

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616. 72-002. 77-08-036.8

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ИСХОД БОЛЕЗНИ: Ретроспективная оценка данных многолетнего наблюдения.

Д.Е.Каратеев, М.М.Иванова

Институт ревматологии

(директор - академик РАМН В.А.Насонова) РАМН, Москва

Резюме.

Цель работы: оценить влияние проводившейся при ревматоидном артрите (РА) базисной терапии на исход болезни при многолетнем наблюдении.

Материал и методы: Проведен ретроспективный сравнительный анализ терапии по данным многолетнего наблюдения 72 больных РА с известным летальным исходом (основная группа), средняя продолжительность жизни от момента начала заболевания до момента смерти ($M \pm m$) $12,8 \pm 0,9$ года, и 90 больных РА, которые остаются под наблюдением при продолжительности жизни от начала болезни более 15 лет, в среднем - $19,4 \pm 0,47$ года (группа сравнения).

Результаты: Выделены следующие стратегические схемы базисной терапии, применявшиеся у больных: "пассивная" стратегия (длительное - годами - применение одного препарата, в основном плаквенила или сульфасалазина); стратегия "курсового лечения" (отдельные курсы базисных препаратов со значительными перерывами между ними), стратегия "скорой помощи" (сначала "пассивное" лечение в течение 7-10 лет, после чего наступали осложнения болезни, и начиналась терапия цитотоксиками); типичная стратегия "пирамиды", стратегия "активной" терапии (рано начатая базисная активная терапия с последовательной сменой препаратов). В основной группе наиболее часто применялись "пассивная" стратегия и стратегия "курсового лечения", в группе сравнения - "пирамида" и "активная" терапия.

Вывод: активная последовательная терапия с регулярной сменой базисных препаратов может оказывать положительное влияние на продолжительность жизни больных ревматоидным артритом.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, базисная терапия, стратегия терапии, причины смерти.

Введение.

Ревматоидный артрит (РА) - наиболее распространенное и наиболее тяжелое из воспалительных заболеваний суставов, что определяет его большое социальное значение. Один из ключевых вопросов, обсуждающихся в настоящее время - влияние терапии, в первую очередь базисной, на исходы РА при длительной (многолетней) курации больных.

Кроме инвалидизации вследствие нарушения функции суставов, РА грозит также сокра-

щением продолжительности жизни пациентов [1, 4], при этом могут играть роль как непосредственные осложнения болезни (такие как вторичный амилоидоз с развитием хронической почечной недостаточности), так и более тяжелое течение сопутствующих (например, кардиологических) заболеваний. Влияние на продолжительность жизни больных длительной терапией потенциально токсичными препаратами, какими являются все базисные средства, требует специального рассмотрения.

Сложным моментом является то обстоятельство, что на протяжении своей 15-20-летней истории болезни пациенты, страдающие РА, в большинстве случаев получают несколько курсов различных препаратов, которые назначаются в разных ситуациях и нередко в разных лечеб-

Адрес для переписки:

Каратеев Дмитрий Евгеньевич

115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34а

Институт ревматологии РАМН

Тел.: 115-93-91, 114-42-79

Факс: 114-44-68, E-mail: info 001@mail.infotel.ru

ных учреждениях. Кроме того, даже при достаточном первоначальном ответе больного на терапию может наблюдаться феномен вторичной неэффективности.

При этом большое значение приобретает определение долговременной стратегии базисной терапии. Существует несколько предложенных за последние 15 лет стратегических схем лечения РА, таких как "пирамида" [5], "step-down bridge" [6], пилообразная ("sawtooth") стратегия [3], хотя на практике в чистом виде они широко не применяются. В то же время совершенно очевидно, что любой практический ревматолог в процессе курации хронического больного, когда ему приходится периодически корректировать терапию, бороться с обострениями, осложнениями и лекарственной непереносимостью, в любом случае, вольно или невольно, избирает какую-то стратегию лечения, воздействие которой на исход болезни можно определить.

Цель данной работы: оценить влияние проводившейся при (РА) базисной терапии на исход болезни при многолетнем наблюдении.

Материал и методы.

