиях пандемии COVID-19 в сочетании с гастроинтестинальными проявлениями, сыпью, поражением слизистых, кардиогенным/септическим шоком и лабораторными маркерами гипервоспалительного ответа требует исключения/

подтверждения мультисистемного воспалительного синдрома. Сравнение MIS-C с синдромом Кавасаки дает основание предполагать, что данное состояние имеет большее сходство с группой «гиперферритинемических» синдромов.

ДОСТИЖЕНИЕ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ ПО ДАННЫМ КОГОРТЫ КОРСАР

Румянцева Д.Г., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Кричевская О.А., Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Согласно «стратегии лечения до достижения цели» при спондилоартритах (СпА), главная цель — это достижение клинической ремиссии или неактивной стадии заболевания. Российская экспертная группа по изучению СпА сформулировала определения клинико-лабораторной ремиссии (отсутствие клинических проявлений заболевания, сохраняющиеся в течение 6 мес. при наличии нормальных значений С-реактивного белка и скорости оседания эритроцитов), МРТ-ремиссии и полной ремиссии (сочетание клинико-лабораторной и МРТ-ремиссии).

Цель: определить частоту достижения полной ремиссии у пациентов с ранним аксиальным СпА (аксСпА) на 3-м году наблюдения.

Материал и методы

В анализ вошли 64 пациента с ранним аксСпА (критерии ASAS, 2009) с длительностью заболевания <5 лет из Московской когорты КоРСАР, наблюдавшихся не менее 3 лет, из них 37 (57,8%) мужчин и 27 (42,2%) женщин. Средний возраст пациентов составил $28,0 \pm 5,8$ года, средняя длительность болезни — $22,1 \pm 17,0$ мес.; 61 (95,3%) больной имел HLA-B27. В предварительном анализе оценивали достижение полной ремиссии.

Результаты/обсуждение

На 3-м году наблюдения из 64 пациентов 10 (15,6%) достигли полной ремиссии и 19 (21,8%) — клинико-лабораторной ремиссии. Средний возраст пациентов, достигших полной ремиссии составил $28,5 \pm 4,0$ года, из них 8 мужчин, все были позитивными по HLA-B27. Критериям диагноза анкилозирующего спондилита соответствовали 9 пациентов, 1 больной был с нерентгенологическим аксСпА. По терапии в настоящий момент: 3 пациента принимают НПВП, 3 пациента — иФНО- α , 4 пациента были без терапии.

Выводы/заключение

На 3-м году наблюдения за ранним аксСпА 15,6% пациентов достигли полной ремиссии.

РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Рыбакова В.В., Авдеева А.С., Черкасова М.В., Насонов Е.Л.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Применение активной терапии раннего ревматоидного артрита (рРА) в дебюте заболевания приводит к статистически значимому снижению активности заболевания, уровня острофазовых показателей и имеет хорошие отдаленные результаты.

Цель: изучить роль показателей цитокинового профиля в прогнозировании отдаленных результатов терапии рРА

Материал и методы

В анализ было включено 93 пациента с рРА. Всем больным назначалась терапия метотрексатом, при недостаточной эффективности — генно-инженерные биологические препараты. Концентрацию 27 цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-1РА, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-6, ИЛ-7, ИЛ-8, ИЛ-9, ИЛ-10, ИЛ-12, ИЛ-13, ИЛ-15, ИЛ-17, Eotaxin, FGF, MCP-1, MIP-1 α , MIP-1 β , PDGF-BB, IFN- γ , ФНО- α , G-CSF, GM-CSF, VEGF, IP-10, RANTES) в сыворотке крови определяли с помощью мультиплексной технологии xMAP.

Результаты/обсуждение

До начала терапии значения индексов активности были следующими (Me [ИР]): DAS28 — 5,31 [4,79; 6,14], SDAI — 28,27 [18,79; 40,73], CDAI — 25 [17; 36], — что соответствовало высокой воспалительной активности заболевания. Через 6 лет значения индексов активности были следующими: DAS28 — 4 [3,4; 4,59], SDAI — 15,06 [9,32; 21], CDAI — 15 [9; 21]; ремиссия заболевания была выявлена у 7,7%, низкая активность — у 21,1%, умеренная активность — у 60%, высокая активность — у 11,1% пациентов. Исходный уровень провоспалительных цитокинов, хемокинов и факторов роста у пациентов с РА был выше по сравнению со здоровыми донорами (пг/мл): ИЛ-6 — 46,7 [23,8; 101,7] и 7,8 [4,5; 13,1], ИЛ-12 — 48,4 [24,8; 99,2] и 5,8 [2,2; 9,9], ФНО- α — 59,1 [35,5; 157,6] и 38,9 [17,2; 64,9], IP10 — 5176,5 [2679,7; 8788,9] и 717,8 [188,7; 4064,8], MIP-1 β — 139,5 [114,5; 173,1] и 66 [49,4; 99,4], ИЛ-8 — 30,6 [24,7; 44,3] и 12,5 [4,8; 16,3], ИЛ-7 — 45,3 [29,7; 66,9] и 8,2 [0,5; 21,5], PDGF-BB — 5407,6 [3747,8; 8299,5] и 26024,5 [5854,8; 58715] соответственно ($p < 0,05$ между группами.) Через 6 лет пациенты были поделены на группы в зависимости от активности болезни. Среди больных, достигших ремиссии/низкой активности по SDAI и CDAI, наблюдались более низкие уровни ИЛ-6 (7,73 [7,4; 23,3] и 23,5 [12,4; 69,5]), ИЛ-17 (0,01 [0,01; 5,57] и 13,6 [0,01; 25,47]) соответственно через 3 и 6 месяцев от начала терапии по сравнению с пациентами с умеренной/высокой активностью — 23,5 [12,4; 69,5], 13,6 [0,01; 25,4], 18,5 [14,2; 22,8] и 2425 [2073; 3806] соответственно ($p < 0,05$ во всех случаях).

Выводы/заключение

Оценка уровней ИЛ-6, ИЛ-17, ИЛ-9, IP10 имеет большое значение в прогнозировании отдаленных результатов терапии рРА

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПО ДАННЫМ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА ОРЕЛ)

Рыбакова В.В., Авдеева А.С., Дибров Д.А., Насонов Е.Л.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Цель: проанализировать отдаленные результаты интенсивной терапии ревматоидного артрита в дебюте заболевания в реальной клинической практике (по данным общероссийского регистра больных ревматоидным артритом ОРЕЛ).

Материал и методы

В анализ были включены 93 пациента с ранним ревматоидным артритом. В дебюте заболевания больным назначалась терапия метотрексатом (МТ) подкожно (п/к)

в начальной дозе 10–15 мг/нед. с эскалацией дозы до 20–30 мг/нед. (в зависимости от переносимости). При сохранении высокой клинико-лабораторной активности осуществлялся перевод пациента на комбинацию п/к МТ с ингибиторами фактора некроза опухоли α (ФНО- α) (адалimumабом (АДА), или цертолизумаба пэголом (ЦЗП), или абатацептом (АБЦ)).

Результаты/обсуждение

На фоне терапии наблюдалось статистически значимое снижение активности заболеваний и уровня острофазовых показателей. Через 12 месяцев лечения значения индексов были следующими: DAS28-СОЭ – 2,76 [2; 3,7], SDAI – 5,34 [1,8; 9,7], CDAI – 5 [1,5; 9,5], – что соответствовало низкой активности заболевания; ремиссия была достигнута у 48,6%, низкая активность – у 17,5%, умеренная активность сохранялась у 31%, высокая активность – у 2,7% больных. Через 6 лет значение индексов активности составило: DAS28-СОЭ – 4 [3,4; 4,59], SDAI – 15,06 [9,32; 21], CDAI – 15 [9; 21]; ремиссия заболевания была выявлена у 7,7%, низкая активность – у 21,1%, умеренная активность – у 60%, высокая активность – у 11,1% пациентов. Отмена приема генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) при достижении ремиссии или низкой активности была возможна у 15 человек, отмена базисных противовоспалительных препаратов при достижении ремиссии – у 5 пациентов.

Выводы/заключение

Применение интенсивной терапии в дебюте РА имеет хорошие отдаленные результаты, позволяя добиться ремиссии/низкой активности заболевания примерно у 30% пациентов, оптимизировать лечение путем отмены ГИБП при достижении ремиссии или низкой активности заболевания, а у части больных – достичь и безлекарственной ремиссии.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Саидов Е.У., Хасанзода С.М., Охонова О.Д., Назаров Б.Д.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, Таджикистан)

Введение/цель

Кардиоваскулярная патология (КВП) коронарогенного генеза занимает лидирующую позицию среди непосредственных причин преждевременной летальности пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Цель: комплексная клинико-лабораторная и инструментальная оценка состояния кардиоваскулярной системы (КВС) у больных РА до начала активной контролируемой противовоспалительной терапии.

Материал и методы

В исследование включено 76 больных (61 женщина, 15 мужчин; медиана возраста – 52 года) РА с умеренной и высокой активностью (медиана DAS28 – 5,6), ранее не получавших базисные противовоспалительные препараты и глюкокортикоиды. Подавляющее большинство пациентов (83,8%) были позитивными по ревматоидному фактору (РФ), у 72 (94,7%) обследованных были выявлены антитела к циклическому цитруллинированному пептиду. Всем обследованным пациентам проведены анализ и оценка традиционных и «РА-ассоциированных» факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) с определением суммарного кардиоваскулярного риска

(КВП) по шкалам SCORE и SCORE/EULAR (2010), выполнены электро- и эхокардиография (ЭхоКГ), дуплексное сканирование сонных артерий с целью измерения толщины комплекса «интима – медиа» (КИМ) и наличия атеросклеротических бляшек (АТБ), всем проведено исследование состояния липидного спектра крови.

Результаты/обсуждение

Наиболее распространенными ФР развития ССО являлись артериальная гипертензия (53,7%) и дислипидемия (60,3%); наличие двух и более традиционных ФР отмечено у 64,2% пациентов с РА. Увеличение толщины КИМ определялось у 58,9%, АТБ – у 35,4% обследованных. Высокий риск развития ССО по шкале SCORE имел место у 28,8% обследованных с РА. При пересчете уровня суммарного КВП по шкале SCORE/EULAR процент больных РА с высоким риском развития ССО нарастал с 28,8 до 37,9%. Наиболее частыми ЭхоКГ-изменениями являлись: гипертрофия левого желудочка, диастолическая дисфункция левого желудочка, гемодинамически незначимая патология клапанов сердца, адгезивный перикардит и изменения аорты, которые были выявлены соответственно у 33 (43,2%), 36 (47,2%), 29 (37,9%), 20 (26,2%) и 28 (36,7%) обследованных пациентов с РА. У 34 пациентов с РА диагностированы клинические проявления КВП: стенокардия – у 18 (23,6%), постинфарктный кардиосклероз – у 9 (11,8%), инфаркт миокарда – 4 (5,2%), инсульт – 3 (3,9%).

Выводы/заключение

У пациентов с активным РА наблюдаются высокая частота встречаемости и широкий спектр КВП, в основе развития которых, по всей вероятности, лежат кумулятивный эффект и сложное взаимовлияние системного воспаления, традиционных ФР и фармакотерапии заболевания, что предполагает мультифакторный характер вовлечения КВС в орбиту иммунопатологических нарушений при активном РА.

ФЕНОМЕН КЛИНИЧЕСКОЙ ИНЕРЦИИ В ТЕРАПИИ ПОДАГРЫ

Сарапулова А.В., Теплякова О.В.

ООО МО «Новая больница» (Екатеринбург)

Введение/цель

Одной из причин неэффективной терапии подагры постулируется низкая «выживаемость» терапии из-за недостаточной комплаентности пациентов. Однако известно, что образование пациентов позволяет увеличить приверженность к терапии и достичь целевого уровня мочевой кислоты у 8 из 10 человек (Rees F., 2013), что свидетельствует, в том числе, о недостаточном качестве ведения пациентов. Так называемый феномен «клинической инерции» – неспособность начать или интенсифицировать терапию в соответствии с руководящими принципами, основанными на фактических данных, – представляется возможным объяснением такой ситуации.

Цель: оценить динамику ведения пациентов с подагрой в реальной клинической практике.

Материал и методы

Исследование проводилось в 2 этапа. На первом этапе в 2017 г. проведено добровольное анонимное анкетирование 97 врачей; на втором, в 2021 г., – 46 врачей, представленных в основном терапевтами и ревматологами, а также врачами других специальностей (хирурги, кардиологи, травматологи, неврологи). Вопросы затрагивали терапию подагры в острый и межприступный периоды и мнение врачей относительно комплаентности пациентов.

