

научно-практическая РЕВМАТОЛОГИЯ 2017; 55 (2, прил. 1)

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

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

Главный редактор

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

Заместитель главного редактора

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

Ответственный секретарь

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

Научный редактор

Ю.А. Олюнин – д.м.н., Москва, Россия

Editor-in-Chief

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

Deputy Editor-in-Chief

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

Executive secretary

V.N. Amirdzhanova – DM, Moscow, Russia

Science Editor

Yu.A. Olyunin – DM, Moscow, Russia

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

Иностранные члены редколлегии:

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

EDITORIAL BOARD:

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

Foreign members of the Editorial Board:

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Е.И. Алексеева, Москва, Россия

В.В. Бадюкин, Москва, Россия

А.И. Дубиков, Владивосток, Россия

И.А. Зборовская, Волгоград, Россия

А.Е. Каратеев, Москва, Россия

В.Н. Коваленко, Киев, Украина

В.И. Коненков, Новосибирск, Россия

Н.И. Коршунов, Ярославль, Россия

А.М. Лиля, Санкт-Петербург, Россия

Г.В. Лукина, Москва, Россия

В.И. Макарова, Архангельск, Россия

Л.В. Меньшикова, Иркутск, Россия

Э.Н. Оттева, Хабаровск, Россия

В.П. Павлов, Москва, Россия

С.Г. Раденска-Лоповок, Москва, Россия

А.П. Ребров, Саратов, Россия

Я.А. Сигидин, Москва, Россия

Н.Ф. Сорока, Минск, Беларусь

В.Н. Сороцкая, Тула, Россия

Т.М. Черных, Воронеж, Россия

Н.П. Шилкина, Ярославль, Россия

С.С. Якушин, Рязань, Россия

EDITORIAL BOARD:

E.I. Alekseyeva, Moscow, Russia

V.V. Badokin, Moscow, Russia

A.I. Dubikov, Vladivostok, Russia

I.A. Zborovskaya, Volgograd, Russia

A.E. Karateev, Moscow, Russia

V.N. Kovalenko, Kiev, Ukraine

V.I. Konenkov, Novosibirsk, Russia

N.I. Korshunov, Yaroslavl, Russia

A.M. Lila, St. Petersburg, Russia

G.V. Lukina, Moscow, Russia

V.I. Makarova, Arkhangelsk, Russia

L.V. Menshikova, Irkutsk, Russia

E.N. Otteva, Khabarovsk, Russia

V.P. Pavlov, Moscow, Russia

S.G. Radenska-Lopovok, Moscow, Russia

A.P. Rebrov, Saratov, Russia

Ya.A. Sigidin, Moscow, Russia

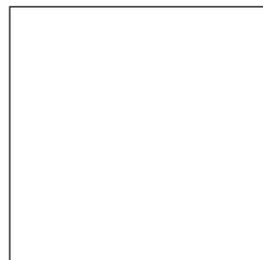
N.F. Soroka, Minsk, Belarus

V.N. Sorotskaya, Tula, Russia

T.M. Chernykh, Voronezh, Russia

N.P. Shilkina, Yaroslavl, Russia

S.S. Yakushin, Ryazan, Russia

**Фото на обложке:**

Калягин А.Н.,
Аношенкова О.Н.,
Антипова О.В.
«Препараты гиалуроновой кислоты при остеоартрозе: возможности импортозамещения».
Рентгенограммы коленных суставов больной Л.Р. в прямой и боковой проекциях

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

Вера Николаевна Калмыкова
(499) 614-4490
e-mail: cancelar@irramn.ru

При перепечатке ссылка на журнал
обязательна.

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

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

Научно-практическая ревматология.
2017;55(2, прил. 1):1–156

© ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

Предпечатная подготовка:

ООО «ИМА-ПРЕСС»

Тел.: (495) 926-7814

Отпечатано в типографии «Логан»

Тираж 3000 экз.

Подписной индекс в агентстве «Роспечать»

36 896

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

Тезисы VII съезда ревматологов, Москва, 24–28 апреля 2017 г.

ВЛИЯНИЕ БАЗИСНОЙ, БИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Абрамкин А.А.¹, Лисицына Т.А.¹, Вельтищев Д.Ю.², Серавина О.Ф.², Ковалевская О.Б.², Насонов Е.Л.¹

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

²Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, Москва, Россия

Введение/цель

Психические расстройства (ПР) тревожно-депрессивного спектра (РТДС) и когнитивные нарушения (КН) характерны для большинства больных ревматоидным артритом (РА), однако влияние базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) и генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) изолировано и в сочетании с психофармакологическими препаратами (ПФ) на их динамику изучено недостаточно. Цель – изучить динамику встречаемости ПР на фоне разных схем терапии у больных РА.

Материал и методы

Обследовано 128 пациентов с достоверным (АКР, 1987) диагнозом РА (мужчины/женщины – 14/86, %), средний возраст ($M \pm m$) составил $47,4 \pm 1,00$ года, средняя длительность РА – $141,9 \pm 10,6$ мес. Активность РА при включении в исследование, согласно индексу DAS28, была высокой: $5,25 \pm 0,17$ баллов, 80% больных получали БПВП. ПР диагностированы по МКБ-10 с использованием шкал: госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала тревоги Гамильтона, шкала депрессии Монтгомери–Асберг. Для диагностики КН использованы клинико-психологические методики. РТДС при включении в исследование выявлены у 121 пациента (94,5%), КН – у 87 (67,9%). У 41 (32%) пациента диагностирована большая депрессия (БД; выраженный и умеренный депрессивный эпизод), у 50 (39%) – малая депрессия (МД; легкий депрессивный эпизод и дистимия) и у 30 (23,4%) – тревожные расстройства (ТР; расстройства адаптации с тревожными симптомами и генерализованное тревожное расстройство). У 105 из 121 (87%) пациента оценивали динамику ПР через 1 год и 5 лет наблюдения. В зависимости от проводимой терапии выделены следующие терапевтические группы: 1-я – стандартные БПВП (n=32), 2-я – стандартные БПВП+ПФ (n=37), 3-я – ГИБП+БПВП (n=27), 4-я – ГИБП+БПВП+ПФ (n=9).

Результаты/обсуждение

1-я группа: частота БД увеличилась с 24,6 до 34,8 и 42,8% (p=0,09); МД – с 47,8 до 60,8% (p=0,19) через 1 год и до 50% через 5 лет; число больных с ТР уменьшилось с 27,5 до 4,3% (p=0,014) и 4,8% (p=0,021) соответственно. Частота КН увеличилась с 64,3 до 78,3% (p=0,16) к 5-му году наблюдений. 2-я группа: частота БД уменьшилась с 47,4 до 15,7% (p=0,049) через 1 год, а через 5 лет РТДС не выяв-

лялись ни у одного из пациентов (p<0,001); МД – с 26,3 до 15,8% и полного регресса (p<0,001) через 5 лет; ТР – с 26,3 до 10,5% и полного отсутствия (p<0,001) через 5 лет. Частота КН незначимо снизилась с 78,9 до 60% (p=0,25). 3-я группа: на фоне терапии ГИБП через 1 год и через 5 лет наблюдения частота БД не изменилась (40,7, 45,4 и 42,8% соответственно); МД увеличилась незначимо – 40,7, 40,9 и 52,4%; а ТР – уменьшилась [18,5% – полное отсутствие через 1 год (p=0,042) и через 5 лет (p=0,047)]. При этом частота КН увеличилась с 77,8 до 85%. 4-я группа: частота БД значимо снизилась с 66,7 до 16,7% через 1 год и полного регресса через 5 лет (p=0,03); МД и ТР – с 16,7% до полного регресса. Встречаемость КН уменьшилась с 71,4 до 57,1%.

Выводы/заключение

Стандартные БПВП не влияли на динамику РТДС и КН у больных РА, ГИБП способствовали регрессу ТР и не влияли на прогрессирование депрессии и КН. Сочетание БПВП и ГИБП с адекватной по дозе и продолжительности ПФ приводило к регрессу РТДС и уменьшению частоты КН.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ПОДАГРЕ

Авдеева О.С., Юнина Т.А.

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

Введение/цель

Поражение почек при подагре как предиктор ухудшения качества жизни. Цель – определение частоты и тяжести поражения почек у стационарных пациентов.

Материал и методы

В исследование включены истории болезни 40 пациентов с первичной подагрой (5 женщин, 35 мужчин, средний возраст пациентов 52,5 лет, длительность заболевания 7,5 лет). Проводился анализ медицинской документации, результатов обследования нарушений пуринового обмена, определение степени и частоты поражения почек.

Результаты/обсуждение

У 23 пациентов в анамнезе хронический пиелонефрит, из них у 13 – обострение хронического пиелонефрита, в том числе у 9 на фоне мочекаменной болезни (МКБ). У 16 пациентов диагностирована МКБ, из них у 10 – хроническая болезнь почек (ХБП) разных стадий: у одного пациента ХБП 5 стадии (СКФ менее 15 мл/мин, протеинурия 1 г/л, креатинин 660 мкмоль/л, мочевины 33 ммоль/л в крови, относительная плотность мочи 1010, мочевины 749 мкмоль/л). Один пациент с ХБП 4 стадии (СКФ 25 мл/мин), у 6 пациентов – ХБП 3А (средняя СКФ 51 мл/мин), 2 пациента с ХБП 3Б стадии (средняя СКФ 35 мл/мин).

Выводы/заключение

Соотношение больных с осложнениями со стороны почек к общему числу больных подагрой является значительным и составляет 1:2, что говорит о высоком риске поражения этого органа при подагре. При развитии терминальной почечной недостаточности необходимо проведе-

ние дорогостоящего лечения: диализа (гемодиализ или перитонеальный диализ) или трансплантации почки. Основными препаратами для коррекции пуринового обмена являются ингибиторы ксантиноксидазы: аллопуринол и фебуксостат. Аллопуринол назначают в стартовой дозе 100 мг/сут с постепенным увеличением дозировки до 400–600 мг/сут. При длительном лечении аллопуринолом возможны обратное развитие тофусов и улучшение функции почек. Фебуксостат – препарат выбора при плохой переносимости аллопуринола в дозировке 80 и 120 мг/сут оказывает более выраженный гипоурикемический эффект, лучшую переносимость, и нет необходимости титровать дозировку. Ранняя диагностика гиперурикемии и подагры, персонализированный подход к терапии позволяют продлить жизнь человеку, улучшить качество жизни, предупредить осложнения, избежать сложного и дорогостоящего лечения.

ОСТЕОАРТРИТ В РАБОТЕ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

Авдеева О.С., Юнина Т.А.

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

Введение/цель

Остеоартрит занимает значительное место в работе ревматолога и терапевта поликлинического звена. Цель – определение целесообразности диспансеризации пациентов с остеоартритом.

Материал и методы

В исследование включены годовые отчеты ГУЗ «ГБ № 9» г. Тулы, 55 амбулаторных карт пациентов с остеоартритом (ОА) от 40 до 60 лет включительно (30 женщин, 25 мужчин, средний возраст пациентов 57,5 лет, средняя длительность заболевания 6,5 лет). Проводился анализ медицинской документации, рентгенограмм пораженных суставов и терапии данных пациентов.

Результаты/обсуждение

По результатам анализа медицинской документации за 2014–2016 гг. количество обращений с остеоартритом составило 3809, 4266 и 4192 соответственно. Из них на диспансерном учете состоят 637, 933 и 1006 пациентов. Всего эндопротезирование за три года проведено 137 пациентам: 44 коленных и 93 тазобедренных сустава. По результатам анализа амбулаторных карт при первичном осмотре пациентам были рекомендованы НПВП в 97% случаев, симптоматические препараты замедленного действия (SYSADOA) – в 53% при первичном обращении и 87% при повторном визите к врачу. За данные три года наблюдения отмечается тенденция к уменьшению количества внутрисуставных пункций с введением лекарственных препаратов (алфлутоп, гиалуроновая кислота): 2014 г. – 2030 пункций, 2015 г. – 1657, 2016 г. – 1364. Тенденция к стабилизации количества пациентов с ОА и уменьшению количества пункций коленных суставов обусловлена более частым назначением препаратов группы SYSADOA.

Выводы/заключение

Пациенты с ОА нуждаются в диспансерном наблюдении ревматолога и терапевта, в регулярном использовании препаратов группы (SYSADOA), что снижает необходимость в стационарном лечении, улучшает качество жизни, уменьшает потребность в использовании НПВП и, как следствие, позволяет проводить эндопротезирование в более поздние сроки.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРИТОМ

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

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

Введение/цель

В настоящее время рассматривается несколько субтипов остеоартрита (ОА), одним из них является субтип связанный с полом. Цель исследования – оценить гендерные особенности качества жизни (КЖ) пациентов с гонартритом.

Материал и методы

Проведена оценка КЖ у 100 больных с гонартритом: 67 женщин (средний возраст $60 \pm 0,2$ года) и 33 мужчины (средний возраст $53 \pm 0,5$ года). Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в стандартных дозах получали 89 пациентов. Индекс НПВП для всех пациентов соответствовал 100, т.е. дозы принимаемых НПВП были эквивалентны диклофенаку 150 мг/сут и принимались ежедневно. Для оценки КЖ использовались специфический опросник WOMAC и общий опросник EQ-5D. Индекс WOMAC рассчитывался по трем разделам: интенсивность боли в коленных суставах, ограничение подвижности в суставах, затруднения в выполнении повседневной деятельности. С помощью опросника EQ-5D оценены 5 компонентов, отражающих состояние здоровья: подвижность (передвижение в пространстве), самообслуживание, активность в повседневной жизни, наличие боли/дискомфорта и беспокойства/депрессии.

Результаты/обсуждение

Гендерные различия при оценке показателя индекса WOMAC у пациентов с гонартритом получены по шкале боли: у мужчин – $129,3 \pm 12,6$, у женщин – $144,5 \pm 15,7$ ($p=0,044$). По шкале скованности (мужчины – $64,1 \pm 9,2$, женщины – $81,9 \pm 6,9$; $p=0,78$) и шкале поражения двигательных функций (мужчины – $449,7 \pm 36,5$, женщины – $625,8 \pm 42,5$; $p=0,42$) гендерные различия отсутствуют. Индекс здоровья по опроснику EQ-5D у женщин был достоверно выше, чем у мужчин: $0,5 \pm 0,012$ и $0,35 \pm 0,032$ соответственно ($p=0,038$).

Выводы/заключение

Результаты работы свидетельствуют о более высоком субъективном восприятии боли и худшей самооценке здоровья у женщин.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРИТОМ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДИАФЛЕКСОМ И АЛФЛУТОПОМ

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

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

Введение/цель

Качество жизни (КЖ) рассматривается как один из наиболее важных параметров оценки последствий и эффективности лечения большинства заболеваний. Цель исследования – оценить КЖ пациентов с гонартритом на фоне комбинированной терапии диафлексом и алфлутопом.

Материал и методы

В исследовании принимали участие 10 пациентов с диагнозом гонартроз: 6 женщин и 4 мужчины. Средний возраст пациентов составил $57,2 \pm 0,7$ года, средняя продолжительность болезни – 6,4 года. При включении в исследование все больные получали курс лечения алфлутопом (по 1 мл в/м в течение 20 дней) и диафлекс в суточной дозе 100 мг на протяжении 6 мес. Для оценки КЖ использовались специфический опросник WOMAC и общий опросник EQ-5D. Индекс WOMAC рассчитывался по трем разделам: выраженность боли в коленном суставе, ограничение подвижности, затруднения в выполнении повседневной деятельности. С помощью опросника EQ-5D оценивалось состояние здоровья по 5 компонентам, отражающим передвижение в пространстве, самообслуживание, активность в повседневной жизни, наличие боли/дискомфорта и беспокойства/депрессии. Опросники заполнялись самостоятельно пациентами исходно и через 6 мес от начала терапии.

Результаты/обсуждение

Отмечалась положительная динамика показателя индекса WOMAC по шкале интенсивности боли: исходно – $307,8 \pm 6,4$, через 6 мес терапии – $156 \pm 5,2$ ($p=0,042$) и по шкале поражения двигательных функций: исходно – $896 \pm 8,4$, через 6 мес терапии – $432 \pm 6,8$ ($p=0,024$). Достоверно значимых различий по шкале скованности на фоне комбинированной терапии диафлексом и алфлутопом не выявлено: $129,8 \pm 7,8$ и $107,6 \pm 9,2$ соответственно ($p=0,36$). Установлено достоверное уменьшение показателя индекса здоровья через 6 мес терапии по результатам опросника EQ-5D. Так, исходно индекс здоровья у больных с комбинированной терапией составил $0,56 \pm 4,1$, через 6 мес от начала лечения – $0,22 \pm 3,2$ ($p=0,044$).

Выводы/заключение

Комбинированная терапия гонартроза (1 курс алфлутопа и диафлекса 100 мг/сут) в течение 6 мес демонстрирует положительную динамику показателей КЖ.

ПОРАЖЕНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

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

Введение/цель

По данным проведенного эпидемиологического исследования, в России у больных анкилозирующим спондилитом (АС) поражение тазобедренных суставов выявлялось в 46% случаев, но было причиной эндопротезирования в 7% случаев. Цель – сравнить клинические проявления коксита с результатами магнитно-резонансной томографии (МРТ) тазобедренных суставов (ТБС) у больных АС.

Материал и методы

Обследовано 117 больных (средний возраст $31,7 \pm 12,7$ года) с диагнозом АС (по модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.), с жалобами на боль в тазобедренных суставах. Средний возраст начала заболевания – $26,3 \pm 20,3$ года, HLA-B27 выявлен у 93% больных. Медиана (Ме) продолжительности АС – 57 [2–384] мес (BASDAI

$5,7 \pm 3,1$). Диагноз коксита устанавливался на основании клинических признаков – наличия боли в области ТБС и/или ограничения движений в ТБС на момент поступления пациента в клинику. Помимо клинического и рентгенологического обследования, всем больным проводилось МРТ в режимах T1 и STIR.

Результаты/обсуждение

Ме длительности клинических проявлений коксита к моменту исследования составила 47 мес [25%; 75%], а оценка боли в ТБС по ЧРШ – 4 [2; 8]. По данным МРТ были выявлены следующие воспалительные изменения (ВИ): синовит – у 71 (83%) пациента, костномозговой отек (КМО) – у 44 (31,6%) пациентов (КМО вертлужной впадины – 36%, КМО головки – 63%), сочетание синовита и КМО имели 7 (9%) пациентов. В зависимости от наличия рентгенологических изменений, оценивавшихся по BASRI hip, пациенты были разделены на две группы. По результатам анализа было выявлено, что в 1-й группе (BASRI hip 0–I; $n=48$) длительность АС составила, Ме [25-й; 75-й перцентили] 43 [19; 80] мес и во 2-й группе (BASRI hip II–IV; $n=60$) – 102 [24; 120] мес. Сравнительный анализ выявил следующие особенности лабораторных данных 1-й и 2-й групп: BASDAI 4,1 [2,6; 5,5] и 5,6 [4,2; 6,7] ($p=0,003$); BASFI 2,8 [2,0; 3,8] и 3,3 [2,0; 5,4] ($p=0,2$); ASDAS СРБ 2,8 [2,0; 3,8] и 3,5 [2,6; 3,8] ($p=0,002$); СОЭ 10 [5; 25] и 25 [8; 35] мм/ч ($p=0,001$); СРБ 10,5 [3,8; 28,5] и 23,0 [4,9; 43,5] мг/мл ($p=0,06$); МРТ синовит $n=23,0$ [4,9; 43,5] и $n=27$ (45%) ($p=0,003$); МРТ остеоит $n=6$ (12,5%) и $n=38$ (64%) ($p=0,0001$).