Проанализированы данные многолетнего (с 1970 по 1999г.) наблюдения 72 больных РА с известным летальным исходом (основная группа). Источниками информации о факте, времени и причинах смерти были: первичная медицинская документация, справки о смерти, письменные сообщения лечащих врачей. Средняя продолжительность жизни от момента начала заболевания до момента смерти составила ($M \pm m$) $12,8 \pm 0,9$ года. Средний возраст к моменту смерти составил $58,4 \pm 1,4$ года (от 24 до 85 лет). Причинами смерти были: хроническая почечная недостаточность вследствие вторичного амилоидоза - у 26 больных (36,6%), сердечно-сосудистые заболевания (в первую очередь нарушения мозгового кровообращения и инфаркт миокарда) - у 23 больных (32,4%), генерализованные инфекции - у 9 больных (12,7%), онкологические заболевания - у 7 больных (9,9%), побочные эффекты терапии (желудочно-кишечное кровотечение, тяжелая цитопения на фоне иммуносупрессивной терапии) - у 2 больных (2,8%), причину смерти не удалось детально уточнить у 4 больных (5,6%).

Для сравнительного анализа влияния терапии на исход болезни использованы данные многолетнего наблюдения 90 больных РА, про которых известно, что к настоящему моменту (октябрь 1999) продолжительность жизни от

начала болезни составила более 15 лет (группа сравнения). Средняя длительность болезни у пациентов, которые в настоящее время живы, составила $19,4 \pm 0,47$ года (от 16 до 32 лет).

Все пациенты обеих групп регулярно наблюдались амбулаторно и госпитализировались в клинику Института ревматологии РАМН, диагноз был верифицирован по общепринятым критериям (АРА, 1987). В процессе наблюдения больным проводилось стандартное клиническое, рентгенологическое и лабораторное обследование. При подозрении на амилоидоз проводились биопсии десны, подкожной жировой клетчатки передней брюшной стенки, слизистой оболочки 12-перстной или прямой кишки с последующим патоморфологическим исследованием.

Характеристика групп представлена в таблице 1. Средний возраст начала заболевания в основной группе был приблизительно на 9 лет больше, чем в контрольной, хотя в обеих группах был значительный разброс по этому показателю. Основная группа больных в целом характеризовалась достоверно более высокой активностью болезни, чем группа сравнения. В обеих группах преобладали больные серопозитивным РА с системными проявлениями, которые, как и следовало ожидать, чаще встречались у пациентов с летальным исходом. Наиболее распространенными из системных проявлений в обеих группах были ревматоидные узелки, генерализованная амиотрофия, неярко выраженные проявления кожного васкулита (дигитальные капилляриты). Высокая частота внесуставных проявлений РА в обеих группах объясняется в первую очередь общей тенденцией к нарастанию признаков системности при длительном течении болезни. Большой период наблюдения больных в исследуемых группах может объяснить и значительную распространенность вторичного амилоидоза: 48,6% от общего числа больных в основной группе (при этом первичной причиной смерти он явился у 36,6% больных) и 18,9% в группе сравнения. Подробно причины смерти и клинические факторы, влияющие на них, рассмотрены нами ранее [1].

Был произведен ретроспективный анализ данных по лечению, которое получали больные основной группы и группы сравнения в процессе динамического наблюдения. Источниками информации послужили: 1) материалы опроса больных; 2) материалы анкетирования больных (по специально составленной анкете); 3) компью-

терная база данных; 4) первичная медицинская документация (стационарные истории болезни, выписки из историй болезни из других клиник, амбулаторные карты поликлиники Института ревматологии и поликлиник по месту жительства).

Поскольку длительность заболевания от появления характерной для РА симптоматики до начала наблюдения в Институте ревматологии в среднем составила около 6 лет (от 6 месяцев до 13 лет), то анализ терапии включал как данные о лечении, проводившемся по месту жительства, так и данные о терапии, назначавшейся в Институте ревматологии. Базисная терапия назначалась лечащими врачами и консультантами в

дозе 5-10 мг в сутки, средняя доза в пересчете на преднизолон составила $6,47 \pm 0,64$ мг в сутки. Дозы базисных препаратов изменялись на протяжении периода наблюдения, но в подавляющем большинстве случаев находились в средних пределах: плаквенил 200-400 мг в сутки, делагил 250 мг в сутки, кризанола - 34 мг в неделю, тауредон - 50 мг в неделю, сульфасалазин - 1500-2000 мг в день, метотрексат - 7,5-15 мг в неделю, азатиоприн - 100 мг в день, хлорамбуцил (хлорбутин, лейкеран) 4-8 мг в день, циклофосфан назначался парентерально длительно в невысоких дозах - 200 мг в неделю - или в виде плановой "пульс-терапии" (по 600-1000 мг в/в ежемесячно).