Результаты/обсуждение

Практически все врачи, ответившие на вопросы анкеты, указали на то, что проводят терапию подагры. Исключение составили врачи-неврологи на II этапе (всего – 6 человек), которые были исключены из анализа. При ответе на вопрос «Сколько пациентов с подагрой в среднем в месяц Вы наблюдаете?» на I этапе врачи указывали от 1 до 40 пациентов, на II – от 0,5 до 25. В качестве терапии обострения заболевания большинство врачей выбрали нестероидные противовоспалительные препараты: 100% – на I этапе, 86,9% – на II; колхицин профилактически применялся практически исключительно ревматологами: 38,9% – на I этапе, 100% – на II ($p=0,18$), – в то время как терапевты пользовались им достаточно редко: 1,7% – на I этапе, 20% – на II ($p=0,02$). Также 20% терапевтов на I этапе и 26,7% на II этапе использовали для «купирования приступа» препараты урат-снижающей терапии (УСТ) – аллопуринол и фебуксостат. Назначение УСТ на обоих этапах исследования было достаточно высоким и составило 100% для ревматологов и 75% и 93,3% соответственно для терапевтов. Время назначения терапии колебалось в среднем от 7 до 14 дней после приступа, сразу после обострения УСТ назначали 5% терапевтов на I этапе и 13,3% – на II; во время приступа – 20% и 13,3% терапевтов соответственно. Доза аллопуринола в практике колебалась в среднем от 100 до 300 мг/сут. – 61,1% ревматологов на I этапе и 100% на II; для терапевтов эти показатели составили 81,6% и 73,3% соответственно. Возможное использование дозы выше 300 мг указали лишь 38,9% ревматологов и 11,3% терапевтов на I этапе и 33% ревматологов и 13,3% терапевтов на II. Обращает на себя внимание, что в качестве причины такой дозы УСТ чаще всего указаны «существующие рекомендации» (!), побочные эффекты препаратов, контроль клиренса креатинина, а также предельно допустимая доза аллопуринола в 300 мг/сут. (!). Оценка «выживаемости» УСТ, по мнению ревматологов и терапевтов, составила соответственно 63,1% и 59,4% на I этапе и 55% и 54,3% на II этапе. При этом ожидание приступов у пациентов снизилось с 36,5% по оценке ревматологов и 49,1% по оценке терапевтов на I этапе до 10% и 28,75% соответственно на II этапе ($p=0,14$).

Выводы/заключение

Несмотря на некоторое увеличение числа врачей, использующих УСТ в терапии подагры, реальная клиническая практика представляется весьма инертной. На прежнем уровне сохраняются низкое использование колхицина для терапии и профилактики приступов, частое (26,7%) назначение УСТ для купирования острых приступов и невысокие средние дозы аллопуринола.

**ОНЛАЙН-ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ
КАК ИНСТРУМЕНТ ОКАЗАНИЯ
РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**
Сарапулова А.В., Теплякова О.В.

ООО МО «Новая больница» (Екатеринбург)

Введение/цель

Хорошо известно, что прием пациентов ревматологического профиля требует значительного количества времени и зачастую не способен ответить на все возникающие вопросы. Пандемия COVID-19 также вносит свой вклад в ограничение возможностей обращения к врачу. В этих условиях одним из инструментов оказания ревматологической помощи представляется активное использование дистанционных технологий, в частности проведение онлайн-школ для пациентов.

Цель: определить ценность проведения онлайн-школ для пациентов с ревматологическими заболеваниями или имеющих соответствующие жалобы.

Материал и методы

На базе Центра клинической ревматологии ООО МО «Новая больница» (Екатеринбург) было организовано проведение онлайн-школ для пациентов с ревматологическими заболеваниями и жалобами. Всего за 6 месяцев проведено 12 школ по основным ревматологическим патологиям, среди которых подагра, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, в которых суммарно приняли участие более 500 человек. Следует отметить, что запись всех школ посмотрели за полгода уже 34000 человек, но на вопросы анкеты отвечали только те, кто присутствовал на занятии. По итогам каждой школы слушателям было предложено ответить на вопросы об уровне удовлетворенности и ценности полученной информации. Опрос проводился с помощью Google форм. Всего получено 119 ответов.

Результаты/обсуждение

62,3% ответивших проживали в регионе проведения занятий, 37,7% оказались из других регионов России или других стран, причем важно отметить, что разница между категориями постоянно сокращается. 35,3% слушателей имели возраст 31–40 лет, доли других возрастных категорий от 20 до 70 лет (с шагом в 10 лет) оказались примерно равны между собой и составили от 12,8 до 18,5%; важным представляется факт, что 4 из ответивших были старше 70 лет. Подавляющее большинство (49,6%) узнали о проведении занятий из объявлений сотрудников в социальных сетях, 22,7% – на сайте больницы. 55,5% из слушателей указали, что имеют ревматологическое заболевание, четверть (25,5%) посетили занятие с профилактической целью. Значимость и полезность школы по шкале от 0 до 10 баллов 72,3% участников оценили в 10 баллов, еще 23,5% – от 7 до 9 баллов и по 1 участнику – в 3, 4 и 5 баллов. При ответе на вопрос «Изменится ли что-то в понимании своего заболевания или дальнейшей тактике после сегодняшнего занятия?» 49,6% слушателей ответили, что «планируют изменить свой образ жизни»; 28,6% ответили, что «слушали в связи с проблемами у родственников и поняли дальнейшую тактику», 20,2% – «понимают, что нужно прийти на очный прием» и 17,6% – «понимают, что нужно скорректировать лечение». Степень интереса, с которой преподаватель провел школу, 85,7% слушателей оценили в 10 баллов; 97,4% намерены посетить следующие мероприятия. При сравнении школы с ТВ-программами или подобными мероприятиями 81,5% отметили более высокий уровень по значимости информации и 85,7% – по доступности ее изложения. Все ответившие с высокой вероятностью готовы рекомендовать школы своим знакомым (86,6% – на 10 баллов), доверяют врачу, проводящему такие школы (94,1% – на 10 баллов), и обратились бы при возможности к данному врачу (89,9% – на 10 баллов). Также все участники активно отвечали на вопрос о желаемой тематике будущих занятий.

Выводы/заключение

Проведенная оценка онлайн-школ для пациентов подтверждает высокую удовлетворенность пациентов такой формой общения, наличие определенного «запроса» на подобный формат, понятность и доступность передаваемой информации. Важным итогом следует считать готовность пациентов к изменению образа жизни и понимание дальнейшей тактики действий.

ВЗАИМОСВЯЗАН ЛИ УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНОГО АМИЛОИДНОГО БЕЛКА А С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

Сахарова К.В., Черкасова М.В., Эрдес Ш.Ф.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Цель: изучить взаимосвязь уровня сывороточного амилоидного белка А (SAA) с показателями активности анкилозирующего спондилита (АС).

Материал и методы

В исследование было включено 124 пациента (70 мужчин и 54 женщины) с АС, соответствующих модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984). Все пациенты последовательно госпитализировались в клинику ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с февраля по ноябрь 2020 года. HLA-B27-положительными были 91,1% пациентов; средний возраст составил $38,1 \pm 12,9$ года, возраст начала заболевания – $23,5 \pm 9,9$ года. В дополнение к стандартному обследованию (медиана С-реактивного белка (СРБ) – $6,7 [1,4; 24,9]$ мг/л, скорости оседания эритроцитов (СОЭ) – $13 [7; 27]$ мм/ч) у всех пациентов исследовали уровень SAA нефелометрическим методом.

Результаты/обсуждение

Медиана SAA у 124 пациентов составила $12,5 [4; 71,6]$ мг/л. Среди них 31% имели нормальный уровень SAA (<5 мг/л), а 69% – более 5 мг/л. В 21 (17,5%) случае уровень SAA был повышен при нормальных уровнях СРБ, и только в 2 случаях наблюдалось повышение уровня СРБ при нормальных уровнях SAA. У 50 (40,3%) пациентов с нормальной СОЭ уровень SAA был повышен, а у 7 (5,6%) СОЭ превышала верхние пределы нормы при нормальном уровне SAA. Сравнение средних значений уровней SAA, СРБ, СОЭ у мужчин и женщин не выявило статистически значимых различий между ними. Уровень SAA слабо коррелировал с СОЭ ($r=0,2$; $p=0,002$) и BASDAI ($r=0,3$; $p=0,002$), умеренно – с ASDAS-CRP ($r=0,5$; $p<0,0001$), но показал сильную связь с СРБ ($r=0,80$; $p<0,00001$). Пациенты с повышенным уровнем SAA (>5 мг/л) имели более короткую продолжительность заболевания (10 и 12 лет; $p<0,0004$), более высокий уровень ASDAS-CRP (2,9 и 2,4; $p<0,003$), уровень CRP в крови (14,6 и 1,3; $p<0,00001$), а периферический артрит – статистически значимо чаще (60% и 39%; $p<0,05$), чем у пациентов с нормальными показателями.

Выводы/заключение

Уровень SAA хорошо коррелирует с показателями активности АС, особенно с уровнем СРБ, и может использоваться в качестве альтернативного показателя активности заболевания.

МОЖЕТ ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ СЫВОРОТОЧНЫЙ КАЛЬПРОТЕКТИН В КАЧЕСТВЕ АЛЬТЕРНАТИВНОГО БИОМАРКЕРА ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ СПОНДИЛОАТРИТАХ?

Сахарова К.В., Черкасова М.В., Эрдес Ш.Ф.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Большинство исследований показали, что уровень сывороточного кальпротектина (СКП) был повышен у пациентов со спондилоартритом по сравнению с группой контроля; также была отмечена взаимосвязь с активностью заболевания по уровню С-реактивного белка (СРБ)

и индексу BASDAI. В проводимых исследованиях было отмечено более выраженная чувствительность СКП по сравнению с СРБ при терапии ингибиторами фактора некроза опухоли альфа. Более того, определение уровня СКП может иметь потенциально прогностическое значение в выявлении пациентов с микроскопическим воспалением кишечника для проведения дальнейшего инструментального исследования. Однако результаты по изучению СКП неоднородны и требуют дальнейшего исследования.

Цель: изучить взаимосвязь уровня СКП при анкилозирующем спондилите (АС) с показателями активности заболевания.

Материал и методы

72 пациента (37 мужчин, 35 женщин) с АС (по данным mNYC, 1984) были последовательно госпитализированы в клинику ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с февраля по ноябрь 2020 г. Антиген HLA-B27 имели 86,1% пациентов. Средний возраст пациентов составил $39,5 \pm 13,3$ года, возраст начала заболевания – $23,8 \pm 10,8$ года. Лабораторные показатели (Ме [25-й; 75-й процентиля]): СРБ – $8 [3; 32]$ мг/л, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – $16 [7,5; 38,5]$ мм/ч, уровень сывороточного амилоидного белка А (SAA) – $14,5 [5,83; 71,95]$ мг/л. Обследования проводилось по рекомендациям ASAS. В дополнение к стандартному обследованию у всех пациентов исследовали СКП методом иммуноферментного анализа с помощью коммерческих наборов сывороток, с использованием микропланшетного ридера Tecan Sunrise (Швейцария). SAA исследовали нефелометрическим методом с использованием коммерческих наборов реагентов.

Результаты/обсуждение

Медиана СКП у 72 пациентов составила $4,19 [2,7; 7,4]$ мкг/мл. Сравнение средних значений уровней СКП, SAA, СРБ и СОЭ у мужчин и женщин не выявило статистически значимых различий между ними. Уровень корреляции СКП показал очень слабую отрицательную корреляцию ($r=-0,02$; $p<0,001$) с длительностью заболевания, слабую связь – с СОЭ ($r=0,2$; $p<0,001$), BASDAI ($r=0,16$; $p=0,2$) и ASDAS-CRP ($r=0,19$; $p<0,001$), умеренную корреляцию – с SAA ($r=0,5$; $p<0,001$) и СРБ ($r=0,42$; $p<0,001$). Пациенты с повышенным уровнем сывороточного кальпротектина ($>2,9$ мкг/мл) имели более длительную продолжительность заболевания (10 и 5 лет; $p=0,8$), более высокие уровень СРБ в крови ($15,4$ и $2,9$ мг/л; $p=0,0007$), уровень SAA ($25,3$ и $2,9$ мг/л; $p=0,0008$), а периферический артрит – статистически значимо чаще (70% и 30%; $p=0,001$), чем у пациентов с нормальными показателями СКП.

Выводы/заключение

Уровень СКП слабо коррелировал с индексами активности АС и СОЭ, имел умеренную силу связи с СРБ и SAA и может использоваться в качестве показателя активности заболевания.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА RS1800629 ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА В РУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Сахарова К.В., Самаркина Е.Ю., Крылов М.Ю., Гусева И.А., Эрдес Ш.Ф.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) ассоциирован с лейкоцитарным антигеном HLA-B27, однако среди его

носителей только у 1–5% развивается АС. Это указывает на существование других не-HLA-B27 генов, участвующих в формировании предрасположенности к этому заболеванию. Роль полиморфизма -308G/A (rs1800629) в промоторной области гена фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α) в предрасположенности к АС в русской популяции до сих пор не изучена.