Выводы/заключение

МРТ позволяет уточнить причину боли и ограниченный движения в ТБС при АС, определить наличие у пациента ВИ, в том числе при отсутствии рентгенологических изменений в данных суставах. Пациенты с выраженными рентгенологическими изменениями ТБС (BASRI II–IV) имеют большую длительность и более высокую активность заболевания, чем больные с начальными рентгенологическими изменениями в ТБС. С увеличением рентгенологической стадии (BASRI II–IV) увеличивалась частота выявления остеоита по данным МРТ.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА НА ПОРАЖЕНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

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

Введение/цель

Коксит является одной из наиболее частых причин ранней инвалидизации больных анкилозирующим спондилитом (АС). При поражении тазобедренных суставов (ТБС) почти не встречается легкого течения АС. Цель – оценить влияние различных видов терапии на рентгенологическую прогрессию коксита при АС.

Материал и методы

Обследовано 30 больных (средний возраст $27,7 \pm 17$ лет) с диагнозом АС (по модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.), наблюдавшихся в течение 2 лет и имевших МРТ-признаки воспаления в тазобедренных

суставах. Средний возраст начала заболевания – 22,3±18,3 года, HLA-B27 выявлен у 77% больных. Медиана (Ме) продолжительности АС – 67 [12; 144] мес (BASDAI 5,9±3,1). Ме длительности клинических проявлений коксита к моменту исследования составила 45 мес [25-й; 75-й перцентили], а оценка боли в ТБС по ЧРШ – 6 [2; 8]. Помимо клинического и рентгенологического обследования, всем больным проводилось МРТ ТБС в режимах T1 и STIR. Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на три группы в зависимости от схемы лечения: 1-я группа – нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 2-я группа – генно-инженерные препараты (ГИБП)+НПВП, а 3-я группа – сочетание НПВП+БПВП (метотрексат или сульфасалазин). Пациентам 3-й группы при неэффективности терапии через полгода от начала лечения проводилась смена схемы лечения – НПВП+БПВП+ГИБП.

Результаты/обсуждение

По результатам анализа было выявлено, что в 1-й группе (НПВП; n=5) длительность АС составила 27 [12; 32] м, во 2-й группе (ГИБП; n=17) – 32 [18; 40] м и в группе 3 (БПВП; n=8) – 38 [18; 42] м; BASDAI – 2,5 [2,0; 3,7], 5,6 [4,1; 8,2] и 4,1 [3,6; 5,2]; BASFI – 1,7 [0,8; 3,2], 3,2 [2,6; 4,7] и 3,2 [1,9; 4,8]; ASDAS-СРБ – 2,0 [1,8; 3,0], 4,3 [3,8; 5,6] и 3,9 [2,6; 4,2]; СОЭ – 10 [3; 15], 30 [15; 60] и 18 [12; 28] мм/ч; СРБ – 7,0 [4,3; 10,7], 36 [15; 47] и 15,8 [8,4; 28,9] мг/мл; МРТ-синовит – n=5 (100%), n=17 (100%) и n=8 (100%); МРТ-остеит – n=0, n=6 (35%) и n=2 (25%); BASRI hip (0–I) – n=4 (80%), n=12 (70%) и n=7 (88%); BASRI hip (II–IV) – n=1 (20%), n=5 (30%) и n=1 (12%). В 3-й группе наблюдались 8 пациентов, из них 5 пациентов были переведены на комбинированную терапию. После двухлетнего наблюдения: BASDAI – 2,4 [1,8; 3,5], 1,8 [0,4; 2,6] и 3,2 [2,4; 4,6]; BASFI – 2,8 [1,8; 4,2], 2,8 [1,8; 3,6] и 3,6 [2,2; 5,0]; ASDAS-СРБ – 2,3 [1,9; 3,4], 2,6 [1,3; 3,7] и 2,3 [1,8; 3,6]; СОЭ – 12 [5; 15], 10 [0,8; 4,5] и 12 [6; 18]; СРБ – 6,8 [4,2; 11,0], 10,8 [0,8; 34] и 6,9 [4,7; 17,8] мг/мл; МРТ-синовит – 5 (100%), 4 (24%) и 1 (12,5%); МРТ-остеит n=0, n=2 (12%) и n=1 (12,5%); BASRI hip (0–I) – n=1 (20%), n=9 (53%) и n=7 (88%); BASRI hip (II–IV) n=4 (80%), n=8 (47%) и n=1 (12%).

Выводы/заключение

1. Длительно текущий синовит ТБС и КМО ТБС по данным МРТ можно рассматривать как факторы, обуславливающие рентгенологическое прогрессирование коксита у больных АС.

2. Комбинированная терапия ГИБП+НПВП и ГИБП+НПВП+БПВП снижает риск рентгенологического прогрессирования коксита.

3. Необходимо дальнейшее исследование с целью уточнения факторов прогрессирования коксита и влияние на них комбинированной терапии ГИБП+НПВП и ГИБП+НПВП+БПВП.

СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Азина И.Б., Павлова М.В.,

Кречикова Д.Г., Алдохина Е.О.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск, Россия

Введение/цель

Проблема инфекционного эндокардита (ИЭ) приобретает особую актуальность в связи с увеличением заболе-

ваемости и смертности. Заболеваемость ИЭ в России достигла 46,3 человека на 1 млн населения, в том числе среди лиц, употребляющих наркотики. Цель – выявить особенности эпидемиологии и клиники ИЭ у пациентов, поступивших на лечение в клиническую больницу скорой медицинской помощи (КБСМП) г. Смоленска в 2016 г.

Материал и методы

Анализ материалов историй болезни пациентов кардиологического и терапевтического отделений КБСМП г. Смоленска.

Результаты/обсуждение

Больные ИЭ составили 0,4% от всех госпитализированных пациентов (мужчин – 86,7%, женщин – 13,3%; средний возраст 34±2,5 и 62±2,3 года соответственно). ИЭ нативных клапанов выявлен у 73,3% больных, искусственных клапанов – у 26,7% больных. Наиболее часто поражен трикуспидальный клапан – 45%, затем митральный клапан – 30% и аортальный клапан. Эндокардит наркоманов встречался у 73,3% пациентов. По данным эхокардиографии, фракция выброса составила 58±1,8%, давление в легочной артерии 46,8±4,4 мм.рт.ст., конечно-диастолический размер левого желудочка – 5,2±0,31 мм, конечно-систолический размер левого желудочка – 3,5±0,2 мм. Размеры левого предсердия составили 4,02±0,19 мм, правого желудочка – 3,08±0,17 мм. Положительная гемокультура была у 13,3% больных, выделен золотистый стафилококк. Среди осложнений наиболее часто встречались нормохромная анемия (100%), нарушения ритма (86,6%), тромбоэмболия легочной артерии (26,6%), инфаркт-пневмония (26,6%), застойная сердечная недостаточность (20%). Для лечения использовались преимущественно ванкомицин (29%), цефтриаксон (22,6%), гентамицин (22,6%), реже – цефазолин (16,1%), ципрофлоксацин (6,5%). Летальность составила 0%.

Выводы/заключение

ИЭ наркоманов встречается у подавляющего числа пациентов, поступивших на лечение в КБСМП с диагнозом ИЭ (73,3%). Клиническая картина была типична: наиболее часто поражен трикуспидальный клапан (45%), регистрировалась легочная гипертензия и дилатация правых камер сердца, золотистый стафилококк выделен у 13,3% пациентов, среди осложнений преобладали нарушения ритма, тромбоэмболия легочной артерии и инфаркт-пневмония.

ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ АРТРИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ СУСТАВОВ И СЫВОРОТОЧНЫХ МАРКЕРОВ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Акимова А.А., Королев М.А.,

Омельченко В.О., Муллагалиев А.А.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии», Новосибирск, Россия

Введение/цель

Максимально ранняя диагностика и раннее начало активной терапии – залог успеха терапии ревматических заболеваний. Полиморфизм клинической картины определяет трудности дифференциальной диагностики ранних артритов. Цель – поиск новых опорных точек в дифференциальной диагностике ранних артритов.

Материал и методы

Проведено обследование 71 пациента с ранним артритом, средний возраст $44,7 \pm 10,7$ года. Всем пациентам выполнено общеклиническое исследование, УЗИ с использованием ЦДК в режиме ЭД кистей и стоп (для кистей в оценке использован упрощенный индекс W2), рентгенография таза и периферических отделов скелета, определение концентрации ревматоидного фактора, АЦЦП, ММР2, вЧСРБ, носительства HLAB27. В ходе динамических наблюдений были верифицированы диагнозы: ревматоидный артрит (РА) – 22 пациента, анкилозирующий спондилит (АС) – 7 пациента, псориатический артрит (ПА) – 17 пациента, подагра и др. – 13 пациента.

Результаты/обсуждение

Проведен анализ частоты встречаемости различных УЗ-маркеров (эрозия, гиперваскуляризация, тендинит, бурсит). Сравнение значений УЗ-индексов W2 (В) и W2 (D) между группами показало, что различия между группами были статистически значимыми как для индекса W2 (В), $\chi^2(3) = 21,262$, $p < 0,001$, так и для индекса W2 (D), $\chi^2(3) = 23,885$, $p < 0,001$, что обусловлено высокими значениями УЗ-индексов в группе РА по сравнению с остальными. Анализ возможности использования таких признаков, как присутствие у пациента эрозий, энтезитов и ахиллобурситов, для предварительной классификации пациентов по возможным типам артрита показал, что наличие эрозий может быть использовано для оценки шансов развития РА, наличие энтезитов и ахиллобурсита может быть использовано для оценки шансов развития спондилоартрита (SpA). Сравнение пациентов в группе SpA показало, что уровень ММР2 был значительно выше в подгруппе ПА при более низком уровне вЧСРБ, по сравнению с АС, где уровень ММР2 оказался значительно ниже в сочетании с высоким уровнем вЧСРБ.

Выводы/заключение

Методы ультрасонографии и цветного доплеровского картирования суставов являются эффективными методами оценки доклинических проявлений ревматических заболеваний. Дополнительное исследование сывороточного уровня таких маркеров воспаления, как ММР2 и вЧСРБ, в сочетании с УЗ-признаками позволяет оптимизировать алгоритм дифференциальной диагностики у пациентов с ранним артритом.

**СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ
ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ
СПОНДИЛОАРТРИТОМ**

Аксенова Т.А., Иващенко Н.Ф., Царенок С.Ю.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита, Россия

Введение/цель

Исследовать параметры центрального аортального давления и артериальной ригидности при суточном мониторинге у больных анкилозирующим спондилоартритом (АС).

Материал и методы

Обследовано 28 пациентов с АС, средний возраст $39,1 \pm 11,4$ года. Длительность болезни составила $5,6 \pm 4,8$ года. Рентгенологическая стадия по Kellgren составила $2,03 \pm 1,69$. ASDAS-СРБ составил $3,06 \pm 0,67$, BASDAI – $3,85 \pm 1,71$. В обследуемой группе С-реактивный белок составил $20,6 \pm 18,3$ мг/мл, СОЭ – $23,8 \pm 14,06$ мм/ч. Конт-

рольная группа включала 20 практически здоровых лиц. Суточное мониторирование артериального давления проводилось на аппарате BPLab v.3.2 с изучением параметров артериальной ригидности. Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Манна–Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты/обсуждение

Систолическое аортальное давление (САД_{ао}) среднее за сутки у больных АС было выше на 6,5% ($p = 0,062$), диастолическое аортальное давление (ДАД_{ао}) среднее за сутки – на 7,9% ($p = 0,079$) по сравнению с группой здоровых лиц. САД_{ао} минимальное за сутки у пациентов с АС было выше по сравнению с контрольной группой на 19,6% ($p = 0,014$), ДАД_{ао} минимальное за сутки – на 27,9% ($p = 0,017$). САД_{ао} среднее в дневные часы у пациентов с АС превышало значения здоровых лиц на 4,9% ($p = 0,043$), ДАД_{ао} среднее за день – на 15,5% соответственно ($p = 0,012$). Скорость распространения пульсовой волны средняя за сутки (PWV_{ср}) у пациентов с АС составила $8,6 \pm 1,2$ м/с и была на 11,9% ($p = 0,034$) выше показателя контрольной группы, PWV_{макс} – $13,2 \pm 3,5$ м/с, что на 23,1% ($p = 0,008$) превышало данные здоровых лиц. Амбулаторный индекс ригидности артерий (AASI) был выше на 40,4% ($p = 0,046$) у пациентов с АС. Индекс эффективности субэндокардиального кровотока (SERV) средний за сутки в обследуемой группе был ниже на 14,3% ($p = 0,00001$) по сравнению с контрольной группой, SERV средний за день – на 12,1% ($p = 0,0002$), SERV средний за ночь – на 16,7% ($p = 0,008$). Индекс BASMI демонстрировал прямую корреляционную взаимосвязь со средним значением индекса аугментации как в дневное время ($r = 0,39$, $p = 0,045$), так и в ночные часы ($r = 0,42$, $p = 0,031$). ASDAS-СОЭ был взаимосвязан с минимальным значением САД_{ао} ($r = 0,445$, $p = 0,022$). Выявлена взаимосвязь между рентгенологической стадией сакроилеита и пульсовым аортальным давлением (ПАД_{ао}): ПАД_{ао} среднее ($r = 0,44$, $p = 0,021$), ПАД_{ао} максимальное ($r = 0,44$, $p = 0,022$).

Выводы/заключение

PWV средняя и максимальная за сутки, AASI и некоторые показатели САД_{ао} и ДАД_{ао} у пациентов с АС были выше по сравнению с контрольной группой. SERV средний за сутки, день и ночь при АС был снижен по сравнению с контрольной группой.

ВАЛИДАЦИЯ ОПРОСНИКА EQ-5D-5L В РОССИИ

Акулова А.И., Гайдукова И.З., Ребров А.П.

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

Введение/цель

Согласно международным рекомендациям основная цель лечения спондилоартритов (SpA) – максимально долгое сохранение качества жизни (КЖ) пациента, для чего необходимо использование валидированных индексов оценки. Цель работы – выполнить валидацию русскоязычной версии EQ-5D-5L у пациентов со SpA.

Материал и методы

В исследование включены 163 пациента старше 18 лет, соответствующих критериям ASAS для аксиального (2009) или периферического (2011) SpA, подписавших формы информированного согласия. Активность SpA оценивали с помощью индексов BASDAI и ASDAS, функциональный статус – индексов BASFI, HAQ, подвижность

позвоночника – индекса BASMI. Для комплексной оценки состояния здоровья пациента использован индекс здоровья ASAS (ASAS HI). Для оценки КЖ – опросник EQ-5D-5L. Воспроизводимость изучали с помощью вычисления коэффициента Кронбаха α . Чувствительность к изменениям оценивали по данным исследования в динамике у пациентов, сохранивших стабильное состояние (через 5–7 дней), и у пациентов, достигших улучшения на фоне лечения нестероидными противовоспалительными препаратами и и-ФНО α (через 2–24 нед). Оценивали взаимосвязи с индексами активности и функционального статуса больных (конструктивная валидность).

Результаты/обсуждение

Средний возраст (Me [25%; 75%]) пациентов составил 39,50 [28,0; 48,0] года, длительность заболевания 102,5 [23,0; 196,5] мес, 58,54 % мужчин, 78% HLA-B27 позитивных пациентов, BASDAI 5,40 [3,2; 6,8], BASFI 5,60 [2,6; 7,5], ASDAS 3,19 [2,5; 4,2], BASMI 4,20 [3,0; 6,4], ASAS HI 9,00 [7,0; 12,0], HAQ 1,00 [0,5; 1,5], EQ-5D-5L 0,53 [0,3; 0,6]. Установлены значимые взаимосвязи между результатом опросника EQ-5D-5L и индексами BASDAI ($r=0,63$), BASFI ($r=-0,71$), ASDAS ($r=-0,46$), ASAS HI ($r=0,68$), HAQ ($r=-0,66$), $p<0,05$ для всех. При повторном тестировании пациентов в стабильном состоянии ($n=66$) через 5–7 дней не получили статистически значимых различий между значениями EQ-5D-5L. Коэффициент внутреннего постоянства Кронбаха $\alpha=0,97$. При положительном ответе на лечение ($n=40$) выявлены различия между результатом тестирования до и после назначения лечения: величина EQ-5D-5L на момент первого визита – 0,54 [0,4; 0,6], на момент второго визита – 0,60 [0,4; 0,7], $p=0,01$.

Выводы/заключение

Выявлены взаимосвязи между результатом опросника и активностью заболевания, функциональным статусом и общей оценкой здоровья ASAS HI. Опросник EQ-5D-5L обладает валидностью, воспроизводимостью и чувствительностью к изменениям, что продемонстрировано у пациентов со СПА.

БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Алекберова З.С.

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

Введение/цель

Болезнь Бехчета (ББ) – мультисистемное заболевание, характеризующееся рецидивирующим язвенным поражением ротовой полости и гениталий, патологией глаз. Другие органические симптомы могут присоединяться спустя месяцы и даже годы. Диагноз ББ базируется на совокупности клинических симптомов, поскольку биологические тесты отсутствуют. Цель – обсудить данные, касающиеся изменений номенклатуры и распространенности ББ.

Результаты/обсуждение

Участники международной конференции по номенклатуре васкулитов (2012) пришли к заключению, что при ББ в процесс вовлекаются сосуды венозного и артериального русла любого калибра (ранее ББ относили к васкулиту мелких сосудов). Согласно нашим данным частота тромбозов с локализацией в крупных сосудах (печеночных, подвздошных, полых, подключичных и других вен) составила 32% ($n=171$). Распространенность ББ ассоциируется с Великим шелковым путем (ВШП). Однако гло-

бальные миграционные процессы меняют ситуацию. Сегодня пациента с ББ можно встретить в любом регионе мира, далеко от ВШП. Клиническая картина ББ тоже меняется в сторону нарастания числа пациентов с неполными формами заболевания.

Выводы/заключение

Ранняя диагностика, своевременное адекватное лечение тяжелых проявлений могут изменить течение и прогноз ББ.

АНТИТЕЛА К DFS70 – НОВЫЙ БИОМАРКЕР ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОЗА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У АНФ-ПОЗИТИВНЫХ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Александрова Е.Н., Верижникова Ж.Г.,
Новиков А.А., Панафилина Т.А., Попкова Т.В.

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

Введение/цель

Антинуклеарные антитела (АНА) – основной серологический маркер системной красной волчанки (СКВ) и других системных аутоиммунных заболеваний (САЗ). Непрямая реакция иммунофлюоресценции (НРИФ) на HEp-2-клетках служит «золотым стандартом» при скрининговом исследовании АНА (антинуклеарного фактора – АНФ). НРИФ-HEp-2 обладает высокой чувствительностью, но низкой специфичностью. До 20% здоровых лиц могут быть позитивными по АНФ, что наиболее часто обусловлено наличием антител (АТ) к DFS70, имеющих плотное мелко-крапчатое (dense fine speckled) свечение при взаимодействии с 70 кДа ядерным антигеном. Моноспецифические АТ к DFS70 негативно ассоциируются с САЗ. Цель – оценить частоту обнаружения АТ к DFS70 у здоровых лиц и больных СКВ.