Таблица 1.
Характеристика сравниваемых групп больных РА

Показатель	Основная группа (летальный исход, n=72)	Группа сравнения (продолжительность жизни >15 лет, n=90)	Значимость различий
ПОЛ: мужской	14 (19,4%)	13 (14,4%)	НД
женский	58 (80,6%)	77 (85,6%)	
Возраст начала заболевания (M±m), годы	45,7±1,7	36,2±1,1	p<0,01
Активность болезни в начале наблюдения:			p<0,05
I степень	4 (5,6%)	18 (20%)	
II степень	52 (72,2%)	56 (62,2%)	
III степень	16 (22,2%)	16 (17,8%)	
Серопозитивность по ревматоидному фактору	65 (90,3%)	86 (95,6%)	НД
Системные проявления	56 (77,8%)	55 (61,1%)	p<0,05
Вторичный амилоидоз	34 (48,6%)	17 (18,9%)	p<0,01
Длительность болезни до начала наблюдения в Институте ревматологии (M±m), годы	5,7±0,8	6,2±0,7	НД
Длительность заболевания до момента смерти (основная группа) или до последнего обследования (группа сравнения), годы (M±m)	12,8±0,9	19,4±0,5	p<0,01

НД - различия статистически недостоверны

соответствии с общими рекомендациями в зависимости от формы заболевания, активности процесса и наличия противопоказаний.

Все больные получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Кортикостероиды длительно (более 3 лет) получали 48,6% больных основной группы и 47,8% больных группы сравнения, в поддерживающей

Статистический анализ проводился на персональном компьютере с определением частотных характеристик исследуемых показателей, подсчетом средних арифметических величин (M) и стандартной ошибки средней величины (m). Для определения достоверности различий показателей в исследуемых группах использовались стандартные статистические критерии (критерий χ^2 ,

точный тест Фишера, t-тест).

Результаты.

Проведен ретроспективный сравнительный анализ методов базисной терапии в 2-х группах больных РА.

се данных - от 6 месяцев до 11 лет (таб.3). Средняя продолжительность курса лечения одним базисным средством была несколько меньше в группе сравнения, однако различия недостоверны.

Больные группы сравнения чаще получали

Таблица 2.

Первый базисный препарат, применявшийся у больных РА.

Первый базисный препарат	Основная группа (летальный исход, n=72)	Группа сравнения (продолжительность жизни > 15 лет, n=90)	Значимость различий
	число больных (%)		
Аминохинолиновые препараты	38 (52,8%)	54 (60%)	НД
Соли золота	9 (12,5%)	15 (16,7%)	
Цитотоксики	18(25%)	16(17,8%)	
Другие препараты	7(9,7%)	5 (5,5%)	

Базисная терапия применялась у 70 больных основной группы (2 больных получали длительно только НПВП) и у всех пациентов группы сравнения. Базисная терапия начиналась, как правило, с назначения аминохинолиновых препаратов, реже (при остром начале и наличии системных проявлений) - с цитотоксинов, солей золота. Другие препараты (сульфасалазин, Д-пеницилламин) назначались в качестве

несколько курсов базисной терапии (3 и более), в то время как умершие больные часто годами получали 1-2 базисных препарата; среднее число курсов базисной терапии в группе сравнения было значимо выше, чем в основной группе ($p<0,01$).

В дальнейшем на протяжении многолетнего наблюдения большинству пациентов проводилась терапия различными препаратами, которые назначались в последовательности соот-

Таблица 3.

Характеристика базисной терапии у больных РА.