Цель: изучить участие полиморфизма rs1800629 гена ФНО- α в предрасположенности к АС.

Материал и методы

В исследование были включены 122 больных с АС (70 мужчин и 52 женщины), их средний возраст составил $38,3 \pm 12,8$ года, средний возраст начала заболевания – $23,8 \pm 9,6$ года. Все пациенты имели диагноз АС, основанный на модифицированных Нью-Йоркских критериях. HLA-B27 имелся у 109 (89,3%) пациентов, периферические артриты – у 71 (58,2%), энтезиты – у 92 (75,4%), коксит – у 82 (67,2%). Все больные имели высокую степень (индекс BASDAI = $5,6 \pm 1,2$). Контрольную группу составил 301 здоровый донор крови, не имеющий любого аутоиммунного заболевания. Полиморфизмы 308G/A (rs1800629) были изучены с использованием аллель-специфической полимеразной цепной реакции в реальном времени (ПЦР-РВ).

Результаты/обсуждение

Обнаружены статистически значимые различия в частотах генотипов ($\chi^2=8,67$; $p=0,013$) и аллелей ($\chi^2=8,06$; $p=0,006$) полиморфизма -308G/A между пациентами и контрольной группой. Логистический регрессионный анализ показал, что присутствие не менее одного -308A аллеля в генотипе пациента снижало риск развития АС в 4,4 раза по сравнению с генотипом GG (отношение шансов (ОШ) – 0,44; $p=0,006$). Проведенный анализ установил статистически значимую ассоциацию -308G/A полиморфизма с наличием энтезитов. Все больные были разделены на две группы: с наличием энтезитов (Энтезит+) и без (Энтезит–). Частота встречаемости генотипов GG и GA в группе энтезит+ составляла 91,3% и 8,7% соответственно по сравнению с 70,0% и 30,0% в альтернативной группе. Носители генотипа GA имели в 2,2 раза ниже вероятность развития энтезита по сравнению с носителями генотипа GG (ОШ=2,2; $p=0,009$). Не выявлено ассоциаций -308G/A полиморфизма с другими клиническими фенотипами АС. Не установлено связи между показателями активности АС и полиморфизмом -308G/A гена ФНО- α .

Выводы/заключение

Полученные данные подтверждают участие полиморфизма rs1800629 гена ФНО- α в предрасположенности к АС и связь его с развитием у больных энтезитов.

ГЕПСИДИН КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ МАРКЕР ДИАГНОСТИКИ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Семашко А.С., Галушко Е.А., Лиля А.М.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Анемия хронического заболевания (АХЗ) и железодефицитная анемия (ЖДА) – две наиболее часто встречающиеся формы анемии у пациентов с ревматоидным артритом (РА). Диагностика этих состояний затрудняется при сочетании анемии хронического воспаления с истинной железодефицитной анемией (АХЗ/ЖДА), поскольку все еще не определен «золотой стандарт» дифференциальной диагностики. Терапия этих состояний различна,

поэтому необходимо разработать правильный подход к диагностике.

Цель: оценить клиническую эффективность гепсидина, ключевого регулятора метаболизма железа, в диагностике ЖДА, а также в дифференциальной диагностике АХЗ и АХЗ, ассоциированной с ЖДА, у пациентов с РА.

Материал и методы

В исследование было включено 96 пациентов с достоверным РА, у 67 из них диагностирована анемия, согласно критериям ВОЗ (гемоглобин – $104,3 \pm 21,4$ г/л). Пациенты с диагностированной анемией и пациенты без анемии с РА ($n=29$) были сопоставимы ($p>0,05$) по возрасту ($44,4 \pm 14,8$ и $49,8 \pm 9,3$ года), длительности заболевания ($73,5 \pm 65,4$ и $59,8 \pm 48,3$ мес.) и значению индекса DAS28 ($6,3 \pm 1,6$ и $5,9 \pm 1,9$ соответственно). Всем пациентам были проведены следующие исследования: общий анализ крови, определение уровней сывороточного С-реактивного белка, сывороточного интерлейкина 6, железа крови, растворимых трансферриновых рецепторов и гепсидина сыворотки крови. Пациенты с РА и анемией были разделены на две группы: 25 пациентов с ЖДА и 42 пациента с АХЗ. Пациенты с АХЗ были разделены на изолированную АХЗ и АХЗ, ассоциированную с дефицитом железа ($n=15$).

Результаты/обсуждение

Средняя сывороточная концентрация гепсидина была значительно выше у пациентов с диагностированной АХЗ ($123,85 \pm 25,8$ нг/мл) по сравнению с таковой у пациентов с ЖДА ($63,9 \pm 22,8$ нг/мл) и пациентов без анемии с РА ($88,1 \pm 39,09$ нг/мл). Кроме того, по сравнению с пациентами с АХЗ концентрация гепсидина в сыворотке была значительно снижена у пациентов с АХЗ, ассоциированной с ЖДА, ($79,0 \pm 23,97$ нг/мл).

Выводы/заключение

Определение уровня гепсидина может стать полезным инструментом для дифференциальной диагностики АХЗ и ЖДА, а также позволит выявлять дефицит железа у пациентов с АХЗ. Это может стать ключевым моментом при выборе терапии для этих пациентов.

Исследование выполнено в рамках темы № АААА-А19-119021190149-0.

ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ТРОМБОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Середавкина Н.В., Чельдиева Ф.А., Шумилова А.А., Решетняк Т.М.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

При системной красной волчанке (СКВ) интерпретация локальных тестов, оценивающих свертывающую систему крови, затруднена по ряду причин. С-реактивный белок (СРБ) может связывать фосфолипиды, вследствие чего очень высокие уровни СРБ могут ассоциироваться с удлинением активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени. Высокий уровень фибриногена может укорачивать эти тесты и вести к гиперкоагуляции. Присутствие в плазме волчаночного антикоагулянта (ВА) приводит к удлинению АЧТВ *in vitro*, и несмотря на это клинически отмечаются тромбозы. Тест тромбодинамики (ТД) может быть использован для выявления протромботического состояния и оценки влияния активности и характера течения болезни на процесс гиперкоагуляции.

Цель: сравнить показатели ТД и коагулограммы у больных СКВ.

Материал и методы

Исследование ТД и коагулограммы было выполнено 45 больными СКВ и 12 здоровым лицам группы контроля (К), сопоставимым по полу и возрасту. У 22 (49%) больных СКВ имелся антифосфолипидный синдром (АФС). Пациенты были разделены на 4 группы: 1-я группа – 9 больных СКВ с высокой активностью (SLEDAY>12); 2-я группа – 14 больных СКВ с низкой активностью (SLEDAY<6); 3-я группа – 12 больных СКВ+АФС с высокой активностью (SLEDAY>12) и высокопозитивными антифосфолипидными антителами (аФЛ); 4-я группа – 10 больных СКВ+АФС с низкой активностью (SLEDAY<6) и негативными аФЛ. Пациенты 1-й, 2-й групп и группы К не получали антикоагулянты (АК). В 3-й и 4-й группах все больные получали АК.

Результаты/обсуждение

Наиболее значимый показатель ТД – скорость образования тромботического сгустка – у пациентов 3-й и 4-й групп был ниже, чем у больных 1-й, 2-й групп и группы К: 44,2 [32,4; 50,1] и 46,3 [35,3; 48,7] против 51,1 [44,9; 51,9], 55,8 [53,8; 61,9] и 53,0 [50,8; 56,9] мкм/мин соответственно ($p<0,001$). Плотность сгустка была максимальной в 1-й группе и составляла 25563 усл. ед. Образование спонтанных сгустков было зарегистрировано только во 2-й группе. Среднее время образования – 24 мин. Остальные показатели ТД (размер сгустка через 30 мин, задержка роста) были сопоставимы в группах. Как и ожидалось, АЧТВ было выше в 3-й и 4-й группах, чем в 1-й и 2-й, и ассоциировалось с назначением антикоагулянтов: 32,1 [30,0; 40,1] и 40,2 [33,7; 55,7] против 27,0 [26,1; 28,8] и 27,9 [27,5; 28,5] с соответственно ($p<0,001$). Уровень фибриногена был самым высоким в группе СКВ с высокой активностью (4,62 [4,28; 5,25] г/л; $p<0,05$), что свидетельствует об активации системы гемостаза и обуславливает высокий риск тромбоза. Максимальное значение тромбинового времени (109,9 [96,7; 116,6] с) было зарегистрировано в 4-й группе у пациентов, получавших дабигатран, что отражает их высокую комплаентность. Повышение растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) встречалось у 91% больных СКВ и у 25% лиц группы К ($p=0,01$). Анализ результатов ТД показал, что в 3-й и 4-й группах гипокоагуляция выявлялась в 33% и 20% случаев соответственно. Частота нормокоагуляции и гиперкоагуляции в группах была сопоставимой. Состояние тромботической готовности было выявлено только в 3-й группе (22%).

Выводы/заключение

Повышение уровня фибриногена и РФМК ассоциируется с высокой активностью СКВ. По данным тромбодинамики, состояние тромботической готовности чаще встречается у больных с низкой активностью СКВ. Тест тромбодинамики – эффективный метод диагностики системы гемостаза и может применяться у больных СКВ и АФС.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ОСТЕОАРТРИТ И ЛЕПТИН: ВЗАИМОСВЯЗИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ОЖИРЕНИЯ

Стребкова Е.А., Алексеева Л.И.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

В патогенезе метаболического фенотипа остеоартрита (ОА) ключевую роль играют ожирение и метаболический

синдром (МС). Ожирение представляет собой процесс низкоуровневого воспаления, который связан с синтезом провоспалительных медиаторов (адипокинов). Лептин – адипокин, который участвует в патогенезе как ожирения, так и остеоартрита.

Цель: оценить взаимосвязь лептина с клиническими проявлениями ОА и различными компонентами МС на фоне терапии ожирения.

Материал и методы

В исследование включено 50 женщин в возрасте от 45 до 65 лет с ОА коленных суставов II–III стадии по Келлгрэну – Лоуренсу и ожирением (ИМТ>30 кг/м²). Средний возраст пациенток составил 56,5±5,9 года, средняя длительность заболевания – 7,4±3,9 года. В 62% случаев выявлялся МС. Больные были рандомизированы в 2 группы в зависимости от проводимой терапии ожирения. 1-я группа ($n=25$) принимала орлистат 120 мг 3 раза в сутки в сочетании с гипокалорийной диетой и выполнением физических упражнений в течение 6 мес. 2-я группа ($n=25$) находилась на немедикаментозной терапии ожирения (диета в сочетании с физическими упражнениями). Группы были сопоставимы по клиническим параметрам. Клиническое течение ОА оценивалось по индексу WOMAC и визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Определялись антропометрические данные (рост, вес). Всем пациентам исходно и через 6 мес. проводилось лабораторное обследование: биохимический анализ крови и уровень лептина методом ПЦР в периферической крови.

Результаты/обсуждение

Высокие показатели лептина ($p=0,001$) определялись у пациентов с наличием более 3 компонентов МС. Корреляционный анализ показал прямые взаимосвязи высоких уровней лептина с выраженностью боли в коленных суставах по WOMAC ($r=0,36$; $p=0,02$) и ВАШ ($r=0,51$; $p=0,01$). Через 6 мес. медикаментозной терапии ожирения у больных 1-й группы достигнуто статистически значимое снижение массы тела на 10,1% ($p<0,05$), улучшены показатели индекса WOMAC: боль снизилась на 52,5% ($p<0,05$), скованность – на 48% ($p<0,05$), функциональная недостаточность (ФН) – на 51,6% ($p<0,05$). У пациентов 2-й группы масса тела снизилась статистически не значимо на 0,8% ($p>0,05$), отмечено ухудшение показателей клинических проявлений ОА по WOMAC по сравнению с 1-й группой ($p<0,05$). В 1-й группе у 24% пациентов на фоне статистически значимого снижения массы тела отмечено снижение количества компонентов МС. Во 2-й группе у 12% пациентов зарегистрировано повышение компонентов МС. У пациентов 1-й группы на фоне статистически значимого снижения массы тела отмечено снижение уровня лептина ($p=0,05$), в отличие от больных без потери веса на фоне проведенной немедикаментозной терапии ($p=0,64$). Мы обнаружили прямые корреляционные связи снижения уровня лептина и показателей индекса WOMAC (боль, скованность, ФН, суммарный WOMAC) ($r=0,5$, $p=0,01$; $r=0,4$, $p=0,04$; $r=0,4$, $p=0,03$ и $r=0,5$, $p=0,01$ соответственно). У пациентов со снижением количества компонентов МС обнаружены статистически значимо более низкие показатели лептина ($p=0,01$).