Материал и методы

Исследованы сыворотки 45 здоровых доноров (ЗД) (36 женщин и 9 мужчин; возраст 50,4 [24,0; 72,0] года) и 12 больных СКВ (критерии SLICC 2012 г.) (10 женщин и 2 мужчин; возраст 38,9 [17,0; 65,0] года; длительность заболевания 100,3 [4,0; 432,0] мес; SLEDAI 2K 11,7 [2; 30] баллов). Классические АНА и АТ к DFS определялись новым методом НРИФ с использованием в качестве субстрата смеси стандартных HEp-2-клеток и DFS70-КО HEp-2-клеток («Trinity Biotech», Ирландия). Нокаутированные DFS-КО HEp-2-клетки ингибируют связывание АТ к DFS с таргетным антигеном, позволяя четко дифференцировать DFS от классических типов ядерного свечения. Верхняя граница нормы для АНА соответствовала титрам флюоресценции $\geq 1:160$.

Результаты/обсуждение

АНФ-позитивными были 15,6% ЗД и 100% больных СКВ. Классические АНА с гомогенным, крапчатым, смешанным типами свечения и отсутствием АТ к DFS70 выявлены у всех больных СКВ и у 6,7% ЗД. Моноспецифические АТ к DFS70 без классических АНА присутствовали у 8,9% ЗД. Среди АНФ-позитивных ЗД частота изолированного обнаружения АТ к DFS70 составляла 57%. В группе ЗД классические АНА и АТ к DFS70 определялись в низких и средних титрах (1:160–1:320). Частота выявления АТ к DFS70 не зависела от возраста.

Выводы/заключение

Выявление моноспецифических АТ к DFS70 может рассматриваться в качестве потенциального критерия для

исключения диагноза СКВ. Одноэтапный анализ АТ к DFS70 методом НРИФ с использованием Нер-2/DFS70-КО-клеток устраняет необходимость применения других подтверждающих тестов при исследовании данных АТ.

РОЛЬ АНТИТЕЛ К КСАНТИНОКСИДАЗЕ И АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЕ В РАЗВИТИИ СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С ПРИЗНАКАМИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

Александров А.В., Алехина И.Ю., Александрова Н.В., Ненашева Н.В., Александров В.А. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», Волгоград, Россия

Введение/цель

Целью работы явилось изучение процессов образования антител к ксантиноксидазе (КО) и аденозиндезаминазе (АДА) у больных системной красной волчанкой (СКВ) с лабораторными признаками вторичного антифосфолипидного синдрома (АФС).

Материал и методы

В исследование были включены 30 здоровых лиц и 60 пациентов с СКВ с различными клиническими проявлениями. Антитела (Ат) к исследуемым ферментам определяли в разработанной нами методике непрямого ELISA-теста с использованием иммобилизированной формы соответствующего фермента в качестве антигенной матрицы. Бетта2-гликопротеин-I-зависимые антитела к фосфолипидам (аФЛ) класса IgG и IgM определяли с использованием тест-набора «Anti-Phospholipid Screen IgG/IgM» (Orgentec). В группе здоровых лиц (30 человек) уровень аФЛ IgG/IgM не превышал 10 GPL/MPL-U/ml.

Результаты/обсуждение

Количество больных СКВ с повышенным уровнем Ат к АДА составило 51,6%, Ат к КО – 53,3%. У 25 (41,7%) больных СКВ были выявлены аФЛ класса IgG, у 19 (31,7%) – аФЛ класса IgM. В результате многофакторного дисперсионного анализа была установлена ведущая роль аФЛ в развитии АФС ($F=52,5$; $p<0,001$). У пациентов с СКВ, позитивных по наличию Ат к АДА, аФЛ класса IgG (но не аФЛ класса IgM) обнаруживались чаще и в более высоком титре, чем у больных СКВ, негативных по данным антителам ($p=0,029$). Совместное выявление Ат к АДА и аФЛ у больных СКВ ассоциировалось с проявлениями цитопенического синдрома ($p=0,019$). Повышенные уровни Ат к КО достоверно чаще обнаруживались у пациентов, позитивных как по наличию аФЛ класса IgG ($p=0,036$), так и аФЛ класса IgM ($p=0,044$). Сравнение между собой групп больных СКВ, позитивных и негативных по наличию Ат к КО, продемонстрировало увеличение частоты выявления признаков васкулопатии ($\chi^2=4,4$; $p=0,042$). Учитывая прямую связь между уровнем Ат к КО и уровнем ЦИК можно предположить, что Ат к КО в составе ЦИК оказывают определенное влияние на трансформацию «ксантиноксидаза ↔ ксантиндегидрогеназа» в сторону увеличения образования КО и, как следствие, к существенному увеличению генерации супероксидных радикалов, высвобождению в экстрацеллюлярное пространство ионов кальция и,

кроме того, агрегации тромбоцитов и повышению вязкости крови.

Выводы/заключение

Антитела к КО и АДА могут являться одним из факторов развития и поддержания сосудистых нарушений у больных СКВ, а их выявление может быть использовано в качестве дополнительного теста в комплексной диагностике СКВ с признаками АФС.

РОЛЬ АНТИТЕЛ К КСАНТИНОКСИДАЗЕ В РАЗВИТИИ ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Алехина И.Ю., Александрова Н.В., Александров В.А., Ненашева Н.В., Александров А.В. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», Волгоград, Россия

Введение/цель

Целью работы явилась разработка дополнительных критериев клинико-лабораторной диагностики ревматических заболеваний (РЗ) с помощью иммобилизованных антигенных наносистем (АНС) на основе ксантиноксидазы (КО, ЕС 1.1.3.22).

Материал и методы

Исследовалась сыворотка крови 30 доноров, 68 больных системной красной волчанкой (СКВ), 142 больных ревматоидным артритом (РА) и 83 больных системной склеродермией (ССД). В качестве антигена использовали коммерческий препарат ксантиноксидазы (Cat. № X 2252). АНС представляли собой двойные полиакриламидные микрогранулы размером 10–100 мкм с иммобилизованным в их структуру антигеном (КО). Для исследования количества аутоантител к КО в сыворотке крови больных РЗ использовали традиционный вариант иммуноферментного метода (ИФА), а также разработанный нами вариант ИФА с применением АНС.

Результаты/обсуждение

Антитела к КО (анти-КО) были выявлены у 47,1% больных СКВ, 51,4% больных РА и 48,2% больных ССД. При СКВ отмечена положительная корреляция уровня анти-КО со значениями индекса SLEDAI ($r=0,406$) и отрицательная корреляция с биохимической активностью КО в сыворотке крови ($r=-0,316$). Наиболее высокие уровни анти-КО отмечались у больных СКВ с поражением печени ($p=0,017$), органов ЖКТ ($p=0,048$) и у больных с выраженным цитопеническим синдромом ($p=0,035$). При РА выраженность аутоантителогенеза к КО зависела от активности (индекс DAS 28) заболевания ($p=0,038$) и наличия внесуставных проявлений ($p=0,008$). Повышенные уровни анти-КО ассоциировались с поражением органов ретикуло-эндотелиальной системы с выраженным цитопеническим синдромом ($p=0,018$). При ССД в группе больных, позитивных по анти-КО, статистически значимо чаще выявлялись анемия ($p=0,005$) и выраженный синдром Рейно ($p=0,03$). Изменение функциональной активности КО у больных воспалительными РЗ может быть связано с аутоиммунными нарушениями, когда под воздействием специфических антител происходит усиление процессов трансформации D-формы фермента (ксантиндегидрогеназа) в O-форму (ксантиноксидаза), что в итоге ведет к существенному увеличению генерации супероксидных радикалов, оказывающих повреждающее

действие на липиды, белки и другие компоненты клетки, в результате чего они приобретают свойства аутоантител и стимулируют выработку антител, имеющих вторичное повреждающее действие.

Выводы/заключение

Изучение клинических корреляций аутоантител к КО позволяет улучшить диагностические подходы и детализировать роль данных Ат в повреждении органов и систем при СКВ, РА и ССД.

ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Алиахунова М.Ю.

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

Введение/цель

Изучить ассоциации между поражением сердца и аорты и клиническими проявлениями и характеристиками анкилозирующего спондилита (АС).

Материал и методы

Обследовано 46 пациентов не старше 60 лет с диагнозом АС, без сопутствующей сердечной патологии, наблюдавшихся в центре, средняя продолжительность заболевания — $13,6 \pm 9,1$ года. HLA-B27 выявлен у 97% больных. Из них 18,6% имели одну атаку увеита в течение заболевания. Артрит периферических суставов — у 46,5% больных, у 53,5% — аксиальная форма АС. Диагноз АС устанавливался на основании модифицированных Нью-Йоркских критериев. Всем больным проводились электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты/обсуждение

У 24 пациентов блокада левой ножки пучка Гиса, из них увеит — у 31,8%, периферический артрит — у 68%. Из 22 человек, не имевших нарушений проводимости, увеит — у 16,7%, периферический артрит — у 43%. Изменения аорты и клапанов — у 59,2% с увеитом и у 37,8% без увеита, у 57% с артритом и у 23% — без артрита. По данным ЭКГ нарушения кардиальной проводимости — у 12,8% больных. Атриовентрикулярная блокада — у 5,8%. Внутрижелудочковая блокада — у 7,8%. У 3 пациентов — полная блокада левой ножки пучка Гиса, у 2 — полная блокада правой ножки пучка Гиса, у 22 — неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Значимых различий других средних величин показателей (возраст, длительность болезни, индекс BASDAI, СОЭ) не выявлено. Нарушения проводимости с увеитом — 23,4%, без увеита — 10,3%, с периферическим артритом — 19%, с изолированным спондилитом — 7,6%. Эхокардиографические изменения аорты и клапанов сердца — у 44,5%. Дилатация корня аорты — у 35,6%, утолщение створок митрального клапана — у 14,8%, утолщение створок аортального клапана — у 31,7%. Частота изменений аорты и клапанов сердца возрастала по мере продолжительности АС: при длительности болезни от 1 года до 5 лет — 6,7% и $26-30$ лет — 20%. ЭхоКГ изменения аорты и клапанов сердца у пациентов с увеитом — 59,3%, чем без увеита — 37,8%, с периферическим артритом — 57%, с изолированным спондилитом — 23%.

Выводы/заключение

Установлено, что у больных АС в случае наличия каких-либо внепозвоночных симптомов возрастает риск развития других системных проявлений. Поражение сердца у больных АС достоверно чаще выявляется при наличии

увеита и артрита периферических суставов, а увеит и периферический артрит — достоверно чаще у больных с изменениями сердца.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Алиахунова М.Ю.

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

Введение/цель

Изучить клинико-иммунологические взаимосвязи у больных реактивным артритом (РеА) различной этиологии.

Материал и методы

Диагноз РеА у пациентов был верифицирован с использованием критериев, предложенных Э.Р. Агабабовой (2003). Среди больных РеА было 18 женщин и 20 мужчины, средний возраст — $31,2 \pm 1,1$ года, средняя длительность заболевания — $20,4 \pm 3,5$ мес. Большую часть составили пациенты с хламидийным РеА — 61,2%, постэнтероколитический РеА был диагностирован у 34,9% больных. Оценка суставного синдрома включала подсчет болезненных и припухших суставов и суставного индекса Ritchie. Лабораторные методы исследования включали клинический анализ крови, определение содержания общего белка и белковых фракций, трансаминаз, креатинина, СРБ и иммуноглобулинов класса А, М и G, CD3+, CD4+, CD8+ Т-лимфоцитов и CD19+ В-лимфоцитов и уровней цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-4, ИЛ-6, ИФ- γ , ФНО- α и ИЛ-1Ra) в крови.

Результаты/обсуждение

У 11 больных РеА с I степенью активности клинические симптомы заболевания были слабо выражены. При УЗИ коленных суставов у 13 больных выявлялись признаки синовита. У 71% больных РеА диагностировалась хламидийная или кишечная инфекция, в 47,7% определялись признаки сакроилеита. У больных урогенитальным РеА с наличием лабораторных признаков хламидийной инфекции наблюдалось повышение общего количества лимфоцитов периферической крови и их субпопуляций (CD3+, CD4+, CD8+ Т-лимфоцитов). У больных РеА наблюдалось повышение содержания ФНО- α и ИЛ-1 β и снижение ИЛ-4 и ИЛ-1Ra в сыворотке крови по сравнению с группой здоровых доноров. Содержание Ig G в крови больных РеА коррелирует со степенью активности, а его высокий уровень является фактором риска хронизации заболевания.

Выводы/заключение

Таким образом, у больных урогенитальным РеА с наличием лабораторных признаков хламидийной инфекции наблюдается достоверное повышение как общего количества лимфоцитов периферической крови, так и отдельных их субпопуляций CD3+, CD4+, CD8+ Т-лимфоцитов, что свидетельствует об активации Т-клеточного звена иммунитета, также наблюдалось повышение содержания ФНО- α и ИЛ-1 β и снижение ИЛ-4 и ИЛ-1Ra в сыворотке крови по сравнению с группой здоровых доноров, что свидетельствует о провоспалительном характере цитокинового профиля при этом заболевании.

ВЫБОР ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТА

Алиев Д.Б., Зоткин Е.Г.

СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая
больница № 25», Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Изучить влияние комбинированной терапии ревматоидного артрита (РА) с включением ингибитора TNF α (инфликсимаб) на основные показатели эффективности у пациентов старшего возраста (≥ 60 лет).

Материал и методы

Осуществлено динамическое наблюдение за 49 пациентами РА в течение 6 мес. В группу пациентов старше 60 лет вошли 27 человек (6 мужчин и 21 женщина), средний возраст – $66,3 \pm 5,28$, длительность заболевания – 6,7 года (от 1 до 28 лет). Группа сравнения представлена 22 пациентами (6 мужчин и 16 женщин) в возрасте $46,6 \pm 10,6$ лет с длительностью РА 4,2 года (от 1 до 12 лет). Пациенты старшей возрастной группы имели больший стаж заболевания и, соответственно, более продвинутой рентгенологической стадии заболевания. При этом обе группы не различались по индексу DAS28, активность заболевания была высокой. Характер базисной противоревматической терапии оказался схожим: метотрексат получали пациенты из группы старше 60 лет в 74% случаев, а из группы моложе 60 лет – в 75%, лефлунамид – в 25 и 22% случаев соответственно. Оценивались следующие показатели в ходе динамического наблюдения через 3 и 6 мес от начала терапии инфликсимабом: СОЭ, DAS28, HAQ, общая активность заболевания по мнению врача, по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты/обсуждение

Во всех случаях комбинированная терапия РА с включением инфликсимаба продемонстрировала снижение активности заболевания и улучшение функционального состояния пациентов вне зависимости от возраста. В обеих группах не было пациентов, не ответивших на терапию ингибиторами TNF α . Отмечены следующие нежелательные явления, развившиеся к 6-му месяцу терапии инфликсимабом среди пациентов старше 60 лет: 1 случай аденокарциномы простаты и 1 случай СКВ-подобного синдрома.

Выводы/заключение

Терапия инфликсимабом оказалась эффективной как в группе пациентов с РА старше, так и моложе 60 лет. У пациентов с РА старше 60 лет на фоне терапии инфликсимабом отмечалась положительная лабораторная динамика (снижение СОЭ) и улучшение функционального состояния по индексу HAQ. Требуется тщательный мониторинг сопутствующих заболеваний с учетом повышенного риска развития их осложнений у пациентов старшей возрастной группы.

БЕЗОПАСНОСТЬ РИТУКСИМАБА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: СПЕКТР НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ

Ананьева Л.П., Конева О.А.,

Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Овсянникова О.Б.,
Захарова А.Ю., Волков А.В., Гарзанова Л.А.

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

Введение/цель

Новое поисковое направление лечения ССД – анти-В-клеточная терапия, в частности, моноклональные антитела к В-клеточному поверхностному рецептору CD20 (ритуксимаб – РТМ).

Материал и методы

У 90 больных ССД, получивших как минимум одну или часть одной инфузии РТМ, независимо от дозы, оценены данные по его безопасности в рамках открытого проспективного наблюдательного исследования, проводившегося в течение 7 лет. Все больные получали РТМ дополнительно к проводимой терапии глюкокортикоидами и/или иммуносупрессантами. Показаниями для назначения РТМ были неэффективность или невозможность проведения стандартной терапии и тяжелое течение заболевания с высокой активностью и неблагоприятными признаками прогноза.

Результаты/обсуждение

Пациенты получили в среднем 2,4 курса РТМ (1–6). Средняя продолжительность наблюдения за больными после первого введения составила $2,4 \pm 1,7$ года [218 пациенто-лет (ПЛ)]. Нежелательные явления (НЯ) зарегистрированы у 29 больных (32%), общая частота НЯ составила $13,3/100$ ПЛ (95% ДИ 9,4–18,4). Наиболее высокая частота всех НЯ наблюдалась в первые 6 мес после первого курса. Развития фатальных НЯ не было. Наиболее частыми НЯ были инфекции ($n=16$), при этом возникновения серьезных оппортунистических инфекций не наблюдалось. Общая частота всех инфекций была $7,3/100$ ПЛ (95% ДИ 4,6–11,6) и серьезных инфекций – $0,92/100$ ПЛ (ДИ 0,25–3,3). Инфузионные реакции возникли у 6 больных ($2,7/100$ ПЛ, ДИ 1,3–5,9). Другие НЯ отмечены у 6 больных (6,6%). Общая частота серьезных НЯ составила $3,7/100$ ПЛ (95% ДИ 1,87–7). Среди серьезных НЯ отмечены: острая пневмония (2 больных), инфузионные реакции (2), церебральная ишемия (1), острый панкреатит (1), аллергический пневмонит (1) и лимфома гортани (1). Зафиксировано 8 летальных случаев ($3,67/100$ ПЛ, 95% ДИ 1,87–7). Во всех случаях больные умерли от прогрессирования недостаточности функций жизненно важных органов, возникшей до начала лечения РТМ. Причинами смерти были: интерстициальное поражение легких у 4 больных, почечный криз у 2, сердечная недостаточность на фоне склеродермической кардиопатии у 1 и дыхательная недостаточность у больной с легочной артериальной гипертензией в сочетании с легочным фиброзом.

Выводы/заключение

Общий профиль безопасности РТМ при ССД в нашем исследовании был сходным с другими ревматическими заболеваниями и совпадает с данными для ССД, опубликованными в литературе. Частота смертных случаев сравнима с таковой при других тяжелых аутоиммунных заболеваниях в наблюдательных исследованиях. В данной работе лечение РТМ не предупреждало прогрессирования ССД у больных с уже имеющимися признаками недоста-

точности функций жизненно важных органов, в связи с чем назначение РТМ не должно рассматриваться как «терапия отчаяния».