	Основная группа (летальный исход, n=72)	Группа сравнения (продолжительность жизни > 15 лет, n=90)	Значимость различий
Длительность болезни к моменту начала базисной терапии ($M\pm m$), годы	4,3 $\pm$ 0,8	4,7 $\pm$ 0,5	НД
Средняя продолжительность курса терапии одним базисным препаратом, годы	3,3 $\pm$ 0,4	2,8 $\pm$ 0,3	НД
Число курсов базисных препаратов, применявшихся за время наблюдения ($M\pm m$)	1,9 $\pm$ 0,2	3,5 $\pm$ 0,2	$p<0,01$

первого базисного средства в небольшом проценте случаев. Достоверных различий между группами по данному параметру выявлено не было (таб.2).

Средний период от появления характерной для РА симптоматики до начала базисного лечения был приблизительно одинаковым и составил около 4-х лет при значительном разбро-

ветствующей общим рекомендациям по выбору базисных препаратов. Данные по частоте назначения средств патогенетической терапии представлены в таблице 4.

У больных группы сравнения достоверно чаще ($p<0,01$) применялась терапия солями золота, аминохинолиновыми препаратами, метотрексатом, сульфасалазином; несколько

(недостаточно) чаще применялись Д-пеницил-
ламин, азатиоприн, хлорамбуцил (хлорбутин,
лейкеран) и циклофосфан. То есть в целом базис-
ная терапия в группе сравнения была более
разнообразной, чем у больных основной группы.

Таблица 4.

Частота назначения базисных препаратов и преднизолона на протяжении периода наблюдения.

Препараты, применяв- шиеся на протяжении периода наблюдения	Основная группа (летальный исход, n=72)	Группа сравнения (продолжительность жизни > 15 лет, n=90)	Значимость различий
Аминохинолиновые препараты (плаквенил)	42 (58,3%)	81 (90%)	p<0,01
Соли золота (кризанол, тауредон)	14 (19,4%)	45 (50%)	p<0,01
Сульфасалазин	10 (13,9%)	32 (35,6%)	p<0,01
Д-пеницилламин	7 (7,8%)	3 (4,2%)	НД
Метотрексат	10(13,9%)	36 (40%)	p<0,01
Азатиоприн	10(13,9%)	24 (26,7%)	НД
Хлорбутин	24 (33,3%)	37(41,1%)	НД
Циклофосфан	10(13,9%)	21 (23,3%)	НД
Преднизолон	35 (48,6%)	43 (47,8%)	НД

При ретроспективном индивидуальном
анализе схем терапии и чередования базисных
средств на протяжении многолетней курации
больных мы обнаружили, что они могут быть
сгруппированы следующим образом (рисунок 1):

- “пассивная” стратегия лечения - относи-
тельно поздно (через 3-5 и более лет от начала
болезни) начатая базисная терапия каким-либо
одним препаратом (или препаратами одной
группы), которая продолжалась (непрерывно
или повторными курсами) годами, несмотря на
прогрессирование болезни; в подавляющем
большинстве случаев (27 из 33, 79%) больные
получали аминохинолиновые препараты, 4
больных лечились сульфасалазином, 1 - солями
золота, 1 - Д-пеницилламином.

- стратегия “курсового лечения” - относи-
тельно рано начатая (до 3х лет от начала болез-
ни) базисная терапия цитотоксиками или золо-
том, которая, однако, по достижении подавления
активности болезни прерывалась на месяцы и
годы (до обострения), таким образом, лечение
представляло собой отдельные курсы активных
базисных средств с большими промежутками
между ними (иногда в перерывах принимались
низкие дозы плаквенила); при этом наиболее часто
больные получали курсы лечения солями золота
(52%), хлорбутином (49%), азатиоприном (24%).

- стратегия “скорой помощи” - поначалу
больные длительно получали только НПВП или
проводилась базисная терапия низкими дозами
аминохинолиновых препаратов, активность
болезни контролировалась в основном за счет

коррекции доз НПВП и/или кортикостероидов,
после чего через 7-10 лет от начала болезни
выявлялись осложнения (асептические некрозы
крупных костей, амилоидоз) и начиналась актив-
ная терапия более мощными (в основном цито-
токсическими) препаратами; наиболее часто при
этом на позднем этапе болезни применялись
хлорбутин (63%), циклофосфан (34%), азатио-
прин (32%).