Выводы/заключение

Лептин является предиктором более тяжелого течения метаболического фенотипа ОА. Высокие уровни лептина наблюдались при большем количестве компонентов МС и ассоциировались с выраженностью боли в коленных суставах. На фоне статистически значимого

снижения массы тела мы наблюдали снижение уровня лептина, снижение числа компонентов МС, улучшение клинических проявлений ОА. Таким образом, терапия ожирения у пациентов с метаболическим фенотипом ОА и другие интервенции, направленные на снижение уровня лептина, могут способствовать уменьшению прогрессирования ОА коленных суставов.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И ОХВАТА ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Сороцкая В.Н.¹, Вайсман Д.Ш.², Плахова А.О.¹, Халмурадова Б.Б.¹

¹ФГБОУ ВО ТулГУ (Тула);

²ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России (Москва)

Введение/цель

Болезни костно-мышечной системы (БКМС) – это группа заболеваний из XII класса по МКБ-10, поражающая кости, суставы, мышцы и соединительную ткань.

Материал и методы

Для исследования были использованы сборники Министерства здравоохранения Российской Федерации «Заболеваемость населения России» за 2010–2019 гг., а также формы федерального статистического наблюдения № 12 за 2016–2019 гг. Производились расчеты показателей динамического ряда.

Результаты/обсуждение

Анализ показал, что общая заболеваемость взрослого населения Тульской области БКМС снизилась с 16503,6 в 2010 г. до 14854,2 на 100 тыс. населения в 2019 г. (темп убыли – 10,0%), в то время как общая заболеваемость взрослого населения Российской Федерации БКМС увеличилась с 13653,7 в 2010 г. до 14696,8 на 100 тыс. населения в 2019 г. (темп прироста – 7,3%). Первичная заболеваемость взрослого населения Тульской области БКМС снизилась с 2970,0 в 2010 г. до 2797,5 на 100 тыс. населения в 2019 г. (темп убыли – 5,8%), первичная заболеваемость взрослого населения Российской Федерации БКМС также снизилась с 3176,4 в 2010 г. до 2917,4 на 100 тыс. населения в 2019 г. (темп убыли – 8,2%). Удельный вес пациентов с БКМС, взятых под диспансерное наблюдение, в Тульской области возрос с 36,0% в 2016 г. до 40,5% в 2019 г. (темп прироста – 12,5%), в Российской Федерации – возрос с 33,3% в 2016 г. до 36,7% в 2019 г. (темп прироста – 10,1%).

Выводы/заключение

Таким образом, в Тульской области показатели и общей, и первичной заболеваемости взрослого населения БКМС имеют тенденцию к снижению (темпы убыли составили 10,0% и 5,8% соответственно). Показатель общей заболеваемости взрослого населения Российской Федерации БКМС увеличился (темп прироста – 7,3%), а показатель первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации БКМС снизился (темп убыли – 8,2%). Доля пациентов из взрослого населения, страдающих БКМС и взятых под диспансерное наблюдение, увеличилась как в Тульской области, так и в Российской Федерации (темпы прироста – 12,5% и 10,1% соответственно), что свидетельствует об увеличении охвата пациентов с этой патологией диспансерным наблюдением.

ОСТЕОАРТРИТ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ?

Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А., Тельшев К.А., Шарапова Е.П., Аникин С.Г., Кудинский Д.М., Алексеева Л.И., Лиля А.М.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Цель: оценить взаимосвязь артериальной гипертензии (АГ) с течением остеоартрита (ОА) коленных суставов.

Материал и методы

В проспективное исследование включено 109 женщин в возрасте 38–75 лет с достоверным диагнозом ОА (согласно критериям ACR) коленных суставов I–III стадии (по Келлгрэну – Лоуренсу), подписавших информированное согласие. Средний возраст пациенток составил 59,3±8,7 года (от 38 до 74 лет), длительность заболевания – 7 (4–12) лет. Средние значения индекса массы тела (ИМТ) соответствовали ожирению (30,9±5,4 кг/м²), объем талии (ОТ) – 94,4±11,7 см. На каждую больную заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), значения индексов WOMAC, KOOS и DN4, сопутствующие заболевания. Всем пациенткам проводились стандартная рентгенография коленных суставов, лабораторное обследование.

Результаты/обсуждение

Артериальная гипертензия диагностирована у 69,7 % пациенток с ОА. По наличию или отсутствию АГ пациенты были распределены в 2 группы. Больные с АГ были старше, имели большие ИМТ и ОТ, большую длительность менопаузы и статистически значимо более раннее ее наступление ($p < 0,05$). При АГ было отмечено более тяжелое течение ОА: выше значения боли по ВАШ, суммарного WOMAC и всех его составляющих, DN4, хуже показатели суммарного KOOS ($p < 0,05$). При рентгенологическом обследовании регистрировалась тенденция к статистически значимому большему сужению медиальной суставной щели ($p = 0,07$), при лабораторном обследовании – большие значения С-реактивного белка (СРБ), скорости оседания эритроцитов (СОЭ), ИЛ-6 и лептина ($p < 0,05$). В корреляционном анализе по Спирмену подтверждены положительные ассоциации ($p < 0,05$) между АГ и более тяжелым, длительным течением ОА ($r = -0,39$; $p < 0,01$). Так, у пациентов с АГ отмечаются более высокие значения боли по ВАШ ($r = 0,31$; $p < 0,01$), суммарного WOMAC ($r = 0,31$; $p < 0,01$) и всех его составляющих (боль ($r = 0,33$; $p < 0,01$), функциональная недостаточность ($r = 0,3$; $p < 0,01$) и скованность ($r = 0,24$; $p < 0,01$), DN4 ($r = 0,24$; $p = 0,01$)), более высокие показатели суммарного KOOS ($r = -0,42$; $p < 0,01$) и общей оценки состояния здоровья ($r = 0,23$; $p = 0,02$), чаще определяются более продвинутой стадией ОА ($r = 0,24$; $p = 0,03$) и синовит ($r = 0,23$; $p = 0,01$). Кроме того, выявлены позитивные взаимосвязи с СРБ ($r = 0,31$; $p < 0,01$), ИЛ-6 ($r = 0,3$; $p = 0,03$), СОЭ ($r = 0,3$; $p = 0,02$). При рассмотрении традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) подтверждены положительные взаимосвязи между АГ и возрастом ($r = 0,39$; $p < 0,01$), длительностью менопаузы ($r = 0,39$; $p < 0,01$), ОТ ($r = 0,37$; $p < 0,01$), лептином ($r = 0,35$; $p = 0,01$), наличием гипертриглицеридемии ($r = 0,35$; $p = 0,01$) и сердечно-сосудистыми рисками по SCORE ($r = 0,26$; $p = 0,02$).

Выводы/заключение

Таким образом, нами было выявлено, что на АГ у пациентов с ОА коленных суставов влияет множество переменных, связанных как с традиционными факторами ССЗ,

так и с самим ОА. При этом выявленные корреляции примерно равнозначны по силе. Полученные результаты требуют дальнейшего изучения, и, возможно, профилактические мероприятия, направленные на снижение традиционных факторов риска болезней системы кровообращения, или коррекция имеющихся ССЗ будут способствовать более благоприятному течению ОА.

ОСТЕОАРТРИТ И ГИПЕРУРИКЕМИЯ: ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ?

Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А., Шарипова Е.П., Тельшев К.А., Аникин С.Г., Бибулатова Ф.Х., Алексеева Л.И., Лила А.М.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Цель: оценить взаимосвязь гиперурикемии (ГУ) с течением остеоартрита (ОА) коленных суставов и компонентами метаболического синдрома (МС).

Материал и методы

В проспективное исследование включено 107 женщин в возрасте 40–75 лет с достоверным диагнозом ОА (согласно критериям ACR) коленных суставов I–III стадии (по Келлгрэну – Лоуренсу), подписавших информированное согласие. Средний возраст пациенток составил $59,1 \pm 8,9$ года (от 38 до 74 лет), длительность заболевания – 9 (4–12) лет. Средние значения индекса массы тела (ИМТ) соответствовали ожирению ($30,6 \pm 5,7$ кг/м²), объем талии (ОТ) – $93,9 \pm 12,1$ см. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), сопутствующие заболевания. Всем пациенткам проводились стандартная рентгенография коленных суставов, денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра, лабораторное обследование.

Результаты/обсуждение

Гиперурикемия диагностирована у 26,2% пациентов. Пациенты с ГУ имели большие ИМТ и ОТ ($p < 0,05$), при рентгенологическом обследовании у них были выявлены статистически значимо большие размеры остеофитов ($p = 0,02$) и меньшие размеры медиальной щели коленного сустава ($p = 0,02$), при этом пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту и длительности ОА. По данным денситометрии, при наличии ГУ отмечались статистически значимо более высокие значения минеральной плотности кости (МПК) в поясничном отделе позвоночника (L_1-L_4) и в бедре в целом ($p < 0,05$). Метаболический синдром (МС) почти в 2 раза чаще диагностировался при ГУ (83,3% против 49,2%; ОР=1,71; 95% ДИ: 1,21–2,36). При лабораторном исследовании у пациентов с ГУ регистрировались более высокие концентрации С-реактивного белка (СРБ), олигомерного матриксного белка хряща (СОМР), лептина, триглицеридов (ТГ), креатинина, аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспаратаминотрансферазы (АСТ). Анализ корреляций по Спирмену подтвердил корреляции между ГУ и ИМТ ($r = 0,22$; $p = 0,03$), ОТ ($r = 0,26$; $p = 0,02$), МС ($r = 0,29$; $p = 0,01$) и ишемической болезнью сердца ($r = 0,21$; $p = 0,04$). Кроме того, выявлена взаимосвязь ГУ с рентгенологической стадией ОА коленных суставов ($r = 0,34$; $p = 0,02$), размерами медиальных остеофитов в области бедренной кости (мм) ($r = 0,37$; $p = 0,01$) и медиальной щелью

коленного сустава (мм) ($r = -0,27$; $p = 0,01$), МПК в L_1-L_4 ($r = 0,37$; $p = 0,03$) и в бедре в целом ($r = 0,37$; $p = 0,04$). Отмечены также статистически значимые позитивные ассоциации со следующими лабораторными показателями: СРБ ($r = 0,27$; $p = 0,007$), СОМР ($r = 0,25$; $p = 0,05$), лептин ($r = 0,29$; $p = 0,03$), креатинин ($r = 0,45$; $p < 0,0001$), ТГ ($r = 0,44$; $p = 0,0001$), АЛТ ($r = 0,32$; $p = 0,002$), АСТ ($r = 0,25$; $p = 0,02$).

Выводы/заключение

Гиперурикемия, возможно, является усугубляющим предиктором не только таких ассоциированных с МС заболеваний, как ожирение, дислипидемия, но и ОА. Так, при высоких значениях мочевой кислоты отмечаются более продвинутые рентгенологические стадии ОА, высокие значения МПК осевого скелета и повышенные значения СРБ и СОМР. В связи с этим лечебные интервенции ОА у пациентов с ГУ должны быть направлены также и на снижение концентрации мочевой кислоты, что, возможно, обеспечит замедление прогрессирования заболевания.

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ РЕВМАТОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Теплякова О.В., Сарапулова А.В.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (Екатеринбург)

Введение/цель

В условиях пандемии COVID-19 необходимо было найти альтернативные методы, позволяющие с наименьшими потерями перевести очное обучение в цифровую образовательную среду. Ревматология является разделом медицины, в котором ведущее значение приобретает сбор анамнеза, осмотр пациента и оценка данных дополнительного исследования, что может быть продемонстрировано в дистанционном формате.

Цель: представить опыт преподавания ревматологии студентам V–VI курсов лечебно-профилактического факультета (ЛПФ) в дистанционном формате.

Материал и методы

На занятия по модулю «ревматология» в рамках дисциплины «поликлиническая терапия» (V–VI курсы ЛПФ) приглашались пациенты, которым требовалась консультация специалиста-ревматолога. Ни преподаватель, ни студенты заранее не были знакомы с историей болезни. После получения информированного согласия преподаватель проводил специализированный амбулаторный прием, за которым студенты наблюдали дистанционно. После сбора анамнеза, осмотра пациента и ознакомления с медицинскими документами и преподаватель, и студенты оформляли заключение. Последние отсылали его преподавателю, что позволяло оценить их уровень знаний. Только после этого преподаватель беседовал с пациентом, объясняя диагноз и дальнейшую лечебно-диагностическую тактику. До и после окончания модуля проведено добровольное анонимное онлайн-анкетирование, в котором приняли участие соответственно 156 и 119 студентов одних и тех же академических групп. В представленных результатах различия $p < 0,05$ приняты за статистически значимые, статистически не значимые результаты указаны как «нз».