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ, ПРИНИМАВШИХ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПОСТОЯННО И КУРСАМИ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)

Апаркина А.В., Гайдукова И.З.,

Хонджарян Э.В., Ребров А.П.

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

Введение/цель

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются неотъемлемым звеном лечения спондилоартритов (СпА) и (одновременно) фактором изменения функции почек. Пациентам с одинаковой активностью болезни НПВП назначаются по-разному. Цель исследования – провести сравнительный анализ повреждения почек у пациентов со СпА, принимавших НПВП постоянно и курсами.

Материал и методы

Обследовали 96 пациентов с СпА, отвечающих критериям ASAS 2009 г. Возраст пациентов $41,3 \pm 10,1$ года, длительность заболевания $17,4 \pm 5,5$ года, длительность приема НПВП $17,3 \pm 5,6$ года. Пациенты со СпА разделены на группу постоянного приема НПВП (≥ 4 дней в неделю, $n=49$) и группу приема курсами (не менее трех курсов по 10 дней за год, $n=47$). Пациенты двух групп сопоставимы по возрасту, длительности заболевания и приема НПВП. Рассчитывали индекс приема НПВП (индекс ASAS) за последний год приема, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – по формуле (СКД-ЕРИ), определяли уровень альбумина в утренней порции мочи с расчетом отношения альбумин/креатинин мочи (мг/г) на момент вступления в исследование и в динамике через год. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Statistica 6.0 (StatSoft, США).

Результаты/обсуждение

Индекс ASAS составил $94,2 \pm 66,0\%$ у лиц с постоянным приемом НПВП и $10,2 \pm 10,24\%$ при курсовом приеме. СКФ у пациентов при постоянном и курсовом приеме НПВП была сопоставима исходно ($89,0 [80,0; 102,0]$ и $91,0 [81,0; 102,0]$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ соответственно, $p \geq 0,05$) и через год приема ($90,0 [86,0; 106,0]$ и $90,23 [88,0; 103,5]$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ соответственно, $p \geq 0,05$). При постоянном приеме α_1 -микроглобулин мочи = $18,88 [13,48; 39,35]$ мг/г, альбумин мочи = $25,35 [21,71; 39,90]$ мг/г, при курсовом приеме – $23,40 [15,20; 48,76]$ и $31,06 [20,52; 44,03]$ мг/г, $p \geq 0,05$ для всех. Через 1 год наблюдения при постоянном приеме НПВП уровень альбуминурии стал выше исходного $30,96 [21,34; 47,90]$ мг/г, $p = 0,001$, микроглобулин мочи не изменился $23,58 [15,41; 47,90]$ мг/г, $p \geq 0,05$. При курсовом приеме НПВП достоверного повышения α_1 -микроглобулина ($33,37 [19,44; 54,43]$ мг/г) и альбумина мочи ($38,74 [20,39; 68,14]$ мг/г) не выявлено, $p \geq 0,05$. Итоговые показатели функции канальцев у пациентов обеих групп сопоставимы ($p \geq 0,05$).

Выводы/заключение

При СпА клубочковая и канальцевая функции почек при постоянном приеме НПВП и приеме курсами сопоста-

вимы. При приеме НПВП в постоянном режиме более года у пациентов со СпА отмечается повышение уровня альбуминурии относительно исходного уровня.

ВЗАИМОСВЯЗЬ БОЛИ В СУСТАВАХ И НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ

Атаянц О.К., Завалихина Т.В., Голуб Е.В., Павлова Л.Б., Козлова И.А., Строганова И.В.

ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия

Введение/цель

Изучить взаимосвязь выраженности болевого суставного синдрома и нарушений сердечного ритма у больных с ювенильными артритами

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 30 детей, получавших лечение в ревматологическом отделении ДККБ. Из них 14 мальчиков и 16 девочек в возрасте от 3 до 15 лет. Диагноз был установлен на основании критериев отечественной классификации ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА). Всем детям проведены общеклинические исследования, определение острофазовых показателей воспаления, ревматоидного фактора (РФ), антинуклеарного фактора, антител к циклическому цитрулинированному пептиду, УЗИ суставов, электрокардиография (ЭКГ), по показаниям – компьютерная томография суставов, УЗИ органов брюшной полости, сердца. Выраженность болевого синдрома оценивалась по 100 мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ), где 0 мм соответствует отсутствию боли, 100 мм – очень сильная боль. Длительность заболевания ЮРА у наших пациентов – от 1–3 мес до 1 года.

Результаты/обсуждение

Среди наблюдаемых больных с диагнозом ЮРА, полиартикулярный вариант РФ(-), было 5 детей, полиартикулярный ЮРА РФ(+) – 1 ребенок, пауциартикулярный ЮРА – 24 ребенка. Воспалительная активность по лабораторным данным выявлена у 10 пациентов, клинически активные суставы определялись у всех 30 детей. Болевой суставной синдром умеренной выраженности определялся у 16 детей, сильная боль – у 1 ребенка, выраженный болевой синдром – у 13 детей. На ЭКГ, проведенной в начале курации, выявлены синусовая тахикардия – у 14 детей, миграция водителя ритма по предсердиям – у 3 детей, синусовая брадиаритмия – у 1 ребенка, синусовая аритмия – у 8 детей, атриовентрикулярная блокада 1 степени – у 2 детей, неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 3 детей. По данным ЭКГ после купирования болевого синдрома или уменьшения его выраженности спектр нарушений сердечного ритма не изменился, уменьшилось количество пациентов с синусовой тахикардией до 3 человек, с миграцией водителя ритма – 1 пациент. Число синусовой брадиаритмии, синусовой аритмии, атриовентрикулярных блокад, неполной блокады правой ножки пучка Гиса не изменилось.

Выводы/заключение

У детей с болевым суставным синдромом при ЮРА выявляются различные аритмии сердца функционального генеза. С купированием боли уменьшается число синусовой тахикардии и миграции водителя ритма как проявление общей вегетативной реакции организма на боль.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ НИКОТИНАМИД- ФОСФОРИБОЗИЛТРАНСФЕРАЗЫ И ЛАБОРАТОРНЫМИ МАРКЕРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ахвердян Ю.Р., Заодовский Б.В.,
Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е., Зборовская И.А.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии»,
Волгоград, Россия

Введение/цель

Изучить корреляцию между уровнем никотинамид-фосфорибозилтрансферазы в сыворотке крови и лабораторными маркерами воспаления у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы

Мы определили уровень никотинамид-фосфорибозилтрансферазы (висфатина) у 140 пациентов с РА (96 женщин и 44 мужчины). Контрольная группа состояла из 20 женщин и 10 мужчин в возрасте от 22 до 55 лет без жалоб на боли в суставах в течение жизни. Средняя длительность заболевания составила $5,94 \pm 0,37$ лет. Уровень никотинамид-фосфорибозилтрансферазы в сыворотке крови определялся непрямым твердофазным иммуноферментным методом с использованием тест-систем RaiBiotech, cat № EIA-VIS-1.

Результаты/обсуждение

После определения уровня никотинамид-фосфорибозилтрансферазы все пациенты с РА были разделены нами на две группы: 1-я группа (118 пациентов) – с повышенным уровнем никотинамид-фосфорибозилтрансферазы в сыворотке крови (более $3,9$ нг/мл) и 2-я группа (22 пациента) – с нормальными показателями. В каждой из двух групп были определены уровни СРБ и СОЭ. Пациенты группы с повышенным уровнем висфатина имели следующие лабораторные показатели ($M \pm m$): СОЭ – $37,83 \pm 1,57$, СРБ (норма – менее $5,0$ мг/л) – $56,09 \pm 3,73$. Во 2-й группе показатели были следующими: СОЭ – $22,46 \pm 0,56$, СРБ – $21,65 \pm 1,38$. Таким образом, больные с повышенным уровнем никотинамид-фосфорибозилтрансферазы имели достоверно более высокие концентрации СОЭ и СРБ ($p < 0,001$).

Выводы/заклучение

Выявлена связь между уровнем никотинамид-фосфорибозилтрансферазы в сыворотке крови и лабораторными маркерами воспаления при РА, что подтверждает данные о том, что повышение уровня никотинамид-фосфорибозилтрансферазы у больных РА связано с активностью заболевания. Для пациентов с повышенным уровнем никотинамид-фосфорибозилтрансферазы в сыворотке крови был характерен более высокий уровень СРБ и СОЭ.

О ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Бабаджанов Ж.К.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской
академии, Ургенч, Узбекистан

Введение/цель

Изучить особенности вегетативной регуляции системы кровообращения у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы

Обследованы лица с документированным диагнозом РА ($n=75$) и группа контроля ($n=95$). Вегетативная регуляция системы кровообращения оценивалась при помощи лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате «ЛАКК-2» (НПП «Лазма», Россия) с соблюдением стандартных параметров исследования для методики лазерной доплеровской флоуметрии. Результаты представляли в виде среднего арифметического значения (M), его стандартного отклонения (SD).

Результаты/обсуждение

Распределение по преобладанию вегетативной регуляции кровообращения характеризовалось большей встречаемостью эйтонии (43% обследованных) и легкой ваготонии (30% обследованных) в группе контроля. Полученные данные составили статистически значимую разницу ($p=0,0022$) с группой больных РА, в которой преобладала легко выраженная симпатикотония (21% больных). Эйтония также регистрировалась у большей части обследованных в группе РА (41%), при этом частота ее встречаемости не составила статистически значимой разницы по сравнению с группой контроля ($p=0,064$).

Выводы/заклучение

Полученные нами значения коэффициента вегетативной регуляции кровообращения свидетельствуют о преобладании симпатикотонии различной степени выраженности в группе больных РА.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Бабаджанов Ж.К., Нуржанов Б.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской
академии, Ургенч, Узбекистан

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) представляет собой хроническое воспалительное заболевание суставов аутоиммунной природы. Цель – оценить эффективность и исходы эндопротезирования (ЭП) крупных суставов у пациентов с высокой активностью (РА).

Материал и методы

ЭП выполнена 20 пациентам с РА с высокой активностью по DAS28 ($5,66 \pm 0,51$), средний возраст – 57 ± 12 лет, продолжительность заболевания на момент операции $11,5 \pm 5,4$ года. Оценка боли (ВАШ), активности РА (DAS28), качества жизни по HAQ проводилась до и после операции, через 6 и 12 мес.

Результаты/обсуждение

После операции наблюдалось уменьшение боли до $36,8 \pm 18,9$ мм, через 6 мес – до $27,9 \pm 19,7$ мм. Также наблюдалось снижение активности РА по DAS28 с $5,66 \pm 0,51$, до $4,62 \pm 0,41$ через 6 мес и до $4,18 \pm 0,56$ через 12 мес после ЭП, при этом объем базисной терапии не менялся. Улучшилась функциональная активность: HAQ до операции от $1,61 \pm 0,41$ до $1,09 \pm 0,26$ ($p < 0,05$), через 6 мес – $0,91 \pm 0,24$, через 12 мес – $0,81 \pm 0,16$. Осложнения в виде тромбоза глубоких вен и инфекционного процесса мягких тканей наблюдались у 2 пациентов, длительно получающих преднизолон в дозе 15 мг/сут.

Выводы/заклучение

ЭП суставов эффективно у пациентов с высокой активностью РА, способствует ее снижению, приводит к ку-

пированию боли и улучшению функции сустава. Осложнения встречаются редко, преимущественно у пациентов на стероидной терапии.

С ЧЕМ СВЯЗАНА НИЗКАЯ ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

Бадокин В.В.

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

Введение/цель

Реактивные артриты (РеА) в настоящее время в России редко выявляются, но их заболеваемость, по данным мировой литературы, не уменьшается, и прежде всего энтерогенных.

Материал и методы

Собственные наблюдения и литературные данные.

Результаты/обсуждение

Трудности в выявлении РеА связаны со многими обстоятельствами, основными из которых являются следующие. До конца не определены триггерные факторы РеА, нет общепринятых диагностических критериев, не уточнен интервал от начала инфекции до развития артрита, не определены нозологические рамки хронического течения РеА и не решен вопрос о его нозологической принадлежности. Низкая выявляемость РеА связана и с отсутствием настороженности в плане РеА, малосимптомным течением триггерной инфекции, недооценкой наличия энтезитов, сакроилиита и спондилита, а также поражения кожи и слизистых оболочек. Имеет значение наличие общих стигматов с анкилозирующим спондилитом, псориазическим артритом, недифференцированным спондилоартритом, тем более что многие из них отвечают диагностическим критериям периферического спондилоартрита и имеют перекрестные симптомы с вышеназванными заболеваниями. Относительно редко проводится комплексное исследование на выявление триггерной инфекции с применением молекулярно-биологических методов, хотя в синовиальной жидкости методом PCR выявляется бактериальный антигенный материал примерно у 50% больных, предварительно диагностируемых как недифференцированная спондилоартропатия.

Выводы/заключение

Диагностика РеА должна основываться на комплексной оценке тетрады этого заболевания с облигатным исследованием современных методов выявления триггерных микроорганизмов.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: НУЖНЫ СПЕЦИАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ?

Баймухамедов Ч.Т.

«Медицинский центр болезней суставов г. Шымкент», Шымкент, Казахстан

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) является наиболее распространенным аутоиммунным воспалительным поражением суставов у взрослых. Проблема РА у пожилых пациентов (РАП) связана с более высокой распространенностью, чем РА у молодых (2–4%), атипичным течением, частой коморбидностью. Изучение причин ошибок диагностики РАП было целью нашего открытого наблюдательного исследования.

Материал и методы

Группу наблюдения составили 24 пациента с РА (66,7% женщин) (Классификационные критерии РА ACR/EULAR 2010 г.), у которых РА установлен после 60 лет. Обследование, кроме общеклинического, включало определение ревматоидного фактора (РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), рентгенологическое исследование (R-гр) кистей и стоп в прямой проекции. Время наблюдения – 1 год, с повторным полным обследованием пациентов. Проведен анализ допущенных ошибок в диагностике РА. В работе приведен ряд клинических наблюдений.

Результаты/обсуждение

Системные проявления РА наблюдались у 8 больных (33,3%), чаще встречались ревматоидные узелки (4 пациента – 16,7%) и васкулиты (12,5%). РФ выявлен у 50% больных, АЦЦП – у 16 человек (66,7%). Эрозивные изменения при рентгенографии наблюдались у 14 (58,3%). Сопутствующая патология имела у 20 (83,3%) пациентов, составляя в среднем более 3 болезней на пациента. У 5 (20,8%) пациентов исследуемой группы при повторном обследовании через год диагноз был изменен: у 2 – на микрокристаллический артрит, по 1 – на полиостеоартроз, паранеопластический артрит и ревматическую полимиалгию. Все больные соответствовали Классификационным критериям РА ACR/EULAR 2010 г, у 3 из 5 был положительный РФ.

Выводы/заключение

Полученные результаты подтверждают сложность диагностики и дифдиагностики РАП, связанную с атипичным началом заболевания, наличием коморбидности. Применение Классификационных критериев РА ACR/EULAR 2010 г. часто ведет к гипердиагностике РА (в нашем исследовании – более 20%) и диагностическим ошибкам. Вероятно, необходима разработка специальных критериев РАП, где обнаружению АЦЦП придавалось бы большая диагностическая ценность, чем РФ (учитывая более частое обнаружение РФ у здоровых пожилых); возможно введение показателей, имеющих отрицательную диагностическую ценность (гиперурикемия, нахождение кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости, наличие онкозаболеваний в анамнезе). С нашей точки зрения, необходимо также учитывать рентгенологические критерии РА. Необходимо проведение специально спланированного многоцентрового исследования по РАП.

АНТИРЕЗОРБТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ДЕНОСУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Банщикова Н.Е., Королев М.А., Летягина Е.А., Омельченко В.О.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии», Новосибирск, Россия

Введение/цель

Пероральные бисфосфонаты являются часто назначаемыми препаратами для лечения вторичного остеопороза (ОП) у пациентов с ревматоидным артритом (РА), но обладают рядом отрицательных моментов: низкая комплаентность и наличие побочных эффектов. Деносумаб представляет собой полностью человеческое моноклональное антитело к RANKL, доказал свою эффектив-

ность при лечении постменопаузального остеопороза, активно расширяет сферу своего применения, перспективен при исследовании его влияния при вторичном ОП на фоне РА. Целью настоящего исследования являлось сравнение антирезорбтивной эффективности деносумаба и пероральных бисфосфонатов у пациентов с РА и остеопорозом.

Материал и методы

В исследование было включено 29 больных с РА. Всем проводилось исследование МПКТ поясничного отдела и проксимального отдела одной из бедренных костей. Измерение выполнялось на аппарате «Lunar Prodigy» (США). Для оценки использовался автоматически вычисляемый T- и Z-критерий (ВОЗ, 1994; ISCD, 2007). На основании DXA у пациентов был подтвержден ОП (T-критерий менее $-2,5$ SD). Все больные РА были в постменопаузе, средний возраст – $63,8 \pm 9$ лет, активность РА по DAS28 – $4,32 \pm 1$. Рентгенологическая стадия у 9 человек – 2, у 12 – 3, у 8 – 4. 16 больным проведена инъекция деносумаба, 13 больным инициировано лечение алендроновой кислотой. 13 пациентов вошли в контрольную группу, к которой относятся пациенты с РА с ОП, которые не получали антирезорбтивную терапию. Всем пациентам трехкратно (перед началом лечения, а также через 1 и 6 мес) проводилось количественное определение β -СТХ и остеокальцина (ОК) в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных подходов.

Результаты/обсуждение

При оценке маркеров резорбции костной ткани β -СТХ и ОК были получены следующие данные: в группе пациентов, получавших деносумаб, в отличие от группы получающей бисфосфонаты, выявлено достоверное снижение уровня β -СТХ через 1 мес после начала лечения (медиана 861,6 пг/мл против 724,6 пг/мл, $p=0,049$) и ОК (медиана 13,9 против 8,49, $p=0,047$). Группа контроля отличалась нарастанием уровня β -СТХ (медиана 901,8 пг/мл против 911,4 пг/мл, $p>0,05$) и ОК (медиана 21,9 против 26,19, $p=0,028$). Таким образом, деносумаб обладает достоверным антирезорбтивным эффектом в сравнении с бисфосфонатами, показывая положительные результаты как через 1 мес, так и через 6 мес после начала терапии.

Выводы/заключение

Деносумаб показал свою эффективность в лечении остеопороза у пациентов с РА, при этом обладает более выраженным антирезорбтивным эффектом по сравнению с бисфосфонатами.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL1 β , IL4, IL10 И TNF С СЫВОРОТОЧНОЙ ПРОДУКЦИЕЙ ОСТЕОКАЛЬЦИНА И β -СТХ

Банщикова Н.Е., Королев М.А.,
Летягина Е.А., Омельченко В.О.,
Шевченко А.В., Прокофьев В.Ф., Коненков В.И.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной лимфологии»,
Новосибирск, Россия

Введение/цель

Одной из ключевых проблем, связанных с прогрессированием ревматоидного артрита (РА), является развитие вторичного остеопороза (ОП). Развитие суставной дест-

рукции и вторичного ОП при ревматическом воспалении характеризуются наличием общих патогенетических механизмов. Целью исследования является анализ ассоциированности полиморфизма IL1 β (31 T/C), IL4 (590 C/T), IL10 (1082 A/G) и TNF (863 C/A), вовлеченных в процесс ОП при РА, с сывороточной продукцией биологических маркеров резорбции костной ткани остеокальцина (ОК) и β -СТХ.