- стратегия “пирамиды” - порядок назна-
чения базисных средств соответствовал клас-
сической стратегии относительно рано начатого
базисного лечения, первым препаратом, как
правило, был плаквенил или делагил (93%
случаев), затем (при неэффективности) назна-
чались золото (63%) или сульфасалазин (44%),
затем - цитотоксика - метотрексат (42%), хлорбу-
тин (29%), азатиоприн (20%), характерны были
относительно небольшие (менее 1 года) пере-
рывы в лечении базисными средствами;

- “активная терапия” - рано начатое
активное базисное лечение (золото или цитоток-
сика), при наступлении обострения проводилась
смена базисных препаратов без значительных
перерывов в терапии; применялись аминохино-
линовые препараты (80% больных), метотрексат
(80%), соли золота (60%), хлорбутин (53%), ци-
клофосфан (53%), сульфасалазин (40%),

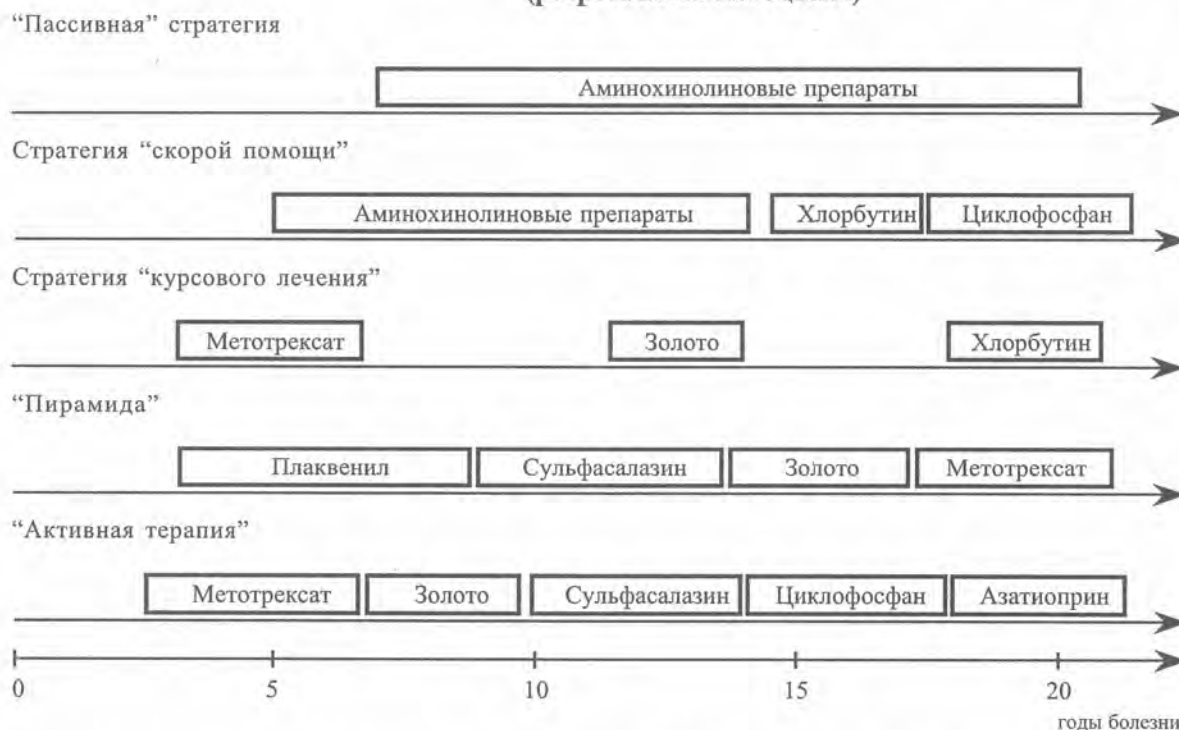
азатиоприн (33%).

Следует подчеркнуть, что данные схемы лечения не назначались лечащими врачами специально. Они представляют собой попытку

“пассивная” стратегия и реже - “пирамида” и “активная терапия” ($p < 0,05$).

Больные группы сравнения, при обследовании которых был выявлен вторичный амилоид-

Рис.1. Стратегии лечения, применявшиеся у больных РА (ретроспективная оценка)



обобщить картину, полученную в результате анализа последовательности назначения базисных препаратов на протяжении многолетнего наблюдения больных.