Результаты/обсуждение

Самооценка знаний по разным аспектам ревматологии проводилась по 5-балльной шкале до и после проведения цикла. Получены результаты по следующим

показателям: «вопросы протекции в ревматологии» – $2,73 \pm 1,17$ балла до и $3,79 \pm 1,06$ балла после обучения ($p < 0,005$); «остеоартрит» – $2,75 \pm 1,17$ и $3,22 \pm 1,05$ балла соответственно (нз); «заболевания околосуставных мягких тканей» – $2,46 \pm 1,18$ и $3,66 \pm 1,11$ балла соответственно ($p < 0,005$); «остеопороз» – $2,81 \pm 1,17$ и $3,76 \pm 1,21$ балла соответственно ($p < 0,005$); «подагра» – $3,08 \pm 1,19$ и $3,50 \pm 1,21$ балла соответственно (нз); «ревматоидный артрит» – $2,96 \pm 1,19$ и $3,35 \pm 1,18$ балла соответственно (нз); «анкилозирующий спондилоартрит» – $2,71 \pm 1,18$ и $2,87 \pm 1,27$ балла соответственно (нз); «диффузные болезни соединительной ткани» – $2,76 \pm 1,16$ и $2,50 \pm 1,26$ балла соответственно (нз); «системные васкулиты» – $2,44 \pm 1,23$ и $3,43 \pm 1,38$ балла соответственно ($p < 0,005$); «психосоматическая патология и фибромиалгия» – $2,15 \pm 1,33$ и $3,78 \pm 1,06$ балла соответственно ($p < 0,005$). До начала занятий на интерес к ревматологии указали только 21,2% учащихся. После проведенного цикла 29,4% студентов отметили, что ранее они считали, что разбираются в ревматологии гораздо лучше, чем оказалось на самом деле; для 79,8% студентов цикл оказался очень полезным для приобретения новых знаний и умений; 60,5% учащихся было полезно посмотреть на коммуникативные навыки преподавателя; 66,4% впервые увидели пациентов с рядом заболеваний; 32,8% очень заинтересовала ревматология; 42,0% стали понимать, что такое клиническое мышление. Удовлетворенность такой формой образования оказалась равной $8,66 \pm 1,74$ балла (из 10 возможных). Представленные данные продемонстрировали возможность приобретения студентами новых знаний по наиболее значимым в общеврачебной практике ревматологическим заболеваниям даже в условиях дистанционного образования. Данный формат удовлетворил большую часть обучающихся и повлиял у трети студентов на возросший интерес к ревматологии.

Выводы/заключение

Несмотря на вынужденное дистанцирование студентов от пациентов, возможно разработать методику образования, позволяющую реализовать обучение по разделу ревматология.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИБРОМИАЛГИИ У ЖЕНЩИН

Теплякова О.В.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (Екатеринбург)

Введение/цель

Распространенность фибромиалгии (ФМ) составляет около 3,5–5% в популяции, однако на ревматологическом приеме доля пациентов, страдающих ФМ, может достигать 14%. Известно, что в патогенез ФМ вносят вклад сосудистые, нейрогуморальные и психологические факторы, значимость которых может варьировать в разных возрастных группах.

Цель: установить особенности клинической картины ФМ у женщин разных возрастных групп.

Материал и методы

В работу включены 128 женщин, страдающих ФМ, диагноз которой основывался на критериях ACR (2016), из них 47 женщин относились к группе молодого возраста (18–45 лет), 47 – к группе среднего возраста (46–59 лет), 34 – к группе пожилого и старческого возрастов (60 лет и старше). Опросник был расширен за счет сбора данных о выраженности боли (оценка по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в покое и при движениях), наличии соматических симптомов (критерии ACR, 2010),

назначенной ранее терапии. Кроме того, все пациентки заполняли госпитальную анкету тревоги и депрессии (HADS; максимум – 21 балл по каждой шкале).

Результаты/обсуждение

Для молодых пациенток с ФМ наиболее типичными признаками, значимо отличающими их от других групп, явились тревожность ($10,5 \pm 4,1$ балла), преобладание гастроинтестинальных симптомов (синдром раздраженного кишечника – 77,7%, тошнота – 44,4%, запоры – 46,7%), усталости – 86,7%, нервозности – 77,8%, головокружений – 60,0%. Также данная группа акцентировала внимание на наличии разнообразных высыпаний – 20,0%. Пациентки среднего возраста предъявляли преимущественно жалобы на общую дезадаптацию, что проявлялось самыми выраженными изменениями по шкалам когнитивных нарушений и отсутствия чувства отдыха после сна (соответственно $1,51 \pm 0,9$ и $2,26 \pm 0,9$ балла из максимальных 3 баллов). 57,8% отмечали наличие проблем с мышлением, 57,6% указали на наличие нарушений зрения. У больных в возрасте 60 лет и старше в клинической картине преобладал болевой синдром. Выраженность боли при движениях оказалась максимальной именно в данной группе ($60,0 \pm 21,3$ балла по ВАШ) так же, как и число зон тела, в которых пациентки чувствовали боль ($11,4 \pm 4,3$ из 19 возможных). Кроме того, в этой группе наиболее значимыми были тревожные и депрессивные нарушения (соответственно $10,4 \pm 4,4$ и $8,9 \pm 4,2$ балла по HADS), а также симптомы астенизации – мышечная слабость (в 76,7% случаев), бессонница (в 61,8%), нарушение общего здоровья ($63,5 \pm 20,3$ балла по ВАШ). При наблюдении пациенток в общеклинической сети еще до постановки диагноза ФМ женщинам среднего возраста по поводу предъявляемых ими жалоб достаточно часто назначали антидепрессанты (42,2%), а пожилым пациенткам – нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (52,9%).

Нами установлено наличие определенных различий клинических проявлений ФМ у пациенток разных возрастных групп: у молодых на первый план выходят тревожные нарушения и жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, в группе лиц среднего возраста – когнитивные проблемы, а среди больных пожилого возраста наиболее выражены болевой, тревожно-депрессивный и астенический синдромы.

Выводы/заключение

Клиническая картина ФМ может различаться в разных возрастных группах. К сожалению, данное заболевание плохо распознается у лиц пожилого возраста, свидетельством чему является частое назначение нецелевых препаратов – НПВП.

ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Тремаскина П.О., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В., Урумова М.М.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Раннее начало терапии псориатического артрита (ПсА) является фактором благоприятного прогноза течения заболевания, а также снижает риск инвалидизации пациентов.

Цель: представить клинический случай прогрессирующего естественного течения ПсА в отсутствие лечения в течение первых 4 лет заболевания.

Материал и методы

Большой Ф., 29 лет, страдает псориазом с 2011 года; дебют ПсА – с 2017 года, с дактилитов стоп. В 2019 г. присоединились боли воспалительного ритма в шейном отделе позвоночника. Пациент не обращался к врачам, а также не получал терапию в течение первых 4 лет заболевания. Впервые консультирован ревматологом в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в январе 2021 г. с жалобами на боли и ограничение движений в шейном отделе позвоночника, плечевых суставах, боли в мелких суставах кистей и стоп. В анализах крови: скорость оседания эритроцитов – 56 мм/ч, С-реактивный белок – 28,9 мг/л. МРТ: активный двусторонний сакроилеит; рентгенологическая картина сакроилеита 3-й степени с двух сторон. При осмотре выявлены распространенный псориаз кожи (BSA – 75%; PASI – 18), псориагическая ониходистрофия кистей и стоп, артриты с ограничением движений в плечевых суставах, деформация отдельных суставов кистей и стоп. Установлен диагноз псориагический спондилит; назначена терапия: аркоксиа 90 мг/сут., метотрексат (МТ) 15 мг/нед. подкожно (п/к), без значимого эффекта.

Результаты/обсуждение

В ходе госпитализации в апреле 2021 г. число болезненных суставов – 7, число припухших суставов – 3, хронические дактилиты пальцев стоп. При осмотре практически отсутствовало движение в шейном отделе позвоночника (ротация до 10°, расстояние «подбородок – грудина» – 6 см), экскурсия грудной клетки – 2 см. Обращала на себя внимание низкая оценка болевого синдрома пациентом (30 мм по визуально-аналоговой шкале), в связи с чем оценка по индексу DAPSA составила 17 баллов. Дополнительное обследование в стационаре выявило множественные эрозии кистей и стоп, анкилоз 5-го дистального межфалангового сустава левой кисти по данным рентгенографии, активный спондилит тел Th₄ и Th₅ позвонков на МРТ грудного отдела позвоночника. Учитывая высокую активность ПсА, тяжелые структурные изменения в суставах и позвоночнике, пациенту была инициирована терапия генно-инженерными биологическими препаратами – ингибитором ИЛ-17А.

Выводы/заключение

Данный клинический случай демонстрирует прогрессирующий характер течения ПсА в отсутствие своевременной диагностики заболевания и лечения. Внедрение принципов стратегии «*treat-to-target*» на ранней стадии ПсА является обоснованным и может приводить к снижению инвалидизации больных.

**ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДХОДА
«ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ»
У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ
АРТРИТОМ В ДОЛГОСРОЧНОЙ
ПЕРСПЕКТИВЕ**

**Тремаскина П.О., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В.,
Глухова С.И., Лиля А.М.**
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Ранее была доказана эффективность стратегии «*treat-to-target*» (Т2Т, лечение до достижения цели) при лечении псориагического артрита (ПсА) [1]. Оценка результатов лечения согласно концепции Т2Т в долгосрочной перспективе представлена в единичных исследованиях [2].

Цель: оценить активность ПсА у пациентов, лечившихся согласно стратегии Т2Т на ранней стадии заболевания.

Материал и методы

В исследование включено 37 пациентов с ПсА (19 женщин и 18 мужчин), удовлетворяющих критериям CASPAR (2006); средний возраст – 43,3±11,7 года, медиана (Ме) длительности ПсА – 72 [60; 90] мес., Ме наблюдения – 62 [51; 81] мес. Пациенты лечились на ранней стадии ПсА в течение 24 мес. согласно принципам стратегии Т2Т. После окончания наблюдения пациенты лечились «по требованию» в зависимости от активности заболевания в соответствии с клиническими рекомендациями. Оценивалась активность ПсА по индексу DAPSA (≤4 – ремиссия; ≤14 – низкая активность болезни (НАБ); ≤28 – умеренная активность (УАБ); >28 – высокая активность (ВАБ)) и достижению минимальной активности болезни (МАБ) на сроках 24 мес. и 5 лет наблюдения. Результаты представлены в виде: средние значения, дельта, медиана, верхний и нижний квартиль.

Результаты/обсуждение

В срок 24 мес. DAPSA-ремиссия наблюдалась у 20 из 37 (54%) пациентов, НАБ по DAPSA – у 5 (14%), УАБ по DAPSA – у 6 (16%), ВАБ по DAPSA – у 6 (16%), Ме DAPSA – 3,85 [0,67; 21,76]. Через 5 лет наблюдения DAPSA-ремиссия наблюдалась у 13 из 37 (35%) пациентов, НАБ по DAPSA – у 13 (35%), УАБ по DAPSA – у 5 (14%), ВАБ по DAPSA – у 6 (16%), Ме DAPSA – 7,67 [2,2; 14,5]. Из 20 пациентов, находившихся в состоянии ремиссии на сроке 24 мес., только 6 человек сохранили статус ремиссии к настоящему моменту (5 лет наблюдения).

Выводы/заключение

Лечение согласно стратегии показало свою эффективность в отношении активности ПсА. 70% больных спустя 5 лет лечения находятся в статусе ремиссии и низкой активности ПсА. Требуются дальнейшие исследования по оценке эффективности подхода Т2Т на большей когорте больных.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА
И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПЕРИОДЕ
РУБЦЕВАНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

Филимонова О.Г.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России (Киров)

Введение/цель

Цель: описать клинический случай геморрагического васкулита (ГВ), ассоциированного с гепатитом В, у пациента с недавно перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) без Q.

Материал и методы

Пациент И., 59 лет, в конце апреля 2018 г. перенес мелкоочаговый ИМ переднеперегородочной, верхушечной области, во время госпитализации в кардиоцентр был обнаружен НВс антиген в крови. Консультирован инфекционистом, специфическая противовирусная терапия гепатита не показана. В начале июня 2018 г. появились высыпания на коже, припухали коленные суставы, беспокоили кратковременные боли в них, усилились отеки на ногах. Обратился к кардиологу, направлен на стационарное лечение в кардиологическое отделение в связи с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН). Несмотря на активную диуретическую терапию в течение 10 дней, отеки сохранялись, высыпания стали обильнее, сливные, в крови появилась анемия (гемоглобин – 94–100 г/л), повышение трансаминаз в 2 раза. Пациент был направлен на консультацию к ревматологу.