Материал и методы

В исследование включено 26 пациентов (20 женщин и 6 мужчин) с подтвержденным диагнозом РА, соответствующего критериям Американской коллегии ревматологов 1987 г. Исследовали однонуклеотидный полиморфизм (SNP — single nucleotide polymorphism) промоторного региона генов IL1 β -31 T \rightarrow C, IL4-590 C \rightarrow T, IL10-1082 A \rightarrow G и TNF-863 C \rightarrow A. Генотипирование осуществляли методом рестриктного анализа продуктов амплификации. Участки промоторного региона генов амплифицировали с использованием пары специфичных праймеров, затем продукты амплификации подвергали гидролизу соответствующими эндонуклеазами рестрикции («СибЭнзим», Новосибирск). Количественное определение β -СТХ и ОК в сыворотке крови осуществлялось методом твердофазного иммуноферментного анализа. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных подходов.

Результаты/обсуждение

При распределении генотипов полиморфной позиции IL10-1082A/G: 4 человека – AA (15,38%), 8 – GA (30,77%), 14 – GG (53,85%); IL4-590C/T: 15 – CC (57,7%), 9 – CT (34,6%) и 2 – TT (7,7%); IL1 β -31T/C: 10 человек – CC (38,5%), 13 – CT (50%) и 3 – TT (11,5%); TNF-863C/A: 10 человек – AC (38,5%), 16 – CT (61,5%) и 0 – TT. У пациентов с генотипом TNF-863 AC уровень ОК выше, чем TNF-863 CC (медианы соответственно 30,6 против 11,48 г/л, $p=0,003$). Также в группе пациентов с гетерозиготным генотипом IL4-590 CT достоверно снижена продукция ОК (медиана 8,1 против 21,9 (CC) и 27,3 (TT), $p=0,01$), тогда как у пациентов с генотипом IL10-1082 AA достоверно повышена продукция биомаркера (медиана 36,7 против 16,6 (GG) и 10,2 (GA), $p=0,03$). Также выявлено, что продукция β -СТХ выше в группе с генотипом IL1 β -31 CC в сравнении с генотипами CT и TT (медианы соответственно 927,1 против 836,4 и 847,4, $p=0,02$).

Выводы/заключение

Показано, что промоторные регионы генов интерликинов 1 β , 4, 10 и ФНО являются потенциальными маркерами тяжести ОП у пациентов с РА, так как связаны с различным уровнем продукции маркеров резорбции костной ткани, таких как ОК и β -СТХ, вовлеченных в патогенез РА.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ДЕНОСУМАБА И ПЕРОРАЛЬНЫХ
БИСФОСФОНАТОВ У ПАЦИЕНТОВ
С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
И ОСТЕОПОРОЗОМ**

Банщикова Н.Е., Королев М.А.,
Летягина Е.А., Омельченко В.О.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной лимфологии»,
Новосибирск, Россия

Введение/цель

Одной из ключевых проблем при ревматоидном артрите (РА) является развитие вторичного остеопороза (ОП). Пероральные бисфосфонаты часто назначаются, но обладают рядом отрицательных моментов, таких как низкая комплаентность и наличие побочных эффектов. Деносумаб доказал свою эффективность при лечении постменопаузального ОП, активно расширяет сферу своего применения, перспективен при исследовании его влияния при вторичном ОП на фоне РА. Целью настоящего исследования являлось сравнение антирезорбтивной эффективности деносумаба и пероральных бисфосфонатов у пациентов с РА и ОП.

Материал и методы

В исследование было включено 29 больных с РА. Всем проводилось исследование МПКТ поясничного отдела и проксимального отдела одной из бедренных костей. Измерение выполнялось на аппарате «Lunar Prodigy» (США). Для оценки использовался автоматически вычисляемый T- и Z-критерий (ВОЗ, 1994; ISCD, 2007). На основании DXA у пациентов был подтвержден ОП (T-критерий менее -2,5 SD). Все больные РА были в постменопаузе, средний возраст – 63,8±9 лет, активность по DAS28 – 4,32±1. 16 больным произведена инъекция деносумаба, 13 – инициировано лечение алендроновой кислотой и 13 пациентов вошли в контрольную группу – больные РА и ОП, которые не получали антирезорбтивную терапию. Всем пациентам трехкратно (перед началом лечения, а также через 1 и 6 мес) проводилось количественное определение β-СТХ и остеокальцина в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа. Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных подходов.

Результаты/обсуждение

В группе пациентов, получавших деносумаб, в отличие от группы получавшей бисфосфонаты, выявлено достоверное снижение уровня β-СТХ через месяц после начала лечения (медиана 861,6 пг/мл против 724,6 пг/мл, p=0,049) и остеокальцина (медиана 13,9 против 8,49, p=0,047). Группа контроля отличалась нарастанием уровня β-СТХ (медиана 901,8 пг/мл против 911,4 пг/мл, p >0,05) и остеокальцина (медиана 21,9 против 26,19, p=0,028). Таким образом, деносумаб обладает достоверным антирезорбтивным эффектом в сравнении с бисфосфонатами, показывая положительные результаты как через 1 мес, так и через 6 мес после начала терапии.

Выводы/заключение

Деносумаб показал свою эффективность в лечении остеопороза у пациентов с РА, при этом обладает более выраженным антирезорбтивным эффектом по сравнению с бисфосфонатами. Для оценки эффективности терапии рекомбинантными моноклональными антителами

к RANKL возможно использование оценки уровня серологических маркеров костного обмена – β-СТХ и остеокальцина уже через 1 мес после начала терапии.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА
КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ
У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА**

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

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

Введение/цель

Псориаз (Пс), кроме поражения кожи, характеризуется разнообразной коморбидной патологией, в первую очередь сердечно-сосудистой системы (ССС). Данные о распространенности заболеваний ССС при Пс в зависимости от пола и возраста ограничены. Цель – изучить распространенность и структуру заболеваний ССС у молодых больных с тяжелыми формами Пс в зависимости от пола.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 330 больных с тяжелыми формами Пс (234 мужчины/96 женщин, средний возраст 38,05±1,3 и 39,9±0,9 года соответственно, средняя длительность Пс 11,6±0,6: мин. 1 год – макс. 35 лет), находившихся на стационарном лечении в «Филиале Короленко» МНПЦДК за период 2010–2011 гг. У большинства включенных в исследование (71,3%) индекс тяжести Пс PASI составил Мин. 45 – макс. 60 баллов. Анализ заболеваемости ССС выполнялся в соответствии с кодами МКБ-10. У больных Пс зарегистрированы артериальная гипертензия (АГ) (код МКБ – I10–I15), ишемическая болезнь сердца (ИБС) (I20–I25), атеросклероз (I70) и цереброваскулярные нарушения (ЦВН) (I65–I66). Для статистического анализа проводился расчет M, σ±m, χ².

Результаты/обсуждение

У 95 (28,7%) пациентов был диагностирован псориазический артрит (ПсА). Группы были сопоставимы по возрасту. Общее число пациентов с патологией ССС составило 130 (39,4%) человек. У мужчин (1-я группа) патология ССС встречалась в 43,2% случаев (n=101). В структуре заболеваний ССС у мужчин чаще регистрировалась АГ – у 90,1% (n=91) от всех больных 1-й группы с заболеваниями ССС. ИБС и атеросклероз встречались у 17,8% (n=18) от всех больных 1-й группы с болезнями ССС, ЦВН – у 6,9% (n=7). У женщин (2-я группа) патология ССС встречалась в 30,2% случаев (n=29). В структуре кардиоваскулярной коморбидности чаще всего регистрировалась АГ – у 82,7% (n=24) от всех больных 2-й группы с заболеваниями ССС. ИБС и атеросклероз встречались у 20,7% (n=6) от всех больных с болезнями ССС, ЦВН – у 4,1% (n=1). У мужчин достоверно чаще встречалась патология ССС, чем у женщин (p<0,05). Однако структура сердечно-сосудистых заболеваний в обеих группах была практически одинаковой.

Выводы/заключение

Заболевания ССС регистрируются более чем у трети больных молодого возраста с тяжелыми формами Пс и ПсА, преимущественно у мужчин. Среди заболеваний этой группы лидирует АГ. Полученные результаты требуют

разработки практических рекомендаций для своевременного выявления и профилактики указанной патологии, особенно у лиц молодого возраста с тяжелыми формами Пс, включая ПсА.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АГРЕССИВНОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИИТА ТАКАЯСУ У ПАЦИЕНТКИ 27 ЛЕТ

Бахметьев А.С., Шубин А.Г., Каляев А.О.

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

Введение/цель

Демонстрация редкого клинического наблюдения агрессивного прогрессирования артериита Такаясу.

Материал и методы

Ультразвуковые исследования и наблюдения проведены на базе «Лечебно-диагностического центра Авеста-М». Динамическое триплексное сканирование (ТС) сосудистых бассейнов проводилось на стационарном ультразвуковом сканере Medison Accuvix V10.

Результаты/обсуждение

Пациентка 27 лет обратилась в клинику с жалобами на головокружение, головные боли в теменных областях, слабость в правой верхней конечности. Из анамнеза: невозможность измерения артериального давления в течение последнего года. Жалобы беспокоят 2 года. При осмотре состояние удовлетворительное, АД на левой верхней конечности 110/70 мм.рт.ст., на правой руке не определяется. Пульсация на лучевой артерии справа не определяется. Учитывая указанные жалобы, в плановом порядке проведено ТС артерий ветвей дуги аорты и верхних конечностей. При выполнении эхосонографии лоцируется суженная на всем протяжении циркулярными массами правая общая сонная артерия (ОСА) с максимальным стенозированием до 75% по площади. Правая внутренняя сонная и позвоночная артерии интактны. В 1-м сегменте правой подключичной артерии (ПКА) – утолщение стенки до 5,9 мм при диаметре сосуда до 7,0 мм. Слева по ОСА и ПКА – без особенностей (толщина комплекса «интима-медиа» – 0,6 мм, что соответствует нормальным сонографическим критериям). Выполнено ТС артерий верхних конечностей: обращает на себя внимание наличие асимметрии кровотока по магистральным артериям и переходный тип кровотока справа (изменения, характерные для гемодинамически значимого стеноза ПКА). В ОАК – увеличение СОЭ до 23 мм/ч. Учитывая отсутствие корреляции ультразвуковых находок с дислиппротеидемией, женский пол и молодой возраст, а также типичную картину утолщения средней стенки артерии, пациентке поставлен Ds: артериит Такаясу, тип I, с поражением ветвей дуги аорты. Большая консультирована ревматологом, назначена терапия преднизолоном в дозе 40 мг/сут. Спустя 5 мес пациентка повторно обратилась в клинику для корректировки дозировки преднизолона и динамического ТС. По результатам инструментального исследования выявлена окклюзия правых ОСА и ПКА с выявленным полным стил-синдромом (подключично-позвоночное обкрадывание). Остальные сосудистые бассейны – без динамики.

Выводы/заключение

ТС артерий ветвей дуги аорты и других сосудистых бассейнов является ведущим инструментальным методом диагностики для динамического исследования пациентов

с артериитом Такаясу. Представленный случай требует повышенного внимания в аспекте более частого проведения динамического контроля за пациентами с впервые выявленным артериитом Такаясу.

ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТА С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОСТУПАЮЩЕГО НА ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ СУСТАВОВ, И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РИСКИ (НА ПРИМЕРЕ ЖИТЕЛЕЙ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)

Башкова И.Б., Безлюдная Н.В.,

Дидиченко С.Н., Карпухин А.С.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия

Введение/цель

У пациентов с ревматоидным артритом (РА) при большой длительности заболевания и формировании стойких функциональных нарушений проведение эндопротезирования (ЭП) суставов способствует не только купированию боли, но и существенно улучшает их качество жизни. Однако проведение операции в отсутствие достижения ремиссии / низкой степени болезни может быть сопряжено с развитием осложнений. Цель – оценка послеоперационных осложнений ЭП суставов у больных РА.

Материал и методы

Обследовано 95 больных (из них 11 мужчин) с поздней клинической стадией серопозитивного (в 84,2% случаев) РА со средним возрастом 55,9±11,1 года из числа жителей Чувашии, которым в период с 01.01.2014 по 31.12.2015 проведено ЭП крупных или мелких суставов в условиях ФЦТОЭ (Чебоксары). Средний стаж РА – 15,8±9,0 года. ЭП выполнялось при условии достижения низкой (20% от числа прооперированных пациентов с РА) или умеренной степени активности (76,8%).

Результаты/обсуждение

За двухлетний период ЭП проведено на 104 суставах, из них: на 22 тазобедренных, 35 коленных, 3 плечевых, 5 локтевых, 9 лучезапястных, 30 межфаланговых суставах кистей и стоп. Анамнестически среднее количество прооперированных суставов – 2,1±1,5. Метотрексат (МТ) получали только 63,2%, другие БПВП – 4,2%, ГИБП – 4,2% больных. Средняя доза МТ составила 12,5±3,8 мг/нед, в дозе ≥20 мг/нед до операции препарат получали лишь 5% пациентов. Глюкокортикоиды (ГК) получали 51,6% больных, при этом в каждом 5-м случае проводилась монотерапия ГК в отсутствие назначения когда-либо БПВП. В 71,2% случаев перед ЭП проведена рентгеновская денситометрия центральных отделов скелета, при этом у каждого 2-го пациента выявлен остеопороз. 10-летний абсолютный риск остеопоротических переломов у пациентов в возрасте ≥40 лет оказался высоким (21,1±12,0). На этап катанеза пришло 88,4% больных. Из числа послеоперационных осложнений были выявлены: инфекция протезированного сустава – в 2 случаях ЭП коленных суставов (2,1%), асептическая нестабильность компонентов эндопротеза – в 2 случаях ЭП тазобедренных суставов (2,1%), перипротезные переломы (2,1%). Послеоперационные осложнения развились у пациенток с серопозитивным РА со стажем заболевания 14,5±8,4 года, имеющих избыточную массу тела, высокую/среднюю степень активности, низкоэнергетические переломы в анамнезе (в 2 случаях), получа-

ющих монотерапию ГК в отсутствие приема когда-либо БПВП. Через сутки после ЭП коленных и тазобедренных суставов в 10,5% случаев обнаружен ультразвуковой симптом «снежной метели» в венах нижних конечностей, а у 19,3% больных развился неокклюзионный флеботромбоз. В 76,5% случаев тромботических осложнений пациенты получали ГК.

АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ПОЛУЧАЮЩИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Башкова И.Б., Мадянов И.В.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия

Введение/цель

Применение системных глюкокортикоидов (ГК) в течение 3 мес и более является одним из наиболее значимых факторов риска развития остеопороза (ОП) и ассоциированных с ним переломов, риск которых увеличивается уже в ранние сроки после начала ГК-терапии. Пациентам с ревматическими заболеваниями (РЗ) ГК назначаются на длительное время, что обуславливает необходимость первичной профилактики переломов. Цель исследования – анализ адекватности тактики ведения пациентов с РЗ, длительное время получающих ГК, в отношении профилактики и лечения ОП.

Материал и методы

Обследовано 90 пациентов (из них 18 мужчин), прошедших лечение в ревматологическом отделении РКБ (Чебоксары) и получающих ГК по поводу ревматоидного артрита (53 человека), системной красной волчанки (19 чел), других диффузных болезней соединительной ткани (6 чел), спондилоартритов (12 человек).

Результаты/обсуждение

Все пациенты разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли женщины в постменопаузе и мужчины старше 50 лет (58 человек со средним возрастом 59,6±10,1 года, в том числе 11 человек в возрасте 70 лет и старше), во 2-ю – женщины детородного возраста и мужчины моложе 50 лет (32 человека со средним возрастом 40,8±9,4 года). Средняя длительность приема ГК в группах составила 74,6±69,6 и 55,0±66,6 мес соответственно. Средняя доза ГК в преднизолоновом эквиваленте – 8,6±4,1 и 11,1±6,7 мг/сут соответственно, при этом 36 пациентов из 1-й группы (62,1%) получали высокую суточную дозу ГК (≥7,5 мг в пересчете на преднизолон). Низкоэнергетические переломы в анамнезе имели 15 пациентов с РЗ (16,7%), в том числе 12 человек 1-й группы (20,7%). Рентгеновскую остеоденситометрию центральных отделов скелета проходили когда-либо 12 пациентов (из них 9 человек 1-й группы, при этом Т-критерий составил -2,6±0,2 SD). При оценке 10-летней вероятности переломов у пациентов 1-й группы с помощью компьютерной модели FRAX (с поправкой на суточную дозу ГК) риск основных остеопоротических переломов составил 24,5±9,5%. 81,0% пациентов имели высокий риск переломов и при определении порога вмешательства оказались в «красной зоне» графика. Препараты кальция и витамина D₃ принимали 76,7% опрошенных лиц, из них только 18,8% получали адекватную суточную дозу витамина D₃ (не менее 800 МЕ/сут). Терапия бисфосфонатами проводилась только 5 пациентам (8,6%).

Выводы/заключение

Пациенты с РЗ, длительное время получающие ГК, недостаточно полно обследуются (лишь 13,3%), получают профилактическое (76,7%) и патогенетическое (8,6%) лечение ОП, тогда как они относятся к группе высокого риска развития остеопоротических переломов костей и нуждаются в своевременной диагностике, профилактике и лечении глюкокортикоидного ОП.

ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОТРЕКСАТА В ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВРАЧАМИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

Башкова И.Б., Воробьева Т.И., Кудряшова Е.Н.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия

Введение/цель

В настоящее время метотрексат (МТ) рассматривается как основной базисный противовоспалительный препарат (БПВП) в терапии ревматоидного артрита (РА). Целью явилась оценка рутинной практики лечения МТ пациентов с РА врачами-терапевтами амбулаторно-поликлинического звена.

Материал и методы

Обследовано 83 больных (из них 13 мужчин) с РА (средний возраст 55,6±11,3 года) из числа пациентов, направленных врачами-терапевтами на консультацию к ревматологу поликлиники РКБ (г. Чебоксары) за 6 мес 2016 г. Продолжительность заболевания составила 11,6±9,3 г. Ранняя клиническая стадия установлена у 10,8%, развернутая – у 16,9%, поздняя – у 72,3% пациентов. Высокая активность заболевания по DAS28 наблюдалась у 51 (61,4%) пациента, умеренная – у 31 (37,3%), низкая – у 1 (1,2%), среднее значение DAS28 составило 5,6±1,3. У 68,7% определялась III рентгенологическая стадия.