Распределение больных основной группы

доз (17 человек), в 29% случаев получали терапию, соответствующую схеме “пирамиды”, и в 18% случаев - стратегии “активной” терапии. Среди умерших от амилоидоза (26 человек) лечение, соответствующее стратегии “активной”

Таблица 5.

Стратегии терапии у больных РА с различным исходом болезни.

Стратегии терапии	Основная группа (летальный исход, $n=72$)	Группа сравнения (продолжительность жизни > 15 лет, $n=90$)	Значимость различий
«Пассивная» терапия	28 (38,9%)	7 (7,8%)	$p < 0,01$
Стратегия «курсового лечения»	17 (23,6%)	16 (17,8%)	НД
Стратегия «скорой помощи»	14 (19,4%)	24 (26,7%)	НД
«Пирамида»	11 (15,3%)	30 (33,3%)	$p < 0,05$
«Активная» терапия	2 (2,8%)	13 (14,4%)	$p < 0,05$

и группы сравнения в зависимости от применявшихся схем базисной терапии представлено в таблице 5.

При анализе выявлено, что у умерших больных достоверно ($p < 0,01$) чаще встречалась

терапии, не получал никто, и только 3 больных (11,5%) получали терапию по схеме “пирамиды”. У 13 (50%) больных, погибших от амилоидоза, терапия могла быть расценена как “пассивная”, у 7 (27%) терапия соответствовала схеме “кур-

сового лечения". Различия между этими группами достоверны ($p < 0,05$).

Основными причинами "пассивного" лечения были: позднее начало базисной терапии по месту жительства до направления в Институт ревматологии, недооценка врачом тяжести состояния больного при умеренной активности болезни, перерывы в лечении из-за нежелания или невозможности приобрести необходимый препарат, лекарственная непереносимость.

Обсуждение.

Две группы пациентов, изученные нами, могут рассматриваться как пример неблагоприятного (основная группа) и благоприятного (группа сравнения) исходов РА за 15 лет от начала болезни.

При сравнении этих групп можно сделать вывод, что терапия базисными препаратами, которую в данной работе мы рассматривали как независимую переменную, может оказывать положительное влияние на продолжительность жизни больных. Конечно, такие известные прогностически неблагоприятные признаки, как начало РА в пожилом возрасте и высокая активность в начале заболевания, несомненно, сыграли важную роль, однако представляется, что их воздействие не может полностью определить исход болезни.

Выявить какие-либо однозначные ассоциации исхода с назначением тех или иных базисных препаратов не удалось, хотя, по-видимому, проведение терапии солями золота и метотрексатом может оказывать самостоятельное влияние на продолжительность жизни больных (именно для этих препаратов различия по частоте назначения в основной группе и группе сравнения были наибольшими).

В настоящей работе сделана попытка оценить варианты стратегических схем базисной терапии РА и определить их влияние на исход заболевания.

При этом наш метод был в определенной степени противоположен применявшемуся обычно. В отличие от теоретически построенных схем лечения, упомянутых во введении, мы обобщили естественное распределение пациентов в зависимости от того, в какое время, в каком порядке и в какой последовательности они получали тот или иной базисный препарат. Конечно, поскольку понятие "стратегии лечения" не является широко принятым, а сами стратегические подходы не разработаны, базисные препараты на практике назначались, исходя из обычных

рекомендаций, которые можно найти в любом руководстве по ревматологии. Тем не менее, интересно, что некоторые из неосознанно применявшихся врачами практических стратегических схем очень близко соответствуют теоретическим: стратегия "пирамиды" почти точно повторяет классическую схему под этим названием, а стратегия "активной" терапии напоминает "sawtooth strategy", предложенную Fries в 1990 г [3].

Поскольку обе последние схемы терапии, которые характеризуются в первую очередь длительным непрерывным применением базисных средств с их последовательной сменой, достоверно чаще применялись в группе больных с благоприятным исходом, очевидно, что последовательность и планомерность проведения лечения является для достижения наилучших результатов не менее важным фактором, чем выбор базисного препарата.