Результаты/обсуждение

При объективном осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Дыхание в легких везикулярное, без хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пастозность голеней, отеки стоп. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и диурез в норме. Локальный статус: геморрагические высыпания на голенях, местами сливные; на бедрах, ягодицах, боковых поверхностях живота — немногочисленные. Суставы безболезненны, движения в них в полном объеме. Отеки стоп. В общем анализе крови: гемоглобин — 108 г/л; эритроциты $3,64 \times 10^{12}/л$; цветовой показатель — 0,9; ретикулоциты — 6%; лейкоциты, СОЭ — в пределах нормы. Биохимические показатели: снижение скорости клубочковой фильтрации до 60 мл/мин; креатинин — 115 мкмоль/л; сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки — в пределах нормы. В анализе мочи по Нечипоренко лейкоциты в пределах нормы, эритроциты — 8000. Выставлен диагноз: Геморрагический васкулит на фоне активного вирусного гепатита В, смешанная форма (кожно-почечно-суставная), острое течение. Нефрит. Хроническая болезнь почек 2-й стадии. Анемия легкой степени тяжести в рамках васкулита. Лечение включало следующие направления: постельный режим; патогенетическая терапия ГВ: преднизолон 10 мг/сут.; симптоматическая терапия активного вирусного гепатита В, базисная терапия ИМ в периоде рубцевания. На фоне терапии состояние улучшилось, высыпания уменьшились, стали более бледными. Гемоглобин повысился до 111 г/л; эритроциты — $3,7 \times 10^{12}/л$; цветовой показатель — 0,9. Биохимические показатели: креатинин — 88 мкмоль/л; аспаратаминотрансфераза — 48 Ед/л, аланинаминотрансфераза — 62 Ед/л. В анализе мочи по Нечипоренко лейкоциты в пределах нормы, эритроциты — 3500. Локально: единичные геморрагические высыпания на коже голеней в стадии разрешения, небольшая пастозность голеней. В связи с улучшением самочувствия выписан домой, даны рекомендации по дальнейшему ведению и наблюдению.

Выводы/заключение

Дебют ГВ в пожилом возрасте при наличии серьезной коморбидной патологии не всегда позволяет изначально поставить правильный диагноз. В нашем случае сочетание ГВ и вирусного гепатита В, а также начало васкулита в периоде рубцевания мелкоочагового ИМ вызвало трудности дифференциальной диагностики: клинические проявления ГВ были приняты за симптомы декомпенсации ХСН. В связи с этим терапия ХСН была неэффективна, прогрессировало поражение почек. Правильно поставленный диагноз позволил начать патогенетическую терапию и получить регресс клинических симптомов.

ПРИМЕНЕНИЕ УЗИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОРАЖЕНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА НА РОССИЙСКОЙ КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ

Хван Ю.И., Торгашина А.В., Чальцев Б.Д., Сокол Е.В.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

В мировом научном сообществе давно идет дискуссия о роли УЗИ и УЗ-индексов оценки структуры слюнных желез при болезни/синдроме Шегрена. В международных критериях болезни Шегрена (ACR, 2012) из стоматологических обследований учитывается только биопсия малой

слюнной железы (МСЖ), а в критериях ACR/EULAR (2016) — кроме биопсии МСЖ, еще и нестимулированная сиалометрия.

Цель: сравнение диагностической значимости УЗИ с другими методами оценки слюнных желез (сиалография, стимулированная сиалометрия, биопсия МСЖ).

Материал и методы

С 2016 по 2020 г. мы обследовали 94 пациента (93 женщины, 1 мужчина), средний возраст которых составил $48,6 \pm 14,3$ года (от 18 до 78 лет), с впервые выявленной болезнью Шегрена, удовлетворяющей Российским критериям 2001 г. 86% пациентов удовлетворяли критериям ACR (2012), а 87% — критериям ACR/EULAR (2016). Всем проведено классическое обследование (стоматологическое, офтальмологическое, иммунологическое), а также УЗИ околоушных и поднижнечелюстных слюнных желез с использованием аппарата GE LOGIQ 9. УЗ-изображения оценивались, в соответствии с OMERACT SS Severity Scoring System (SGUS), от 0 до 3. Статистический анализ данных проводился при помощи программы Statistica 12 (StatSoft Inc, США). Для оценки корреляции использовался коэффициент Спирмена ($p < 0,05$).

Результаты/обсуждение

По результатам УЗИ слюнных желез у всех исследуемых определялась неоднородная структура разной степени выраженности — от рыхлой до диффузной — из-за наличия гипоехогенных образований, от единичных до множественных. У 4 пациентов из всей группы не было признаков паренхиматозного паротита (ПП) на сиалографии, однако на УЗИ слюнных желез выявлялось небольшое количество гипоехогенных образований (SGUS 2). У 5 пациентов с SGUS 0 определялась начальная стадия паренхиматозного паротита по данным сиалографии. Из всей группы SGUS 0 было у 8,5%, SGUS 1 — у 1%, SGUS 2 — у 21,2%, SGUS 3 — у 69,1% пациентов. Корреляция была рассчитана для каждого SGUS (0–3) с клиникой и классическими методами обследования слюнных желез. Выраженные изменения по УЗИ SGUS 3 коррелировали с рецидивирующими паротитами ($r=0,22$; $p=0,03$), увеличением слюнных желез ($r=0,23$; $p=0,02$) и ПП 3 ($r=0,23$; $p=0,02$). Гистологические изменения FS>1 коррелировали со всеми изменениями на УЗИ слюнных желез: SGUS 0 ($r=-0,24$; $p=0,01$), SGUS 1 ($r=0,41$; $p=0,00027$), SGUS 2 ($r=-0,21$; $p=0,03$), SGUS 3 ($r=0,40$; $p=0,00006$). Начальная стадия ПП коррелировала со SGUS 1 ($r=-0,28$; $p=0,005$) и SGUS 0 ($r=0,45$; $p=0,000004$). Стимулированная сиалометрия не коррелировала с УЗ-изменениями.

Выводы/заключение

Вероятно, в повседневной клинической практике УЗИ слюнных желез может применяться как дополнительный метод оценки поражения слюнных желез, учитывая доступность и малую инвазивность метода. Наиболее удобной системой оценки слюнных желез в настоящее время является OMERACT SS Severity Scoring System, однако нет точного индекса для полной дифференцировки поражения их при болезни Шегрена и лимфопрлиферативных осложнениях.

ЗАВИСИМОСТЬ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ ОТ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Храмов А.Э., Макаров М.А., Макаров С.А., Дубинин А.О.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Оперативное лечение больных с ревматоидным артритом (РА) связано с повышением риска осложнений. Это обусловлено наличием воспалительного процесса, множеством вариантов течения заболевания, сниженной физической активностью, тяжестью функциональных нарушений, длительной терапией глюкокортикоидами, болезнью-модифицирующими и генно-инженерными биологическими препаратами, остеопорозом, а также активностью основного заболевания.

Цель: провести сравнительный анализ влияния лечения РА на местные осложнения, такие как перипротезная инфекция, перипротезные переломы, осложнения со стороны раны, осложнения со стороны связочного аппарата, при эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов у больных РА.

Материал и методы

Было проанализировано 1113 операций эндопротезирования крупных суставов пациентам с РА, которые были выполнены в период с 2002 по 2019 гг. Из них было проведено 649 эндопротезирований коленного сустава и 464 эндопротезирования тазобедренного сустава.

Результаты/обсуждение

У пациентов, принимавших метотрексат в средней дозе 12,5 мг/нед., частота возникновения местных осложнений составила 7,87%. У больных, получавших лефлуномид (араву), осложнения выявлены в 9,29% случаев. В группе пациентов, принимавших плаквенил или сульфасалазин, местные осложнения выявились в 7,73% случаев. Частота осложнений 7,01% была определена в группе пациентов, которые получали глюкокортикоиды в средней дозе 7,5 мг (в пересчете на преднизолон). 1,87% осложнений было отмечено у больных с терапией генно-инженерными биологическими препаратами. Наибольшая частота возникновения местных осложнений была выявлена у пациентов с РА, у которых лекарственная терапия отсутствовала (27,27%). При статистическом анализе полученных данных выявлено статистически значимое большее число осложнений в группе больных РА ($p < 0,005$). При анализе каждого вида осложнений также получены статистически значимые различия ($p < 0,005$).

Выводы/заключение

Риск возникновения местных осложнений был выше в 3 и более раза в группе пациентов с РА, у которых не было медикаментозного лечения. Из этого следует, что проведение эндопротезирования крупных суставов пациентам с РА без лекарственной терапии сопровождается высоким риском возникновения интра- и послеоперационных осложнений.

АУТОИММУННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ШЁГРЕНА, АССОЦИИРОВАННОЙ С АНТИЦЕНТРОМЕРНЫМИ АНТИТЕЛАМИ

Чальцев Б.Д.¹, Васильев В.И.², Пальшина С.Г.², Торгашина А.В.¹, Сокол Е.В.¹, Хван Ю.И.¹, Родионова Е.Б.³, Сафонова Т.Н.⁴, Некрасова Т.П.⁵

¹ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва);

²АО «Группа компаний «Медси» (Москва),

³ООО «Ревмоцентр» (Москва),

⁴ФГБНУ НИИГБ (Москва);

⁵ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (Москва)

Введение/цель

Цель: определить частоту, спектр и тяжесть течения поражений печени у позитивных по антицентромерным антителам (АЦА) пациентов с болезнью Шёгрена (БШ).

Материал и методы

У 37 (31%) из 119 включенных в исследование АЦА-позитивных пациентов с БШ при обследовании выявлены признаки поражения печени; 3 из них были исключены из исследования (у 2 имелась желчнокаменная болезнь, у 1 – вирусный гепатит В). Признаки аутоиммунного поражения печени обнаружены у 34 (28,6%) больных, большинство из которых были серопозитивны по антителам к митохондриальным антигенам (АМА). Диагноз первичного билиарного холангита (ПБХ) и аутоиммунного гепатита (АИГ) устанавливался согласно рекомендациям Американской ассоциации по изучению заболеваний печени, Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени. Причина холестаза у 5 (14,7%) пациентов осталась неуточненной.

Результаты/обсуждение

АМА обнаружены у 73,5% пациентов, повышение уровня IgM – у 57,6%. Клинически поражение печени в большинстве случаев характеризовалось бессимптомным медленно прогрессирующим течением, как правило, без выраженного нарастания симптомов в динамике. Признаки цирроза выявлены у 14,7% пациентов. На основании клинико-лабораторно-морфологических проявлений ПБХ диагностирован у 21 больного, у 4 из которых также имелся перекрестный синдром с АИГ. АМА-негативный ПБХ установлен у 3 пациентов, изолированный АИГ – у 1. В большинстве случаев определялась I гистологическая стадия ПБХ. При динамическом наблюдении, медиана которого составила 7 лет (минимум – 2 года, максимум – 15 лет), у 7 пациентов с I стадией ПБХ и у 7 АМА-позитивных больных без функциональных нарушений печени в течение всего периода наблюдения клинического и лабораторно-инструментального прогрессирования поражения печени не отмечено. В связи с этим сделано предположение о том, что у данных пациентов имеется эпителиит билиарных протоков как проявление железистых поражений при БШ, а не истинный ПБХ.

Выводы/заключение

Аутоиммунные поражения печени выявляются у 28,6% АЦА-позитивных пациентов с БШ, у большинства из них с одинаковой частотой (41,2%) развиваются эпителиит билиарных протоков в рамках БШ либо сочетание БШ с ПБХ, реже диагностируется перекрестный синдром ПБХ/АИГ. ПБХ/эпителиит билиарных протоков в рамках БШ у АЦА-позитивных пациентов в большинстве случаев характеризуется медленно прогрессирующим бессимптомным течением и редко приводит к развитию цирроза печени.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ЭРОЗИЯМИ СУСТАВОВ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ: ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПСОРИАЗА, ПСОРИАЗ НОГТЕЙ И АКТИВНОСТЬ СУСТАВНОГО ПРОЦЕССА

Чамурлиева М.Н.¹, Логинова Е.Ю.¹, Коротаева Т.В.¹, Корсакова Ю.Л.¹, Губарь Е.Е.¹, Глухова С.И.¹, Лапа А.М.¹, Насонов Е.Л.¹, Кузнецова Н.А.², Патрикеева И.М.³

¹ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва);

²ГАОУ СО «ГКБ № 40» (Екатеринбург);

³ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» (Тюмень)

Введение/цель

Псориатический артрит (ПсА) – гетерогенное по своей клинической картине и течению заболевание; у многих пациентов возможно развитие деструкции суставов.

Выявлено, что псориаз предшествует развитию артрита в среднем на 7 лет. Теория транзитного перехода от псориаза к ПсА была предложена недавно, однако связь между тяжестью кожного процесса и активностью заболевания суставов до сих пор неясна.

Цель: оценить связь между суставными эрозиями, длительностью течения псориаза, тяжестью заболевания суставов и ногтей у пациентов с псориазом на основе данных клинической практики (российский регистр ПсА).