Результаты/обсуждение

МТ был назначен 69 (83,1%) пациентам, из них в каждом 3-м случае (31,9%) был 2-м БПВП после неэффективной/неадекватной терапии лефлуномидом (7,2% пациентов), сульфасалазином (4,3%) или циклофосфамидом (20,3%). 8 (11,6%) пациентам МТ был назначен впервые только в момент настоящего осмотра ревматологом РКБ, при этом лишь у трех из них была ранняя клиническая стадия РА. Индекс DAS28 у «МТ-наивных» пациентов составил 5,5±1,2. Средняя продолжительность РА с момента постановки диагноза – 8,1±7,8 года, тогда как длительность терапии МТ была лишь 3,0±3,4 года. Преднизолон в дозе ≥5 мг/сут принимали 75,9% пациентов. Стартовая доза МТ составила 10,8±3,2 мг/нед, а лечебная – лишь 11,8±5,7 мг/нед, при этом титрование дозы проводилось в 46,4% случаев. У каждого 2-го пациента с РА начальная доза МТ ни разу не корректировалась, несмотря на длительную терапию препаратом (в среднем 2,7±4,4 года). Перорально МТ получали 49 больных, внутримышечно – 18 и лишь 2 больным препарат вводился подкожно. Временная/полная отмена МТ отмечена у 36 (52,9%) больных (из-за плохой переносимости – у 11 человек, инфекций – у 10, по причине «клинического улучшения» – у 7, развития цитопении – у 5, перед ТЭП – у 3). Все пациенты, получавшие МТ, принимали фолиевую кислоту в дозе 12,3±4,5 мг/нед, при этом только у 56,1% больных интервал между последним приемом МТ

и фолиевой кислоты составлял 24 ч. Повышение трансаминаз отмечено лишь в 1 случае, уровня креатинина – у 3 пациентов.

Выводы/заключение

Значительной части больных РА МТ назначается с большим опозданием, при этом на амбулаторно-поликлиническом этапе часто не проводится эскалация дозы препарата, несмотря на высокую активность заболевания. Большинство пациентов (89,9%) получают неадекватно низкую дозу МТ.

РОЛЬ АКТИВАЦИИ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Башлакова Н.А.¹, Тябут Т.Д.¹, Буглова А.Е.¹, Кравчук З.М.², Марцев С.П.²

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь;

²ГУ «Республиканский научно-практический центр гематологии и трансфузиологии» Минздрава Республики Беларусь, Минск, Беларусь

Введение/цель

Обсуждается участие аутоиммунного воспаления в развитии эндотелиальной дисфункции не только у лиц с аутоиммунной ревматической патологией (СКВ, РА), но и в общей популяции. Цель – оценить взаимосвязь маркеров эндотелиальной дисфункции и аутоиммунного воспаления у пациенток с СКВ, РА, ИБС.

Материал и методы

У 40 пациенток с СКВ, у 37 – с РА (основные группы) и у 22 – с ИБС (группа сравнения) определены уровни антифосфолипидных антител (аФЛ): волчаночного антикоагулянта (ВА), IgG/IgM антител к кардиолипину (аКЛ), к β_2 -гликопротеину 1 (β_2 -ГП1), к аннексину V (аAnV), к протромбину (аПТ) и показатели активации эндотелия (уровни фактора Виллебранда – ФВ), коллаген-связывающей активности ФВ (КсвАФВ) методом ELISA. Относительную коллаген-связывающую активность ФВ (ОКсвАФВ) рассчитывали как отношение КсвАФВ/ФВ.

Результаты/обсуждение

У пациенток с СКВ и РА уровни IgG аКЛ, IgM β_2 -ГП1, IgG и IgM аAnV были достоверно выше, чем у лиц с ИБС. Уровни ФВ, КсвАФВ, ОКсвАФВ у пациенток с СКВ и ИБС были сопоставимы, а показатели КсвАФВ и ОКсвАФВ у пациенток с РА были ниже, чем в группе сравнения ($p=0,036$ и $p=0,032$ соответственно). При проведении корреляционного анализа у пациенток с СКВ выявлена положительная связь умеренной силы между КсвАФВ и IgM аAnV ($r=0,475$, $p=0,034$), у пациенток с ИБС – между КсвАФВ и IgG аAnV ($r=0,449$, $p=0,047$), отрицательные связи между КсвАФВ и IgG аПТ ($r=-0,475$, $p=0,034$), ОКсвАФВ и IgG аКЛ ($r=-0,456$, $p=0,043$), ОКсвАФВ и ВА ($r=-0,507$, $p=0,032$). У пациенток с РА не выявлено достоверных корреляций.

Выводы/заключение

Полученные результаты свидетельствуют о некоторых схожих механизмах развития эндотелиальной дисфункции у пациенток с СКВ и ИБС, связанных с активацией аутоиммунного ответа, и позволяют подтвердить значимость аутоиммунного воспаления в развитии атеросклероза.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Башлакова Н.А., Тябут Т.Д., Буглова А.Е.

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

Введение/цель

В течение последних лет накапливаются данные о более раннем развитии атеросклероза у пациентов с аутоиммунной патологией по сравнению с общей популяцией. Обсуждается роль факторов течения заболевания в развитии атеросклероза (АСК) у пациенток с системной красной волчанкой (СКВ). Однако данные об их прогностическом значении противоречивы. Целью нашей работы было проанализировать факторы, характеризующие течение СКВ, и установить их прогностическое значение для развития раннего АСК.

Материал и методы

У 40 пациенток с СКВ [средний возраст 33,5 (27,5; 44,5) года, средняя длительность заболевания 8,0 (5,0; 14,5) лет, активность по SLEDAI-2K 7,0 (4,0; 11,5) баллов] проведено ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий для обнаружения признаков атеросклеротического процесса в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов. Определяли пороговое значение (cutoff) для факторов, характеризующих течение заболевания: возраста дебюта, длительности заболевания, дозы глюкокортикоидов (ГК), длительности приема ГК и иммуносупрессивной терапии, активности заболевания. На основании полученной прогностической значимости (LR) оценивали вероятность развития АСК.

Результаты/обсуждение

При cutoff возраста дебюта 29 лет (чувств. 46%, специф. 94%) шанс развития (OR) АСК составил 12,69 (1,81–88,90), $p=0,007$, LR=7,33, при cutoff длительности заболевания 10 лет (чувств. 54%, специф. 75%), OR – 3,55 (1,41–8,94), $p=0,0007$, LR=2,17. Cutoff дозы ГК был 10 мг (чувств. 63%, специф. 25%), OR 0,56 (0,37–0,85), $p=0,503$, LR=0,83; cutoff длительности приема ГК – 10 лет (чувств. 51%, специф. 46%), OR 2,60 (0,83–8,15), $p=0,297$, LR=2,00; cutoff длительности приема иммуносупрессивной терапии – 5 лет (чувств. 58%, специф. 75%), OR 4,20 (1,68–10,47), $p=0,038$, LR=2,33; cutoff активности заболевания по SLEDAI-2K – 12 баллов (чувств. 29%, специф. 81%), OR 1,78 (0,54–5,90), $p=0,711$, LR=1,56.

Выводы/заключение

Таким образом, значимыми факторами развития АСК у пациенток с СКВ были возраст дебюта и длительность заболевания, длительность приема ГК, иммуносупрессивной терапии, активность заболевания по SLEDAI-2K – 12 баллов.

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО И ПИРИМИДИНОВОГО ЦИКЛОВ В ЛИЗАТАХ ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Бедина С.А., Мартемьянов В.Ф., Мозговая Е.Э.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», Волгоград, Россия

Введение/цель

Системная красная волчанка (СКВ) – аутоиммунное заболевание, приводящее к летальному исходу вследствие

повреждения многих органов и систем. Цель – повышение качества диагностики активности патологического процесса у больных СКВ.

Материал и методы

Под наблюдением в стационаре находились 50 больных СКВ, из которых 4 (8%) мужчины и 46 (92%) женщин. I степень установлена у 13 (26%) больных, II степень – у 30 (60%), III степень – у 7 (14%). Диагностика СКВ проводилась на основании диагностических критериев Американской ревматологической ассоциации и отечественных диагностических критериев. Контрольную группу составили 35 здоровых людей. Выделение лимфоцитов из венозной крови проводилось по методике Wöyum, активность ферментов: аденозиндезаминазы (АДА), аденозинкиназы (АК), пуридиннуклеозидфосфорилазы (ПНФ), гуанилаткиназы (ГК), дигидрооротатдегидрогеназы (ДОДГ), цитидиндезаминазы (ЦДА), тимидинкиназы (ТК), тимидинфосфорилазы (ТФ), урацилдегидрогеназы (УДГ), ИМФ-дегидрогеназы (ИМФДГ) – определяли по оригинальным методикам, выражали в нмоль/мин/мл, содержащем 1×10^7 клеток. Статистическая обработка проводилась с использованием программы «Statistica 6.0». Достоверность различий считали при $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

У больных СКВ с I степенью активности патологического процесса при поступлении на лечение в лимфоцитах ниже активность ПНФ, АДА ($p < 0,001$), выше активность АК, УДГ, ИМФДГ, ТК (все $p < 0,001$); у больных СКВ со II степенью – ниже активность ПНФ, АДА, ГК, ЦДА, ТФ ($p < 0,001$), выше АК, ИМФДГ, ТК (все $p < 0,001$); у больных СКВ с III степенью – ниже активность ПНФ, АДА, ГК, УДГ, ЦДА ($p < 0,001$), ТФ ($p = 0,002$), выше АК, ИМФДГ, ТК (все $p < 0,001$). У больных СКВ с I степенью по сравнению с больными СКВ со II и III степенью ниже активность АК, ИМФДГ, ТК ($p < 0,001$), выше активность ПНФ, АДА, ГК, УДГ, ЦДА, ТФ (все $p < 0,001$), ДОДГ ($p = 0,014$). У больных СКВ со II степенью по сравнению с больными СКВ с III степенью ниже активность АК, ИМФДГ, ТК ($p < 0,001$), выше активность ПНФ, АДА, ГК, УДГ, ЦДА, ТФ, ДОДГ (все $p < 0,001$). Чем выше степень активности патологического процесса, тем в лимфоцитах ниже активность ПНФ, АДА, ГК, УДГ, ЦДА, ТФ, ДОДГ, выше активность АК, ИМФДГ и ТК.

Выводы/заключение

Таким образом, проведенные исследования у больных СКВ выявили существенные изменения активности энзимов пуринового и пиримидинового метаболизма, зависящие от активности патологического процесса.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У БОЛЬНЫХ С ОТСУТСТВИЕМ АНТИТЕЛ К НАТИВНОЙ ДНК

Белоглазов В.А., Петров А.А.,

Шадуро Д.В., Петров А.В.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Введение/цель

Течение системной красной волчанки (СКВ) отличается значительной гетерогенностью клинических проявлений и вариабельностью серологических маркеров аутоиммунного процесса, что побуждает исследователей к выде-

лению некоторых субтипов заболевания, возможно требующих разных терапевтических подходов для сдерживания прогрессирования заболевания. Цель – изучить особенности клинического течения СКВ у больных с отсутствием наиболее специфического маркера – антител к ДНК.

Материал и методы

Проведен анализ клинических проявлений и наличия в крови различных антинуклеарных антител у 87 больных с подтвержденным диагнозом СКВ согласно классификационным критериям АКР (1987) и SLICC (2012). Среди обследованных больных – 82 женщины и 5 мужчин, возраст – от 19 до 58 лет. У обследованных больных наиболее часто определялись антинуклеарные антитела к следующим антигенам: нативной ДНК (60,9%), хроматину (68,9%), рибосомальному протеину (16,1%), Sm-антигену (26,4%), SSA (59,8%), SSB (52,9%), Sm/RNP (21,8%), RNP (25,3%), Ro-52 (6,9%), Jo-1 (1,1%), кардиолипину (10,3%) и β_2 -гликопротеиду (9,2%). В зависимости от наличия антител к нативной ДНК были выделены две группы больных: анти-нДНК-позитивные (53 пациента) и анти-нДНК-негативные (34 пациента).

Результаты/обсуждение

У анти-нДНК-негативных больных отмечались следующие отличия по сравнению с анти-нДНК-позитивными больными: реже развивался активный нефрит (23,5% против 60,4%; $p < 0,05$), нефротический синдром (0% против 7,5%; $p < 0,01$), лейкопения (5,9% против 26,4%; $p < 0,01$) и тромбоцитопения (11,8% против 32,1%; $p < 0,05$), но чаще отмечались явления васкулита (11,7% против 5,6%; $p < 0,05$) и энцефалита (11,7% против 3,6%; $p < 0,05$). При этом клинически тяжелее у анти-нДНК-негативных больных протекал васкулит при комбинации антител к SSA, SSB и Ro-52.

Выводы/заключение

Отсутствие антител к нативной ДНК у больных СКВ ассоциируется со снижением риска поражения почек и повышением риска поражения сосудов и головного мозга.

ОЦЕНКА УРОВНЯ 25(OH)D У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ И ОСТЕОАРТРОЗОМ

Беляева Е.А., Авдеева О.С.

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

Введение/цель

Оценка уровня 25(OH)D у пациентов с остеопорозом (ОП) и остеоартрозом (ОА) в реальной клинической практике необходима для своевременной коррекции имеющихся нарушений.

Материал и методы

Исследование общего кальция и 25(OH)D проведено у 58 человек в возрасте от 52 до 78 лет, из них 32 пациента с ОП (28 женщин, 4 мужчины), 26 – с ОА (18 женщин, 8 мужчин). Результаты содержания 25(OH)D интерпретировались следующим образом: < 10 нг/мл – выраженный дефицит; < 20 – дефицит; 20–30 – недостаточность; 30–100 – адекватный уровень (целевые значения при коррекции дефицита витамина D – 30–60). Референсные значения содержания общего Са в крови: для возрастной группы 12–60 лет: 2,10–2,55 ммоль/л, для 60–90 лет: 2,2–2,55 ммоль/л.

Результаты/обсуждение

Среди пациентов с ОП в 1 случае (0,3%) выявлен выраженный дефицит у курящей, страдающей СД 2-го типа

с инсулинпотребностью женщины, имеющей сочетание ОП с остеомалацией, в 8 (25%) – дефицит (2 мужчины, 6 женщин), в 21 (65%) – недостаточность (2 мужчины, 19 женщин) и в 2 (0,7%) случаях – нормальный уровень 25(ОН)D. Дефицит витамина D был выявлен у мужчин, злоупотребляющих алкоголем. При этом содержание общего Са в сыворотке крови было снижено только у 3 (37,5%) пациентов с дефицитом и у 11 (52%) – с недостаточностью 25(ОН)D, у остальных соответствовало нормальным значениям. Среди пациентов с ОА адекватный уровень 25(ОН)D выявлен в 5 (19%) случаях (3 мужчины, 2 женщины), в 6 (23%) – дефицит, в 14 (53%) – недостаточность (5 мужчин, 9 женщин). В этой группе больных уровень общего Са был снижен у всех пациентов с дефицитом витамина D и у 2 больных с нормальным уровнем 25(ОН)D.

Выводы/заключение

Практически у всех обследованных пациентов выявлены нарушения обмена витамина D. При ОА нарушения обмена витамина D встречались столь же часто, что и при ОП, при этом отмечено преобладание недостаточности над дефицитом 25(ОН)D. Не обнаружено прямой корреляции между снижением уровня общего Са в сыворотке крови и дефицитом 25(ОН)D. Таким образом, исследование состояния минерального обмена и его коррекцию необходимо проводить не только у пациентов с ОП, но и с ОА.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Беляева Е. А.

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

Введение/цель

Приверженность лечению больных с остеопорозом (ОП) определяет их жизненный прогноз и является важнейшим фактором сохранения физической активности за счет снижения риска низкоэнергетических переломов.

Материал и методы

Проведена оценка приверженности лечению через 12 и 24 мес 104 пациентов с ОП, из них 36 не имели в анамнезе переломов, а 68 перенесли низкоэнергетические переломы (36 – перелом Коллиса, 4 – перелом ребра, 7 – перелом проксимального отдела бедра, 1 – перелом грудины, 18 – компрессионные переломы одного или нескольких позвонков, 2 – перелом лодыжки). В качестве основной терапии были сделаны назначения следующему числу пациентов: пероральные бисфосфонаты (БФ) для еженедельного приема – 39, для ежемесячного приема – 27, для ежеквартального в/в введения – 18, для в/в ежегодного введения – 10, стронция ранелат – 2, деносуидаб – 8.

Результаты/обсуждение

Из пациентов, не имевших в анамнезе переломов, прекратили лечение через 12 мес – 14 (38%) человек, через 24 мес – 21 (58%) человек. Из больных, перенесших перелом, через 12 мес прекратили лечение 12 (17%) человек, через 24 мес – 33 (48%). При этом среди лиц, прекративших лечение, не было имевших перелом бедра или лодыжки в анамнезе. Через 12 мес отменили лечение: все (100%) пациенты, получавшие ранелат стронция, из-за неудобного (ежедневного) режима приема; 3 (37%) пациента, получавших деносуидаб, из-за высокой стоимости лечения; 6 (60%) пациентов, получавших в/в инфузии БФ, из них 3 – из-за плохой переносимости (миалгии, артралгии, ли-

хорадка), 3 – из-за высокой стоимости; 7 (38%) пациентов, получавших БФ в/в струйно ежеквартально, из них в связи с плохой переносимостью – 2 (28%), в связи со сложностями проведения в/в инъекции – 4 (57%), по причине высокой стоимости – 1 (14%); 3 (11%) пациента, получавших БФ ежемесячно, и 5 (13%) пациентов, получавших БФ еженедельно. Через 24 мес прирост больных, прекративших терапию, произошел за счет групп с ежемесячным приемом БФ с 11 до 37% (10 человек) и еженедельным приемом БФ с 13 до 53% (21 человек).

Выводы/заключение

Таким образом, в группе наблюдения через 12 мес в общей сложности не получали лечение 25%, а через 24 мес – 52% больных. Приверженность терапии была выше у пациентов, перенесших переломы. Не отменили терапию на протяжении 24 мес лица, перенесшие переломы костей нижних конечностей. Отмена препаратов через 12 мес в группах пациентов, получавших в/в БФ, была связана с высокой стоимостью и плохой переносимостью лечения. К 24 мес отмена препаратов происходит преимущественно в группе больных, получавших пероральные БФ в отсутствие четких причин отказа от лечения.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ

Беляева Е.А., Хадарцев А.А.

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

Введение/цель

Коморбидная патология может способствовать прогрессированию остеопороза (ОП) и вносить вклад в снижение качества жизни, а также затруднять процессы восстановительного лечения в связи с ограничением толерантности к физическим нагрузкам, снижением общей физической активности и адаптационных возможностей организма.

Материал и методы

Проведен анализ медицинской документации (историй болезни и амбулаторных карт) 986 пациенток амбулаторного приема кабинета ревматолога Центра профилактики остеопороза (ОП) и амбулаторных и стационарных больных городского ревматологического центра г. Тулы с первичным ОП, имеющих один или несколько переломов.

Результаты/обсуждение

На первом месте [72,5% (715)] по частоте у пациентов с ОП встречается сопутствующая сердечно-сосудистая патология, ее нозологическое распределение следующее (%/чел): АГ – 41%/293, ИБС – 26%/186, сочетание АГ и ИБС – 27%/193, другие заболевания (приобретенные пороки, миокардиты, нарушения ритма и проводимости) – 6%/43. При этом из числа пациентов с сердечно-сосудистой патологией количество больных с ХСН составляет 83% (594). На втором месте ОА с преимущественным поражением суставов нижних конечностей – 68% (670 человек). Поражение суставов нижних конечностей приводит к утрате устойчивости при ходьбе, дегенеративные изменения связочного аппарата и мышц способствуют потере равновесия и повышают предрасположенность к падениям, являющимся независимым фактором риска остеопорозических переломов. При этом 73% (489) больных с сочетанием ОА и ОП относятся к возрастной группе старше 70 лет. Третьей по частоте нозологией является БА (и/или

ХОБЛ) – 16%. На другие нозологические формы в комплексе приходится 12,6%. Сочетания основных коморбидных заболеваний распределились следующим образом: АГ+ОА – 53,6%, ИБС+АГ+ОА – 21,3%, ИБС+БА – 2,8%, ОА+БА – 6,1%, ОА+ИБС – 18,9%.