Вывод:

Стратегия последовательной активной базисной терапии с регулярной сменой базисных препаратов положительно влияет на продолжительность жизни больных РА и, возможно, является оптимальной при этом заболевании.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Каратеев Д.Е., Иванова М.М., Балабанова Р.М., Акимова Т.Ф. Анализ летальных исходов ревматоидного артрита при длительном наблюдении. Российская ревматология, 1998, 1, 17-28.
2. Сатыбалдыев А.М., Акимова Т.Ф., Иванова М.М. Ревматоидный артрит с началом заболевания в пожилом возрасте: течение, осложнения, исходы. Клин. Геронтология, 1999, 3, 13-20.
3. Fries J. Reevaluating the therapeutic approach to rheumatoid arthritis: the "sawtooth" strategy. J. Rheumatol., 1990, 17 (suppl.22), 12-15.
4. Mitchell D., Spitz P., Young D. et al. Survival, prognosis and causes of death in rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism, 1986, 29, 709-714.
5. Williams J. Treatment of rheumatoid arthritis. / In: Primer on the rheumatic diseases.-10th ed. - Eds. Schumacher H., Klippel J. and Koopman W. - Atlanta., 1993, 96-99.
6. Wilske K., Healey L. Remodeling the pyramid concept whose time has come. J. Rheumatol., 1989, 16, 565-567.

Summary.

Aim of study: To investigate the relation between patterns of basic treatment and the outcome of disease in patients with rheumatoid arthritis (RA).

Material and methods: We studied retrospectively two groups of patients with RA (1987 ACR criteria): 1) main group - died (72 patients, mean duration of disease from the onset to death 12.8 ± 0.9 years); 2) control group - alive to 1999 with duration of disease at least 15 years (90 patients, mean follow-up period 19.4 ± 0.47 years).

Results: Some patterns of basic treatment were observed: 1) "passive" strategy - only hydroxychloroquine or sulphasalazine during many years; 2) "interrupted" treatment - early treatment gold or cytotoxics, but when improvement occurred, therapy with DMARD was interrupted for 1-2 years or more, after that re-started etc.; 3) "emergency" strategy - 7-10 years of "passive" treatment, after that severe destruction and/or amyloidosis appeared, and cytotoxics started; 4) typical "pyramid" strategy; 5) "active" strategy - early start of treatment with active DMARD (metotrexate, gold) with consecutive change of DMARDs without interruption of basic treatment (very close to "sawtooth" strategy). The most of died patients were treated with "passive" and "interrupted" strategies, but the most of patients in control group were treated with "pyramid" and "active" strategies.

Conclusion: active strategy of basic treatment has a positive influence on the survival of patients with RA.

Key words: rheumatoid arthritis, basic therapy, strategy of therapy, causes of death

Поступила 4.11.1999

УДК 616. 72-002. 77: 616.37

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

О.О.Басиева, С.Г.Раденска-Лоповок*, Л.Н.Кашникова*

Институт ревматологии (директор, академик РАМН В.А. Насонова) РАМН, Москва*

Северо-Осетинская гос.мед.академия (ректор, академик К.Д. Салбиев), Владикавказ

Резюме

Цель работы: комплексное исследование поджелудочной железы (ПЖ) при ревматоидном артрите.

Материал, методы: 120 больных РА обследованы клинически, с помощью УЗ-и биохимического исследования, (определение уровня α -амилазы и липазы сыворотки крови кинетико-калориметрическим методом).

Результаты: У 50,8% больных отмечено повышение экзогенности ПЖ, в 23,3% визуализировался расширенный вирсунгов проток, в 45,8% - единичные мелкоочаговые уплотнения, чаще в области тела и хвоста ПЖ. Для РА характерно снижение липолитической и амилалитической активности ПЖ, особенно при наличии системности процесса и большой длительности заболевания. Клинико-функциональные нарушения обусловлены морфологическими изменениями.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, внешнесекреторная функция, ПЖ, морфология.

Ревматоидный артрит (РА) в последнее время рассматривается как системное забо-

левание с вовлечением в патологический процесс различных органов [2, 11]. Однако, поражению поджелудочной железы (ПЖ) при РА в отечественной и зарубежной литературе уделено мало внимания. В работах ряда авторов указывается на снижение уровня панкреатических ферментов при РА, что по их мнению обусловлено дли-

Адрес для переписки:
С.Г.Раденска-Лоповок
115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34а
Институт ревматологии РАМН
Тел.: 114-44-89