Материал и методы

Исследование было включено 737 пациентов (350 мужчин, 387 женщин) с ПсА, подтвержденным по критериям CASPAR. Средний возраст пациентов составил $47,4 \pm 12,7$ года, продолжительность ПсА – 55 [17; 120] мес., продолжительность псориаза – 165 [74,5; 292] мес. Все пациенты прошли стандартное клиническое обследование: подсчет числа болезненных суставов (ЧБС)/68; подсчет числа припухших суставов (ЧПС)/66; С-реактивный белок (СРБ) (мг/л); DAPSA; дактилит; энтезит по LEI + плантарная фасция (ПФ); HAQ-DI. Среднее значение DAPSA – 23,3 [14; 36,9] мес., HAQ-DI – 0,98 [0,5; 1,38], СРБ – 7,4 [2,1; 18] мг/л. Площадь поражения кожи при псориазе оценивалась индексом BSA ($\leq 10\%$ – легкая степень поражения; $> 10\%$ – от умеренной до тяжелой), оценивалось наличие/отсутствие псориаза ногтей. Рентгенограмма кистей и стоп была выполнена у 622 из 737 пациентов. Однофакторная модель логистической регрессии использовалась для определения группы характеристик, связанных с достижением MDA, Me [Q25; Q75], Min–Max, %, t-test, Пирсон- χ^2 , тесты Манна – Уитни, отношение шансов с 95%-м доверительным интервалом. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

Псориаз предшествует ПсА в среднем на 9,2 года. BSA $\leq 10\%$ был обнаружен у 615 из 672 пациентов (91,5%), BSA $> 10\%$ – у 57 из 672 пациентов (8,5%). Псориаз ногтей – у 230 из 737 пациентов (31,2%). Эрозии обнаружены у 237 из 622 пациентов (38,1%). Среди этих пациентов псориаз ногтей наблюдался у 67 из 237 пациентов (28,3%). Энтезиты обнаружены у 236 из 737 пациентов (42,1%), дактилиты – у 197 из 731 (27%), аксиальный ПсА – у 315 из 731 (43,1%). Эрозии в значительной степени связаны с продолжительностью псориаза более 5 лет, тяжестью псориаза кожи и ногтей, высокой активностью ПсА (DAPSA) и продолжительностью ПсА > 36 мес.

Выводы/заключение

В нашей когорте у большинства пациентов с ПсА была легкая форма псориаза, предшествовавшая ПсА в среднем на 9,2 года. Эрозии суставов были обнаружены у 30% пациентов с ПсА, что связано с длительностью псориаза, тяжестью заболевания кожи и ногтей, а также с активностью ПсА. Ранняя диагностика и терапевтическое вмешательство в рамках «окна возможностей» очень важны для улучшения результатов и предотвращения структурных повреждений при ПсА.

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЕ АНТИТЕЛА И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ И СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Чельдиева Ф.А., Решетняк Т.М., Шумилова А.А., Лила А.М.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Гематологические нарушения (лейкопения, лимфоцитопения, тромбоцитопения (ТЦП), Кумбс-позитивная анемия) входят в классификационные критерии системной

красной волчанки (СКВ). ТЦП является парадоксальным проявлением антифосфолипидного синдрома (АФС) и может предшествовать развитию тромбозов. Другие гематологические нарушения, такие как лейкопения и аутоиммунная гемолитическая анемия (АГА), при АФС изучены в меньшей степени.

Цель: оценить взаимосвязь между лейкопенией, ТЦП, АГА и антифосфолипидными антителами (аФЛ): IgG-/IgM-антителами к кардиолипину (аКЛ), IgG-/IgM-антителами к $\beta 2$ -гликопротеину 1 ($\alpha 2$ ГП1) у пациентов с АФС и СКВ.

Материал и методы

В исследование были включены 182 пациента (141 (77%) женщина и 41 (23%) мужчина); из них 59 (32%) – с первичным АФС (пАФС), 67 (37%) – с СКВ в сочетании с АФС, 55 (30%) – с СКВ. Средний возраст пациентов составил $37,1 \pm 11,2$ года. Всем пациентам выполняли общий анализ крови, анализы на IgG/IgM-аКЛ и IgG/IgM- $\alpha 2$ ГП1. Прямая проба Кумбса была проведена у 67 пациентов. При положительной пробе Кумбса или отсутствии данных о пробе Кумбса, но при нормальном уровне гемоглобина показатели не считались проявлением АГА. Статистический анализ результатов исследований проводился с использованием пакета статистического анализа данных Statistica 12 (StatSoft Inc., США). Качественные показатели в 2 несвязанных группах сравнивались в таблице сопряженности 2×2 с помощью теста χ^2 .

Результаты/обсуждение

Повышение IgG/IgM-аКЛ регистрировалось соответственно у 88 (48%)/31 (17%), IgG/IgM- $\alpha 2$ ГП1 – у 92 (51%)/35 (19%) из 182 пациентов. Лейкопения выявлялась у 23 (13%) из 182 обследованных больных. Она регистрировалась у 7 (8%) из 88 пациентов с IgG-аКЛ и у 16 (17%) из 94 пациентов без IgG-аКЛ ($c^2=3,38$; $p=0,07$), у 7 (8%) из 92 IgG- $\alpha 2$ ГП1-позитивных пациентов и у 16 (18%) из 90 IgG- $\alpha 2$ ГП1-негативных пациентов ($c^2=4,26$; $p=0,04$). Лейкопения не отмечалась ни у одного из 31 пациента с IgM-аКЛ и выявлялась у 23 (15%) из 151 пациента без IgM-аКЛ ($p=0,03$). Снижение лейкоцитов было отмечено у 3 (9%) из 35 пациентов с IgM- $\alpha 2$ ГП1 и у 20 (14%) из 147 пациентов без них ($p=0,5$). ТЦП регистрировалась у 20 (11%) из 182 пациентов, включенных в исследование, и выявлялась у 13 (15%) из 88 IgG-аКЛ-позитивных пациентов и у 7 (7%) из 94 IgG-аКЛ-негативных пациентов ($c^2=2,49$; $p=0,15$), у 6 (19%) из 31 пациента с IgM-аКЛ и у 14 (9%) из 151 пациента без IgM-аКЛ ($p=0,1$). ТЦП была выявлена у 13 (15%) из 92 пациентов с IgG- $\alpha 2$ ГП1 и у 7 (8%) из 90 пациентов без IgG- $\alpha 2$ ГП1 ($c^2=1,88$; $p=0,2$), у 9 (26%) из 35 IgM- $\alpha 2$ ГП1-позитивных пациентов и у 11 (7%) из 147 IgM- $\alpha 2$ ГП1-негативных пациентов ($p=0,004$). В группе с пАФС у пациентов с IgM- $\alpha 2$ ГП1 статистически значимо чаще выявлялась ТЦП ($p=0,003$). АГА выявлялась у 24 (16%) из 147 пациентов. Она определялась у 10 (14%) из 71 пациента с IgG-аКЛ и у 14 (22,5%) из 62 пациентов без IgG-аКЛ ($c^2=1,62$; $p=0,2$), у 1 (4%) из 24 пациентов с IgM-аКЛ и у 23 (19%) из 123 пациентов без IgM-аКЛ ($p=0,1$). АГА отмечалась у 11 из 72 пациентов с IgG- $\alpha 2$ ГП1 и у 13 из 65 пациентов без них ($p=0,5$), у 3 из 27 IgM- $\alpha 2$ ГП1-позитивных пациентов и у 21 из 120 IgM- $\alpha 2$ ГП1-негативных пациентов ($p=0,56$).

Выводы/заключение

Данное исследование выявило взаимосвязь тромбоцитопении с IgM- $\alpha 2$ ГП1. Тромбоцитопения статистически значимо чаще регистрировалась у пациентов с пАФС

и IgM- α 2ГП1. Лейкопения и аутоиммунная гемолитическая анемия не ассоциировались с наличием антифосфолипидных антител. Лейкопении ассоциировалась с негативными значениями IgG- α 2ГП1 и IgM-аКЛ.

ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-3 И ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ?

Черкасова М.В., Сахарова К.В., Эрдес Ш.Ф.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Одним из ключевых медиаторов суставной деструкции в настоящее время считается матриксная металлопротеиназа-3 (ММР3), которая находится в синовиальных тканях в виде профермента и активируется под влиянием плазмينا. Ранее было показано, что активность анкилозирующего спондилита (АС) коррелирует с уровнем ММР3 и может являться показателем ответа на терапию. Также было показано, что ММР3 является независимым предиктором прогрессирования структурных повреждений у пациентов с анкилозирующим спондилитом. Однако результаты по изучению ММР3 неоднородны и требуют дальнейшего исследования.

Цель: изучить взаимосвязь уровня ММР3 при АС с показателями активности заболевания.

Материал и методы

72 пациента с АС (по данным mNYC, 1984) (37 мужчин, 35 женщин) были последовательно госпитализированы в клинику ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с февраля по ноябрь 2020 г. HLA-B27 имели 86,1% из них. Средний возраст пациентов составил $39,5 \pm 13,3$ года, возраст начала заболевания — $23,8 \pm 10,8$ года. Лабораторные показатели (Me [25-й; 75-й процентили]): С-реактивный белок (СРБ) — 8 [3; 32] мг/л, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 16 [7,5; 38,5] мм/ч. Обследования проводились согласно рекомендациям ASAS. В дополнение к стандартному обследованию у всех пациентов исследовали матриксную металлопротеиназу-3 методом иммуноферментного анализа, с помощью коммерческих наборов сывороток с использованием микропланшетного ридера Tecan Sunrise (Швейцария). Уровень сывороточного амилоидного белка А исследовали нефелометрическим методом с использованием коммерческих наборов реагентов.

Результаты/обсуждение

Медиана ММР3 у 72 пациентов составила 42 [18,2; 137,3] нг/мл. Сравнение средних значений уровня ММР3, СРБ, СОЭ у мужчин и женщин не выявило статистически значимых различий между ними. ММР3 фактически не коррелирует с BASDAI и ASDAS-СРБ ($r=0,08$ и $r=0,03$ соответственно) и слабо коррелирует с СОЭ и СРБ ($r=0,3$ и $r=0,48$). Проведена сравнительная характеристика показателей у пациентов с нормальным уровнем ММР3 и с повышенным уровнем. Пациенты с повышенным уровнем ММР3 (>50 нг/мл у мужчин и >30 нг/мл у женщин) имели более высокий уровень СРБ (25,4 [5,6; 42,7] мг/л — ММР3 выше нормы; 5,8 [2,7; 19,8] мг/л — ММР3 в пределах нормы; $p=0,01$) и СОЭ (22 [11; 59] мм/ч — ММР3 выше нормы; 11 [5; 23] мм/ч — ММР3 в пределах нормы; $p=0,003$), а периферический артрит (73% — ММР3 выше нормы; 48,5% — ММР3 в пределах нормы; $p=0,03$) и коксит (75,6% — ММР3 выше нормы; 62,8% — ММР3 в пределах нормы; $p=0,2$) выявлялись статистически значимо чаще у пациентов с повышенным уровнем ММР3, чем у пациентов с нормальными показателями ММР3.

Выводы/заключение

Уровень ММР3 слабо коррелировал с индексами активности АС, СОЭ и СРБ. Также отмечено, что ММР3 выше у пациентов с высокой лабораторной активностью, наличием периферического артрита и коксита, а у пациентов с нормальным показателем ММР3 преобладают энтезиты.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ НА ФОНЕ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Чикина М.Н., Желябина О.В., Новикова А.М., Елисеев М.С.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Подагра может оказывать значительное влияние на качество жизни (КЖ) пациентов. Большое влияние как на тяжесть подагры, так и на физические и психические компоненты здоровья оказывает адекватная уратснижающая терапия, в частности достижение целевого уровня мочевой кислоты (МК).

Цель: оценка динамики показателей КЖ и возможности достижения целевого уровня МК у пациентов с подагрой, с неэффективностью и/или наличием противопоказаний к терапии аллопуринолом и получающих фебуксостат (Азурикс®).

Материал и методы

Данное исследование является проспективным, односторонним. 70 из 80 включенных в исследование пациентов с подагрой завершили его. Период наблюдения составил не менее 24 недель применения препаратов аллопуринол или фебуксостат (Азурикс®) в дозах, достаточных для достижения целевого уровня МК. Терапия проводилась согласно Национальным рекомендациям по лечению подагры. При инициации уратснижающей терапии назначался аллопуринол 100 мг в сутки с последующим титрованием дозы до достижения целевого уровня МК (<360 мкмоль/л), максимально — до 900 мг/сут. Пациентам с неэффективностью аллопуринола и/или при наличии связанных с ним неблагоприятных реакций (НР) назначался фебуксостат в дозе 80 мг/сут., при необходимости доза увеличивалась до 120 мг/сут. Все пациенты для профилактики приступов острого артрита получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в низких дозах или колхицин в дозе 0,5 мг/сут., а при наличии противопоказаний к их применению — глюкокортикоиды (ГК) по 7,5 мг/сут. в пересчете на преднизолон. На первом и последнем визите заполнялся опросник SF-36 с целью оценки динамики показателей КЖ у пациентов, получавших фебуксостат.