Выводы/заключение

Для пациентов с осложненным ОП характерна полиморбидность. Наиболее часто встречаются ОА и заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), осложненные ХСН. Индекс коморбидности – 2,6. Таким образом, при первичном ОП наибольшее влияние на важнейший модифицируемый фактор риска – снижение двигательной активности – оказывают заболевания ССС и дегенеративные поражения суставов тазового пояса.

РОЛЬ АНТИТЕЛ К ПУРИННУКЛЕОЗИДФОСФОРИЛАЗЕ И ГУАНОЗИНДЕЗАМИНАЗЕ В ДИАГНОСТИКЕ ОРГАНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Бенедикция Е.В., Алехина И.Ю., Александров А.В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии»,
Волгоград, Россия

Введение/цель

Иммунологическая картина системной красной волчанки (СКВ) характеризуется широким спектром аутоантител. С активностью основных ферментов гуанозинового ветви пуринового метаболизма – пуридиннуклеозидфосфоорилазы (ПНФ) и гуанозиндезаминазы (ГДА) – связаны процессы Т-клеточного иммунитета в организме. Цель – разработка дополнительных критериев лабораторной диагностики СКВ с помощью иммобилизованных антигенных наносистем (АНС) на основе ПНФ и ГДА в качестве антигенной матрицы.

Материал и методы

Антитела к ПНФ (анти-ПНФ) и ГДА (анти-ГДА) определяли в сыворотке крови 30 практически здоровых лиц и 60 больных СКВ (55 женщин и 5 мужчин; средний возраст – 36,32±15,27 года; продолжительность заболевания – 7,97±7,35 года) по модифицированной методике ELISA-теста с использованием АНС.

Результаты/обсуждение

При поступлении на лечение у больных СКВ (по сравнению со здоровыми лицами) обнаружено достоверное увеличение содержания анти-ПНФ (M(SD): 0,132 (0,084) против 0,032 (0,0219), $p < 0,001$; дисперсионный анализ в варианте с неравными дисперсиями). После проведенного лечения содержание анти-ПНФ уменьшилось ($p = 0,043$), но оставалось выше показателей здоровых лиц ($p < 0,001$). Была отмечена положительная корреляция уровней анти-ПНФ и анти-ГДА со значениями индекса SLEDAI ($r = 0,388$ и $r = 0,361$ соответственно; $p < 0,01$) и отрицательная корреляция с биохимической активностью соответствующих ферментов в сыворотке крови ($r = -0,35$ и $r = -0,72$; $p < 0,001$). Высокие уровни анти-ПНФ коррелировали также с увеличением индекса повреждения SLICC/ACR ($p = 0,288$). Наиболее высокие уровни анти-ГДА отмечались у больных СКВ с поражением печени ($p = 0,024$) и у больных с выраженным цитопеническим синдромом ($p = 0,039$). В группе больных СКВ, имеющих повышенные уровни анти-ПНФ, наблюдалось достоверно более частое поражение сердечно-сосудистой системы

($p = 0,048$), а также почек ($p = 0,006$), причем в последнем случае отмечена положительная корреляционная связь с величиной протеинурии ($p = 0,033$) и положительная динамика уровня анти-ПНФ на фоне терапии. Обратная корреляция уровня анти-ПНФ с уровнем гемоглобина крови ($p = -0,265$), числом лимфоцитов ($p = -0,293$) и тромбоцитов крови ($p = -0,31$) может свидетельствовать о непосредственном воздействии данных антител на клетки крови.

Выводы/заключение

Наличие анти-ПНФ и анти-ГДА в сыворотке крови больных СКВ может свидетельствовать о глубине нарушения анаболических и деструктивных процессов при данном заболевании. Более частое обнаружение анти-ПНФ у больных СКВ с поражением почек, связь с протеинурией и положительный ответ на лечение могут служить косвенными доказательствами важной роли данных антител в патогенезе нефропатии при СКВ.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГОНОАРТРОЗА

Бердиева Д.У.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент,
Узбекистан

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) представляет собой важную социально-экономическую проблему в связи с широким распространением, ухудшением качества жизни больных из-за постоянного болевого синдрома, а также высокой инвалидизацией. Цель – изучение влияния длительной терапии хондропротективным препаратом «Остеокейр» (производство Индийской компании Ultra) на симптомы ОА коленных суставов.

Материал и методы

В исследование включено 65 больных с достоверным диагнозом гоноартроза. Среди пациентов преобладали женщины – 53 (81,5%), мужчин было 12 (17,5%). Средний возраст больных составил 42,3±4,5 года, длительность заболевания – 6,2±8,1 года. На момент включения в исследование 0 рентгенологическая стадия гоноартроза (по Келлгрэну–Лоуренсу) имела у 12 (18,5%) больных, I – у 39 (60%), II – у 14 (21,5%). У 38 (58,5%) пациентов выявлен двусторонний гоноартроз, у 27 (41,5%) – односторонний. С целью изучения влияния терапии препаратом «Остеокейр» на симптомы и течение гоноартроза пациенты были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошло 35 (53,8%) пациентов с ранними стадиями гоноартроза. Контрольная группа включала 30 (46,2%) пациентов. Остеокейр назначали по 1 капсуле 2 раза в сутки на протяжении 6 нед, далее – по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение последующих 5 мес. Повторные курсы лечения препаратом «Остеокейр» в дозе 2 капсулы в сутки в течение 2 мес повторяли с интервалом 1 мес. Общая длительность приема препарата на момент окончания исследования составила 2 года.

Результаты/обсуждение

Через 6 мес постоянного приема препарата «Остеокейр» отмечена положительная динамика всех клинических показателей. Выраженность боли по ВАШ в покое снизилась с 43,4±5,2 до 21,6±6,4 мм ($p < 0,05$). Отмечена более высокая активность препарата «Остеокейр» в отношении патогенетических механизмов прогрессирования ОА, о чем свидетельствуют достоверные различия в проценте больных с рентгенологическим прогрессированием гоно-

артроза в основной и контрольной группах уже через 2 года лечения препаратом «Остеокейр».

Выводы/заключение

Применение препарата «Остеокейр» для лечения ОА, является более безопасным, так как не связано с повторными внутрисуставными введениями лекарственного средства и их возможными осложнениями.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАННОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ И БИОЛОГИЧЕСКИХ АГЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Бужор О.В.¹, Гроппа Л.Г.²

¹Республиканская клиническая больница, Кишинев, Молдова; ²Государственный университет медицины и фармацевтики им. Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова

Введение/цель

Раннее и агрессивное ведение ревматоидного артрита имеет решающее значение для остановки прогрессирования заболевания. Комбинированная терапия двумя базисными препаратами, таких как метотрексат (МТ) и сульфасалазин (СЛФ) или тоцилизумаб (ТОЦ), часто более эффективно, чем монотерапия. Биологические препараты представляют собой эффективные варианты лечения, которые, в сочетании с МТ, значительно уменьшают воспаление, подавляют рентгенографическую прогрессию и индуцируют ремиссию. Цель исследования – изучение эффективности комбинированного лечения больных ревматоидным артритом с использованием метотрексата, сульфасалазина и тоцилизумаба.

Материал и методы

Проведено ретроспективное исследование когорты больных с использованием баз данных StatSoft из 2011–2014, с наблюдением за больными ревматоидным артритом старше 18 лет, ранее получавшим МТ в сочетании с СЛФ (75 пациентов) или МТ и ТОЦ (75 пациентов), и не должны были иметь никакого предшествующего использования биопрепаратов. Лечение было определено эффективным, если ни одно из следующих требований не произошло в течение первого года наблюдения: 1) несоблюдение режима инфузий и приема препаратов; 2) включение или добавление другого биологического агента; 3) включение или добавление другого базисного препарата; 4) наличие, по крайней мере, одного совместного введения глюкокортикостероидов между 4 и 12 мес.

Результаты/обсуждение

Среди пациентов, 80% составляли женщины, средний возраст – 56,1±12,6 года, стандартное отклонение – 12,6, доверительный интервал (CI) – 95%. Эффективность лечения по ACR50 составила 54 (72%) в группе МТ+СЛФ (CI – 53,5; 55,2), в группе МТ+ТОЦ – 68 (90,66%) (CI 73,2; 76,3). Нон-респондеры МТ+СЛФ – 12 (72%) (CI – 15,2; 17,9), в группе МТ+ТОЦ – 4 (5,33%) (CI 17,4; 18,7). Смена биологического лечения МТ+СЛФ – 0, в группе МТ+ТОЦ – 2 (2,66%) (CI 13,9; 15,4). Смена базисного лечения МТ+СЛФ – 9 (12%) (CI – 11,6; 14,0), в группе МТ+ТОЦ – 1 (1,33%) (CI 15,8; 17,1). Внутрисуставное введение стероидов МТ+СЛФ – 14 (18,66%) (CI – 19,0; 21,9), в группе МТ+ТОЦ – 5 (6,66%) и (CI 18,7; 28,2).

Выводы/заключение

Данные исследования доказывают высокую эффективность сочетания МТ и ТОЦ в сравнении с МТ и СЛФ.

Данные сопоставимы с характером непереносимости и отсутствия эффективности в адекватном лечении больных ревматоидным артритом. Приверженность пациентов лечению МТ и ТОЦ доказывала и улучшение качества их жизни, и больший контроль над болевым синдромом. Также это доказывает факт гораздо меньшей необходимости внутрисуставных инъекций глюкокортикостероидов.

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА, ПРИНИМАЮЩИХ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Бичурина Д.М., Гайдукова И.З., Ребров А.П.
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Введение/цель

Состояние почек у лиц, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) короткими курсами для лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (ДДЗП), остается неизученным. Цель – оценить функцию почек у больных ДДЗП, принимающих НПВП.

Материал и методы

Обследовано 80 пациентов с ДДЗП, получающих НПВП, возраст – 54,0 [38,5; 55,0] года, из них 36 (45%) мужчин. Артериальная гипертензия (АГ) выявлена у 48 (60%) больных. Индекс приема НПВП ASAS за 30 дней – 20,0% [9,3; 50,0], за год – 4,58% [2,7; 20,0]. Группу сравнения составили лица, не принимавшие НПВП в течение последнего года (n=25, возраст 54,0 [51,0; 57,0] года, АГ – 25/100%). Определяли уровень креатинина сыворотки крови и мочи; рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕП; производили определение и расчет отношений альбумин/креатинин и β_1 -микроглобулин/креатинин.

Результаты/обсуждение

У пациентов с ДДЗП уровень креатинина в сыворотке крови составил 90,9±12,8 мкмоль/л, в моче – 7862,98±3771,32 мкмоль/л. Величина СКФ у пациентов с ДДЗП и у лиц группы контроля составила 77,5 [68,0; 89,0] мл/мин/1,73 м² и 68,9 [64,5; 75,5] мл/мин/1,73 м² соответственно; p=0,00004. У пациентов с ДДЗП и у лиц группы контроля уровень альбуминурии составил 54,4 [33,5; 82,4] мг/г и 32,2 [20,7; 44,6] мг/г соответственно, p=0,01; уровень глобулинурии 136,3 [78,4; 213,5] мг/г и 12,9 [11,5; 23,4] соответственно; p=0,0001. Не выявили взаимосвязей между индексом НПВП ASAS за 30 дней и глобулинурией, СКФ, но установлена взаимосвязь между индексом НПВП ASAS за 30 дней и альбуминурией (R=-0,29; p=0,04).

Выводы/заключение

Пациенты, принимающие НПВП по поводу ДДЗП, имеют тубулоинтерстициальное повреждение, проявляющееся повышением концентрации альбумина и α_1 -микроглобулина мочи. Изменения тубулоинтерстициального аппарата при ДДЗП выражены в большей степени, чем у пациентов с артериальной гипертензией, что может определять у них повышение сердечно-сосудистого риска.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ РИСКИ И СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА, ПРИНИМАЮЩИХ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Бичурина Д.М., Гайдукова И.З., Ребров А.П.

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

Введение/цель

Прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) ассоциируется с изменением функции почек. При этом неизвестно, насколько субклиническое изменение функции почек при кратковременном приеме НПВП ассоциируется с риском сердечно-сосудистых событий. Цель исследования – оценить взаимосвязи между риском фатальных сердечно-сосудистых событий и функцией канальцев и клубочков почек у больных, получающих НПВП не более 30 сут по поводу дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника (ДДЗП).

Материал и методы

Обследовано 80 пациентов с ДДЗП, получающих НПВП (не более 3 курсов за прошедший год, не более 14 дней за последний месяц приема). Возраст – 54,0 [38,5; 55,0] года, из них 36 (45%) мужчин. Индекс приема НПВП ASAS за 30 дней – 20,0% [9,3; 50,0], за год – 4,58% [2,7; 20,0]. Определяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ; производили расчет отношений микроальбумин/креатинин и β_1 -микроглобулин/креатинин; измеряли риск развития сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation).

Результаты/обсуждение

Средняя СКФ у пациентов с ДДЗП составила 76,0 [68,0; 84,5] мл/мин/1,73 м². Уровень альбуминурии и глобулинурии был равен 54,4 [33,5; 82,4] и 136,3 [78,4; 213,5] мг/г соответственно; индекс SCORE – 0,48% [0,09; 2,39]. Выявлена взаимосвязь между величиной индекса SCORE и СКФ (R Спирмена = -0,27; p = 0,04). Взаимосвязей между величиной SCORE и глобулинурией, альбуминурией не установлено.

Выводы/заключение

Снижение СКФ ассоциируется с повышением сердечно-сосудистого риска. При этом острое тубулоинтерстициальное повреждение на фоне текущего кратковременного приема НПВП, проявляющееся повышением концентрации альбумина и α_1 -микроглобулина мочи, с риском фатальных событий не ассоциируется.

СОСТОЯНИЕ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Благинина И.И.¹, Реброва О.А.¹,

Блудова Н.Г.¹, Бахтояров П.Д.¹, Покрышка И.И.²

¹ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск; ²ГУ «Луганская республиканская клиническая больница», Луганск

Введение/цель

Высокая частота развития расстройств тревожно-депрессивного спектра при псориатическом артрите (ПСА), которые сопровождаются дополнительной продукцией провоспалительных цитокинов, активизирующих работу

гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, способствует прогрессированию иммунного воспаления и снижению адаптационных возможностей организма с дальнейшим нарушением костного ремоделирования и развитием остеопороза. Цель – оценить состояние костного ремоделирования и воспалительной активности у больных ПСА в зависимости от наличия у них признаков психоэмоциональных расстройств.

Материал и методы

В исследовании принимали участие 76 больных (27 мужчин и 49 женщин) ПСА (возраст – 44,5±1,2 года, длительность ПСА – 9,2±0,8 года). Диагноз ПСА ставили на основании диагностических критериев CASPAR (2006). Психоэмоциональный статус оценивали по шкалам Спилбергера и Гамильтона. У 43 из обследованных (1-я группа) выявлены изменения в статусе, свидетельствующие о нарушениях психического равновесия, а оставшиеся 33 больных вошли во 2-ю группу. В группах определяли активность ПСА путем подсчета индекса активности DAS4, модифицированного для ПСА, числа болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС), оценки состояния здоровья пациентом (СЗП) по ВАШ, исследовали СРБ и СОЭ. У всех больных определяли минеральную плотность костной ткани (МПКТ) с помощью ультразвуковой денситометрии пяточной кости, остеокальцин и кальций сыворотки крови.

Результаты/обсуждение

Больные в группах не отличались по ЧБС и ЧПС – 6,58±2,8 и 3,3±1,9 в 1-й группе и 5,9±2,6 и 2,7±1,8 во 2-й. Однако они достоверно различались, с более негативными показателями в 1-й группе, по СЗП – 65,9±16,4 и 54,8±17,4 соответственно (p=0,003), СОЭ – 28,8±12,6 и 24,2±12,7 (p=0,046), и DAS4 – 3,62±0,24 и 3,27±0,19 соответственно (p=0,047). У пациентов 1-й группы чаще, чем во 2-й, наблюдалось снижение МПКТ – в 76,7% и 36,4% случаев соответственно. Также в 1-й группе отмечены достоверное (p<0,001) в сравнении с показателями 2-й группы повышение уровня остеокальцина – 39,4±3,8 нг/мл и 12,6±3,7 нг/мл и умеренное, не значимое (p>0,05) снижение уровня кальция в сыворотке крови.

Выводы/заключение

Для больных ПСА с признаками эмоционально-аффективных расстройств характерна не только более высокая степень воспалительной активности, но и усиление процессов костной резорбции. Эти данные могут свидетельствовать в пользу того, что депрессия является пусковым механизмом в нарушении костного ремоделирования с его сдвигом в сторону усиления резорбции и снижения образования костной ткани у больных ПСА.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ α У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)

Богданова Е.А., Несмеянова О.Б.,

Богданов А.А., Соловьёва О.В.

ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Россия

Введение/цель

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по ведению больных псориатическим артритом ингибиторы фактора некроза опухоли α (иФНО α) уменьшают проявления артрита, энтезита, дактилита, спондилита

(ПсСп), псориаза, улучшают функциональное состояние больных. Цель исследования – оценка эффективности препаратов группы иФНО α у пациентов с ПсСп, получавших лечение в ревматологическом отделении ГБУЗ ЧОКБ.

Материал и методы

Наблюдалось 15 больных ПсСп (9 мужчин, 6 женщин), получавших лечение с 2014 по 2016 г.; средний возраст – 40,4 \pm 1,6 года (от 31 до 50), средняя длительность болезни – 6,0 \pm 1,3 года (от 8 мес до 16,8 года). Терапия иФНО α проводилась непрерывно в течение 6 мес всем больным: 5 голimumаб, 5 адалимумаб, 5 этанерцепт. Одним из критериев назначения иФНО α были признаки активного сакроилиита по МРТ крестцово-позвоночных сочленений (КПС). У всех больных оценивались число болезненных и припухших суставов, энтезитов по LEI, СОЭ, СРБ, Басовский индекс активности АС (BASDAI), выраженность отека костного мозга по МРТ КПС до начала терапии, через 3 мес и 6 мес от начала лечения. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета Statistica 13.0. Сравнения проводились с помощью непараметрических критериев. Различия считались достоверными при уровне значимости $p=0,05$.