Результаты/обсуждение

Через 6 мес. наблюдения из 80 пациентов уратснижающую терапию получали 70 (88%), из них целевого уровня МК достиг 51 из 70 (73%) пациентов. Титрование дозы аллопуринола в рамках исследования было выполнено у 26 пациентов, 14 (54%) из которых достигли целевого уровня МК. 32 пациента были переведены с терапии аллопуринолом на фебуксостат в связи с неэффективностью первого. Целевой уровень МК в данной группе был достигнут у 22 (69%) пациентов. 22 пациентам в связи с наличием НР в анамнезе была инициирована терапия фебуксостатом, который обеспечил достижение целевого уровня МК у 15 из 22 (68%) таких пациентов. Всем пациентам, включенным в исследование, назначалась профилактическая противовоспалительная терапия. НПВП принимали 13 (16%) пациентов, колхицин — 58 (73%), ГК — 9 (11%). У 39 (49%)

из них не отмечено ни одного приступа артрита. У пациентов, получавших фебуксостат и достигших целевого уровня МК, статистически значимо улучшились показатели КЖ по таким параметрам, как: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья, жизненная активность и общее физическое благополучие, — в результате шестимесячного приема фебуксостата по сравнению с исходными показателями ($p < 0,05$ во всех случаях). У пациентов, не достигших целевого уровня МК при приеме фебуксостата, статистически значимо улучшились показатели: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, и интенсивность боли ($p < 0,05$).

Выводы/заключение

У пациентов с наличием неэффективности или непереносимости аллопуринола прием фебуксостата позволяет достичь и удерживать целевой уровень МК, улучшать показатели КЖ и приверженность к терапии.

ВЛИЯНИЕ ДИАЦЕРЕИНА НА СОСТАВ ТЕЛА БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Широкова К.Ю., Носков С.М., Широкова Л.Ю., Евгеньева А.В.

Univercells SA

Введение/цель

Среди всех заболеваний опорно-двигательного аппарата остеоартрит (ОА) имеет самую высокую распространенность (15% жителей планеты), затрагивая значительную часть стареющего населения, по большей части женского. Около 60% пациентов с ОА коленных суставов (КС) страдают метаболическим фенотипом, при котором фиксируется коморбидность по ожирению, сахарному диабету (СД) 2-го типа и метаболическому синдрому. Фенотипирование ОА позволяет более индивидуально подходить к терапии. Отмечено, что диацереин снижает продукцию ИЛ-1 β , металлопротеиназ (коллагеназы и стромелизина) и угнетает высвобождение лизосомальных ферментов, таких как β -глокуронидаза, эластаза и миелопероксидаза, а также стимулирует синтез протеогликанов, гликозаминогликанов и гиалуроновой кислоты. Диацереин обладает и внесуставными эффектами. Обнаружено, что механизмы действия диацереина при ОА могут быть связаны с его воздействием на факторы транскрипции (белки семейства FoxO), на уровень высокочувствительного С-реактивного белка и адипонектина, на синтазу оксида азота и т. д.

Цель: оценка влияния терапии диацереином на состав тела у больных ОА КС, коморбидных по ожирению и СД 2-го типа.

Материал и методы

В исследование включено 104 больных ОА КС с ожирением (40 человек) и/или СД 2-го типа (64 человека), принимающих диацереин по 50 мг 2 раза в сутки в течение курса 3 месяца. Средний возраст пациентов составил $58,7 \pm 5,9$ года, женщин было 94,2%. Длительность заболевания остеоартритом составляла $8,7 \pm 4,1$ года, преобладали преимущественно II–III рентгенологические стадии по Келлгрэн – Лоуренсу. Состав тела определялся по данным биоимпедансометрии и включал следующие показатели: жировая масса (кг), общая жидкость (л), общая вода (л), внеклеточная жидкость (л), внутриклеточная жидкость (л), безжировая масса (кг), активная клеточная (мышечная) масса (кг). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США); различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

К окончанию однокурсового приема диацереина у больных ОА КС с ожирением масса жира в теле статистически значимо не изменялась ($-1,7\%$; $p=0,37$). Оставались неизменными такие параметры, как общая вода ($+6,0\%$; $p=0,11$), общая жидкость ($+4,9\%$; $p=0,11$) и внеклеточная жидкость ($+6,5\%$; $p=0,26$). Содержание внутриклеточной жидкости статистически значимо увеличилось на 1,0 кг ($+4,0\%$; $p=0,01$). Безжировая масса тела не изменялась ($+6,0\%$; $p=0,11$), а активная клеточная (мышечная) масса статистически значимо возросла на 2,15 кг ($+7,0\%$; $p=0,008$). У больных ОА КС, коморбидных по СД 2-го типа, масса жира, общей воды и общей жидкости в ходе терапии диацереином не изменялись. Была выявлена тенденция к возрастанию внутриклеточной жидкости ($+1,7\%$; $p=0,07$). Активная клеточная (мышечная) масса после применения диацереина у больных с СД 2-го типа также оставалась на изначальном уровне ($+1,6\%$; $p=0,14$).

Выводы/заключение

Таким образом, при ОА КС с коморбидным СД 2-го типа при приеме диацереина была выявлена лишь тенденция к возрастанию внутриклеточной жидкости. У больных ОА КС с сочетанным ожирением трехмесячный курс приема диацереина не влиял на содержание жировой массы, но приводил к увеличению содержания внутриклеточной жидкости, что проявлялось в возрастании активной клеточной (мышечной) массы. Этот факт, безусловно, является позитивным бонусом в внесуставных эффектах действия диацереина, что имеет положительное влияние на течение сопутствующей патологии в виде ожирения при метаболическом фенотипе ОА КС.

СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В ОБЛАСТИ ШЕИ

Широкова Л.Ю., Мокроусова М.В., Горохова В.А., Политов Я.В.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России (Ярославль)

Введение/цель

Боль в области спины и шеи скелетно-мышечной этиологии является одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью. Поражая преимущественно лиц молодого и трудоспособного возраста, приблизительно у одной трети пациентов неспецифическая цервикалгия может приобретать хронический характер и рецидивировать.

Цель: оценка динамики болевых параметров при комплексном лечении пациентов с обострением хронической цервикалгии скелетно-мышечного генеза (ХЦСМ).

Материал и методы

Нами пролечено и обследовано 38 пациентов (94,7% женщин и 5,3% мужчин) с ХЦСМ в возрасте $55,2 \pm 9,1$ года с длительностью болевого синдрома в области шеи $14,8 \pm 7,5$ года. Большинство больных имели дорсопатию шейного отдела позвоночника, часть — плечелопаточный периартрит. Всем пациентам проведено комплексное лечение, которое состояло из парентерального введения хондроитин сульфата по 400 мг в неделю (курсовая доза — 2,4 г) и ежедневных тридцатиминутных сеансов активного и/или пассивного миофасциального релиза. Пациенты осматривались до и через 3 и 6 месяцев от начала терапии. Оценивали уровень боли при движении и в покое по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), болезненность при пальпации паравертебральных точек и остистых отростков

позвонок, ранговый индекс боли по опроснику Мак-Гилла, общее состояние здоровья – по опроснику EuroQol-5D ВАШ «термометр» здоровья. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США) с использованием метода парных критериев Стьюдента или Вилкоксона; за статистически значимые события принимались значения $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

Через 3 месяца от начала терапии боль при движении по ВАШ снизилась на 57,6%, через 6 месяцев – на 73,7% ($p < 0,001$), причем в интервале от 3 до 6 месяцев произошел дальнейший регресс боли на 38,1% ($p = 0,00003$). Аналогичная динамика обнаружена и при оценке болей в области шеи в покое в ночное время суток. Через 3 месяца наблюдения данный показатель уменьшился на 71,7%, через 6 месяцев – на 83,3% ($p < 0,001$); снижение боли ночью между 3-м и 6-м месяцами составило 30,5% ($p = 0,002$). Пальпаторная болезненность паравертебральных точек стала менее ощутимой – на 67,5% и 77,5% ($p < 0,001$), остистых отростков позвонков – на 95% и 99,3% ($p = 0,0009$) через 3 и 6 месяцев наблюдения соответственно. Улучшение клинической картины по данным характеристикам в интервале 3–6 месяцев составило –30,7% и –86% соответственно ($p < 0,05$). Ранговый индекс боли по опроснику Мак-Гилла исходно соответствовал сильной боли, через 3 месяца терапии перешел в ранг слабой (–62,5%; $p < 0,001$), оставаясь на достигнутом уровне к 6-му месяцу наблюдения. Позитивная динамика по болевым характеристикам, вероятно, повлияла на улучшение общего состояния здоровья пациентов, которое через 3 месяца от начала лечения возросло на 43,5%, через 6 месяцев – на 52,3% ($p < 0,001$). Прирост этого показателя между 3-м и 6-м месяцами мониторинга был также статистически значимым (+6,1%; $p < 0,0002$).

Выводы/заключение

Комплексное лечение пациентов с ХЦСМ, включающее парентеральный прием гликозамингликанов в виде сульфатированного хондроитина и мышечно-энергетические технологии, статистически значимо уменьшает субъективные и объективные характеристики болевого синдрома скелетно-мышечного генеза в области шеи, позитивно влияет на качество жизни больных. При этом имеется положительный эффект последствия, сохраняющийся как минимум на протяжении 6 месяцев наблюдения.

ВИДЕОКАПИЛЛЯРОСКОПИЯ ОКОЛОНОГТЕВОГО ЛОЖА КАК МЕТОД ОЦЕНКИ СОСУДИСТЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ПАЦИЕНТОВ С АССОЦИИРОВАННОЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Юдкина Н.Н., Волков А.В.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой (Москва)

Введение/цель

Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) – это одно из основных проявлений поражения сосудов микроциркуляторного русла при системной склеродермии (ССД). Предполагается связь ЛАГ с феноменом Рейно (ФР)

и дигитальными ишемическими нарушениями. Принимая во внимание тяжесть течения ЛАГ при ССД и неутешительную выживаемость пациентов, выявление потенциальной взаимосвязи близких по патогенезу процессов может играть предикторную роль в ранней диагностике ЛАГ и дигитальной ишемии методом видеокапилляроскопии околоногтевого ложа.

Материал и методы

В исследование включено 116 пациентов с ССД (51 больной с ЛАГ (ССД-ЛАГ) и 65 – без ЛАГ). ФР отмечался в 100% случаев в обеих группах. Все пациенты удовлетворяли критериям ССД, разработанным ACR-EULAR в 2013 г. Диагноз ЛАГ верифицирован путем проведения катетеризации правых отделов сердца. Пациентам обеих групп в 100% случаев проведена видеокапилляроскопия околоногтевого ложа. Оценивалось наличие изменений капилляров на 2–5 пальцах обеих кистей. Нормальный капилляроскопический паттерн характеризовался наличием на 1 мм 7–11 капилляров в форме спилюк. Патологические паттерны характеризовались морфологическими и структурными изменениями, такими как расширенные и гигантские капилляры, геморрагии, аваскулярные поля, не-оангиогенез. Паттерн капилляроскопии (нормальный/ранний/активный/поздний) был определен качественно. Снижение плотности капилляров, расширенные, гигантские или разветвленные капилляры, микрогеморрагии были оценены полуквантитативно.

Результаты/обсуждение

При анализе типов изменений капилляроскопической картины в обеих группах преобладали ранний и поздний склеродермический паттерны, однако статистически значимых различий в изучаемых группах не отмечено. У 51 пациента с ССД-ЛАГ выявлены типичные изменения, характерные для ССД. У 3 больных с ССД без ЛАГ изменения расценивались как неспецифические, у 1 пациента выявлены признаки ФР. Ранний склеродермический паттерн диагностирован у 17 больных ССД-ЛАГ и у 16 пациентов с ССД без ЛАГ. Активный склеродермический тип выявлен у 14 больных ССД-ЛАГ и у 8 пациентов с ССД без ЛАГ. Поздний склеродермический паттерн диагностирован у 30 больных ССД-ЛАГ и у 27 пациентов с ССД без ЛАГ. Наряду с ФР с одинаковой частотой отмечалось развитие дигитальных язв (у 25 больных ССД-ЛАГ и у 32 больных ССД без ЛАГ). Также оказалось схожим время до их появления от первого симптома ССД (56 [16; 84] и 44 [23; 72] мес. соответственно). Тяжелые проявления дигитальной ишемии отмечались редко и с одинаковой частотой в изучаемых группах: ишемия – у 2 больных ССД-ЛАГ и у 5 пациентов с ССД без ЛАГ; ампутация – у 1 пациента из каждой группы; гангрена – у 2 пациентов только среди больных ССД без ЛАГ.

Выводы/заключение

В ходе проведенного исследования не удалось выявить различий между выраженностью капилляроскопических изменений, частотой и тяжестью дигитальных ишемических нарушений в сравниваемых группах, что не позволяет использовать видеокапилляроскопию околоногтевого ложа в качестве метода ранней диагностики ЛАГ при ССД, а также прогнозировать развитие дигитальных ишемических нарушений.