Результаты/обсуждение

Группы анализировались по назначенному препарату и исходно были сопоставимы по всем оцениваемым параметрам ($p=0,12\dots1,0$, критерий Краскелла–Уоллиса). Во всех группах наблюдалось выраженное уменьшение средних значений оцениваемых показателей к 3-му месяцу терапии, с дальнейшим снижением к 6 месяцу относительно исходных значений. Однако статистически достоверных различий не получено ($p=0,067\dots0,1$, критерий Вилкоксона). При анализе различий параметров в группах лечения на сроках 3 и 6 мес от начала терапии статистической разницы не выявлено ($p=0,11\dots1,0$, критерий Краскелла–Уоллиса). В генеральной совокупности больных было получено статистически значимое улучшение по всем оцениваемым критериям ($p=0,002\dots0,01$, критерий Вилкоксона) на обоих сроках наблюдения. Полученные данные свидетельствуют об эффективности терапии иФНО α в отношении уменьшения как общей активности ПсСп, так и признаков отека костного мозга по МРТ КПС. Учитывая малое количество больных в каждой группе лечения, статистически достоверных различий в эффективности исследуемых препаратов получено не было.

Выводы/заключение

Все используемые иФНО α привели к снижению активности ПсСп, в том числе к уменьшению отека костного мозга по МРТ КПС. Значимый эффект от терапии наступал через 3 мес применения и возрастал к 6 мес.

ВЛИЯНИЕ АБАТАЦЕПТА НА ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Борисова М.А., Лукина Г.В., Сигидин Я.А., Лучихина Е.Л., Каратеев Д.Е., Новиков А.А., Александрова Е.Н., Аронова Е.С., Глухова С.И., Насонов Е.Л.

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

Введение/цель

Оценить динамику цитокинового профиля у пациентов, получающих абатацепт (АБЦ).

Материал и методы

В исследование включены 44 пациента с ревматоидным артритом (РА) и неэффективностью предшествовавшей базисной и биологической терапии. В качестве группы контроля использовались сыворотки 16 здоровых доноров. Большинство пациентов с РА – женщины среднего возраста (49,6 \pm 13,9 года), с длительностью заболевания 2 (1,4–3) года, высокой активностью (DAS28=5,2 \pm 0,8) РА, позитивные по РФ (80%) и АЦЦП (79,5%). Концентрации цитокинов (IL-1, IL-6, IL-17, TNF- α , VEGF, IP-10, пг/мл) в сыворотке крови измеряли с помощью метода ELISA, YKL-40 (пг/мл) – MicroVue до начала и через 6 мес терапии АБЦ. Активность заболевания оценивалась с помощью индекса DAS28 каждые 3 мес. Инфузии АБЦ проводились внутривенно по стандартной схеме.

Результаты/обсуждение

У пациентов с РА по сравнению с группой контроля уровни IL-6 (2,4 (1,1–6,4) и 0,7 (0,62–1,0); $p=0,0002$), YKL-40 (97 (68,4–97, 9) и 64 (52,4–107,5); $p=0,03$), IP-10 (21 (12,9–49,8) и 14 (9,2–15,2); $p=0,005$) были достоверно выше. АБЦ приводил к достоверному снижению активности РА, начиная с 3-го месяца терапии ($p<0,05$).

Выводы/заклучение

Терапия АБЦ приводит к значительному уменьшению концентрации провоспалительных цитокинов (IL-6, IP-10), а также ММП3 и РФ. Снижение уровней IL-6, IP-10 достоверно коррелировало со снижением активности РА.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 15 ЛЕТ

Браташ В.И., Огнева Е.А., Матюшенко С.В., Агапова Н.П., Расевич Т.Г.
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, Россия

Введение/цель

Проанализировать заболеваемость РЗ в Астраханской области (АО) по данным ревматологического отделения (РО) за 2002–2016 гг. включительно.

Материал и методы

Изучено 16574 больных, пролеченных в РО за 15 лет, оценивались клиника, данные рентгенологических, лабораторных, УЗИ, КТ, МРТ и других методов обследования.

Результаты/обсуждение

Отмечен рост больных с ревматоидным артритом (РА) с 26,5% от общего числа пролеченных в 2002 г. до 56,9% в 2016 г. (из них 71,4% серопозитивный) и снижение количества больных с остеоартрозом (ОА) с 29,9% до 1,6% с учетом КСГ при общем росте заболеваемости ОА по АО. Количество больных спондилоартропатиями (СПА) в течение 15 лет выросло с 18,2% от общего количества пролеченных в 2002 г. до 22,6% в 2016 г. В 2002 г. из СПА анкилозирующий спондилоартрит (АС) составлял 38,7%, серонегативный спондилоартрит (СС) – 3,6%, реактивные артриты (РеА) – 32%, болезнь Рейтера (БР) – 8,5%, псориатический артрит (ПсА) – 17,3%, при этом РеА разделилась на: ассоциированные с урогенитальной (38,9%), носоглоточной (31,9%), кишечной инфекциями (8,3%) и 20,8% – неуточненные артриты. К 2016 г. ситуация изменилась: в группе СПА АС составил 63,0% (увеличился на 24,3%), СС увеличился до 5,4%, количество пациентов

с ПсА выросло до 26,6%, напротив, с РеА уменьшилось в 9 раз (до 3,8%), с БР уменьшилось более чем в 4 раза. В течение 15 лет наблюдается рост метаболических артритов – подагры (П) – с 3,1% в 2002 г. до 6,4% в 2016 г., при этом увеличивается количество женщин и молодых больных. Отмечается также рост общего числа больных диффузными болезнями соединительной ткани (ДБСТ) с 4,2% до 9,1% за 15 лет, из них системной красной волчанкой (СКВ) – с 2002 по 2016 г. остается неизменным, 50% от ДБСТ, увеличилось количество больных перекрестным синдромом и синдромом Шегрена. Выросло количество больных системными васкулитами (СВ), в том числе АНЦА-ассоциированными.

Выводы/заключение

За 10 лет в АО выросло количество больных, госпитализируемых в РО с РА, в 2,15 раза, АС – в 1,6 раза, ДБСТ и П – в 2,2 раза. Увеличение числа больных с СКВ и СВ связано с общей тенденцией в регионе и изменением уровня диагностики РЗ.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ ПРЕПАРАТОМ «ФЕРМАТРОН ПЛЮС» ЗА ТРЕХЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Браташ В.И., Матюшенко С.В.,

Огнева Е.А., Расевич Т.Г., Агапова Н.П.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, Россия

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) – заболевание, которое приводит к инвалидизации населения, поэтому лечение ОА и поддержание качества жизни больных является актуальной проблемой. Цель исследования – оценить эффективность ферматрона плюс (Ф+) в комплексной терапии ОА коленных суставов (КС).

Материал и методы

Наблюдалось 129 больных гонартрозом (ГА) 2–4 стадий, осложненным синовитом, в возрасте от 21 до 78 лет, преобладали женщины (76,4%). Все больные обследованы клинически, лабораторно, рентгенологически, УЗИ или МРТ коленных суставов до начала лечения и в динамике. До начала лечения Ф+ проводилась комплексная терапия ОА НПВП, обезболивающими, симптоматическими медленнодействующими препаратами, ЛФК, применение ортопедических пособий. Болевой синдром на фоне проводимой терапии полностью не купировался, синовиты рецидивировали, нарастали функциональные нарушения, что влияло на качество жизни пациентов. Больные разделены на три группы: 1-я группа – 34 человека в возрасте от 21 до 44 лет с посттравматическими артрозами, (преимущественно 2 стадия). Синовиты купированы ГКС с лидокаином до начала введения Ф+. Ф+ 1,5% вводился 1 раз в нед по 2 мл в каждый КС № 3. Курсы повторялись каждые 6 мес от 2 до 6 курсов индивидуально. 2-я группа – 83 человека в возрасте от 45 до 65 лет с ОА КС 2–3 стадий (у всех больных ГА осложнен синовитом, который до назначения Ф+ полностью не купировался, имеется выраженный болевой синдром, нарушение функции суставов). Ф+ вводился по той же схеме с предварительно пролеченным синовитом. 3-я группа – 12 человек в возрасте от 63 до 78 лет с ГА 3–4 стадии, которым планировалось протезирование КС. Проводилось лечение Ф+ по схеме 1 раз в 6 мес, использовались ортезы при ходьбе.

Результаты/обсуждение

После проведения 1-го курса Ф+ больным с ГА ревизия КС синовита не выявила. Перед проведением 2-го курса лечения Ф+ синовит КС обнаружен у 10,5% больных с поздними стадиями ГА, перед 3-м курсом – у 2 больных, в течение остального времени наблюдения синовитов при ГА не было. Улучшение качества жизни у всех больных, но степень улучшения зависела от исходных данных у каждого конкретного больного. В 3-й группе за 3 года наблюдения протезирование коленных суставов отсрочено.

Выводы/заключение

Ф+ целесообразно включать в комплексную терапию ОА. Использование Ф+ в поздних стадиях ГА позволяет отсрочить протезирование КС.

ИМЕЕМ ЛИ МЫ СЕГОДНЯ АЛЬТЕРНАТИВЫ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДВУМЯ И БОЛЕЕ БОЛЕЗНЬ-МОДИФИЦИРУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ?

Бубликов Д.С., Анчугина Д.А.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия

Введение/цель

Лечение больных ревматоидным артритом (РА) является сложной задачей, так как достижение ремиссии или низкого уровня активности часто требует введения 2–3 болезнь-модифицирующих препаратов. В таких условиях часто сталкиваются с ростом расходов на лечение и с увеличением побочных эффектов терапии. Поэтому актуальным является поиск путей увеличения эффективности базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) в монотерапии. Цель – изучить влияние на активность РА пентоксифиллина при добавлении его к монотерапии БПВП.

Материал и методы

В исследование включены женщины (n=131) с РА в развернутой стадии, серопозитивные, со 2–3-й рентгенологическими стадиями. Активность по DAS 28 CRP при включении в исследование составила $3,2 \pm 2,1$. Средний возраст пациенток – $46,44 \pm 3,24$ года. Все пациенты получали перорально $15,50 \pm 2,50$ метотрексата в неделю, либо 2000 ± 500 мг сульфасалазина в сутки, либо 20 ± 5 мг перорально лефлуномида в день. Пациенты были разделены на две группы – те, кто только получал монотерапию БПВП (n=80), а также те, кто получал БПВП и 1200 мг пентоксифиллина в сутки (n=51).

Результаты/обсуждение

Исходно пациенты исследуемых групп статистически значимо не различались по уровню активности по DAS 28 CRP, которая на момент включения составила $4,12 \pm 0,50$ и $3,88 \pm 0,41$ в группе монотерапии БПВП и в группе терапии БПВП и пентоксифиллином (p=0,812). На 14-й день в группе пациентов, принимавших пентоксифиллин в дополнение к БПВП DAS 28 CRP составил $3,15 \pm 0,50$ и был достоверно ниже на 12,5% (p=0,02) по сравнению с группой, получавшей лишь терапию БПВП.

Выводы/заключение

Добавление пентоксифиллина в максимальной суточной дозе к монотерапии БПВП пациентам с РА, не достигшим целевой низкой активности по стратегии «Тreat to target» позволяет несколько снизить активность заболевания.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ЭФФЕКТ НПВП

Бубликов Д.С., Анчугина Д.А.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия

Введение/цель

Коморбидность и мультиморбидность у пациентов ревматологического профиля – весьма распространенное явление. В литературе имеются указания об акселерации атерогенеза при имеющемся у пациентов остеоартрите (ОА). Однако указаний на взаимосвязи болевого синдрома в зависимости от наличия хронической ишемии нижних конечностей (ХИНК) при имеющемся ОА нам найти не удалось. Цель – изучить влияние сочетанной патологии ХИНК и ОА коленных суставов на выраженность болевого синдрома в нижних конечностях и эффективность его купирования НПВП.

Материал и методы

Нами была выделена группа пациентов с ХИНК без ОА (диагноз устанавливался в соответствии с клиническими рекомендациями АССХ РФ 2016) – n=31. Группа пациентов с ОА (n=54) без ХИНК и группа пациентов с ХИНК и ОА (n=57). Рандомизация пациентов выполнена путем случайной выборки. Критерии исключения из исследования: недостаточность функции суставов 3–4-й степеней, хроническая ишемия конечности по А.В.Покровскому II–IV степени. Уровень боли оценивался по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в момент ходьбы по равнинной поверхности. Уровень боли исследовался исходно (до назначения НПВП) и через 10 дней терапии НПВП. На момент исследования пациенты получали только статины, антиагреганты и препараты, воздействующие на ренин-ангиотензин альдостероновую систему (иАПФ и сартаны). В качестве НПВП был выбран напроксен в дозе 1100 мг в сутки перорально.

Результаты/обсуждение

Уровень боли в нижних конечностях по ВАШ в группе пациентов с ХИНК составил 59 ± 11 мм. На фоне терапии НПВП уровень боли снизился до 42 ± 15 мм. Различия статистически не значимы. В группе ОА уровень боли до терапии НПВП составил 51 ± 8 мм. На фоне терапии НПВП статистически значимо снизился до 35 ± 12 мм ($p=0,0030$). В группе ОА и ХИНК исходно уровень боли составил 56 ± 12 мм. На фоне терапии НПВП снизился до 52 ± 7 мм. Различия не имели статистической значимости. Между группой пациентов с ОА и ОА+ХИНК получены статистически значимые различия по уровню боли по ВАШ как исходно ($p=0,0002$), так и на фоне терапии НПВП ($p=0,0010$).

Выводы/заключение

Таким образом, ХИНК усугубляет уровень боли у пациентов с ОА коленных суставов и снижает ответ на терапию НПВП.

СМЕРТНОСТЬ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2001–2015 гг.

Вайсман Д.Ш., Никитина Е.С.,

Плахова А.О., Сорокая В.Н.

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия

Введение/цель

Изучение динамики тенденций смертности от хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) в Тульской области за 2001–2015 гг.

Материал и методы

Для изучения смертности от ХРБС были использованы базы данных по смертности жителей Тульской области за 2001–2015 гг. в количестве 1114 случаев.

Результаты/обсуждение

В Тульской области отмечается тенденция значительного снижения показателя смертности от ХРБС с 9,2 в 2001 г. до 3,3 на 100 тыс. населения в 2015 г. (в 2,8 раза) при снижении показателя общей смертности (темп убыли – 30,8%) и снижении удельного веса показателя смертности от болезней системы кровообращения (БСК) с 56,5% до 50,1% (темп убыли – 11,3%).

Выводы/заключение

Выявлены следующие тенденции: 1. Высокий уровень показателей общей смертности и смертности от БСК в Тульской области. 2. Снижение удельного веса показателя смертности от БСК в структуре общей смертности с 56,5% до 50,1% (темп убыли – 11,3%). 3. Снижение показателя смертности от хронической ревматической болезни сердца с 9,2 до 3,3 на 100 тыс. населения (в 2,8 раза). 4. Снижение удельного веса показателя смертности от хронической ревматической болезни сердца в структуре как общей смертности, так и смертности от БСК.

СТУПЕНЧАТАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРИТА ХОНДРОИТИНСУЛЬФАТОМ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ РИСКАМИ

Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф.,

Никитин А.В., Бурдина Н.С., Барсукова Н.А.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

Введение/цель

В XXI в. остеоартрит (ОА) стал значимой социально-экономической проблемой в развитых странах мирового сообщества, так как является одной из наиболее частых причин временной и стойкой утраты трудоспособности (ВН). Цель – проанализировать эффективность поэтапной, ступенчатой терапии парентеральной и таблетированной форм введения хондроитинсульфата (хондрогард, Х) и структума (С) и действие данной схемы лечения на динамику болевого суставного синдрома, цифры АД и сроки временной нетрудоспособности (ВН).

Материал и методы

Пролечено 40 работающих женщин ($48,6 \pm 6,4$), имеющих лист ВН с ОА тазобедренных, коленных суставов I–II стадий по Келлгрэн, с болями в суставах, с артериальной гипертензией (АГ) 1–2 стадий. 26 женщин (группа 1) получали хондрогард по 1,0–2,0 мл через день, на курс 25 инъекций с подключением по окончании введения Х-препарата структум по 500 мг 2 раза в день в течение 3 мес. 14

пациенток (группа 2) получали нестероидные противовоспалительные препараты и физиотерапевтические мероприятия. В обеих группах оценили динамику выраженности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в мм в су-ставах в покое и нагрузке, цифры АГ, сроки ВН.

Результаты/обсуждение

Значения ВАШ в суставах в состоянии покоя и на-грузке в обеих группах до лечения были $62-64 \pm 4,4$ мм, показатели АД: систолическое – $160,4-168,2 \pm 6,4$, диастолическое – $80,4-86 \pm 4,4$ мм. рт. ст. На 8–10-й день ле-чения показатель ВАШ в группе 1 снизился в покое на $26,2 \pm 3,4$ мм, при нагрузке – на $18,1 \pm 4,4$ мм по сравне-нию с исходными показателями. На 15–20 день разница составила $32,1 \pm 5,6$ мм и через 6 мес – $42,7 \pm 2,4$ мм соот-ветственно. Положительная динамика ВАШ была досто-верной $p < 0,05$, $r = 0,81$. В группе 2 отмечено значимое уменьшение показателей ВАШ в динамике лечения толь-ко на 15–20-й день лечения, но эти изменения были ме-нее существенными и сопровождалась существенным увеличением значений АД, до $176 \pm 3,4$; $p < 0,05$.

Выводы/заключение

Ступенчатая терапия хондрогадом в комбинации со структуром объективно и значимо у больных ОА с кардио-васкулярными рисками в более короткие сроки снижает выраженность болевого суставного синдрома, не сопрово-ждается повышением АД, сокращает дни ВН.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ НА ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Васькова О.А., Везикова Н.Н., Марусенко И.М.

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Россия

Введение/цель

Половая дифференциация пациентов, страдающих ревматоидным артритом (РА), отражает двукратное или даже трехкратное соотношение в пользу женщин. Много-численные исследования, направленные на изучение влия-ния половых стероидов на развитие и поддержание им-мунных процессов в организме человека, подтверждают наличие «защитной» роли андрогенов. Целью исследова-ния является оценка гормонального профиля пациентов, страдающих ревматоидным артритом, и выявление осо-бенностей течения заболевания.

Материал и методы

В исследование включен 21 пациент (4/19% мужчи-ны и 17/81% женщин), проходивший стационарное лече-ние в ревматологическом отделении ГБУЗ РК «Республи-канская больница им. В.А. Баранова», средний возраст – 51,7 года. Диагноз «ревматоидный артрит» всем пациентам был поставлен в соответствии с критериями ACR/EULAR, 2010. Средняя длительность РА составила 9,2 года, при этом в 14,3% случаев был диагностирован на ранней стадии. У всех пациентов определялась активность заболе-вания по DAS28, оценивались уровни СОЭ, СРБ, уровень половых гормонов.

Результаты/обсуждение

В большинстве случаев (47,6%) активность РА была средняя, в 33,3% случаев активность определялась как вы-сокая, а в 19,1% – как низкая. У всех пациентов уровень де-гидроэпиандростерон-сульфата (DHEA-S) оказался ниже нормы вне зависимости от возраста, пола, длительности и активности заболевания, а также проводимой терапии. У 4 женщин (23,5%) определялся повышенный уровень

прогестерона при нормальных уровнях эстрадиола и тесто-стерона. При этом у всех пациенток с ранним РА уровни эстрадиола, прогестерона и тестостерона диагностированы в пределах нормы. Одновременно у мужчин во всех случа-ях были выявлены изменения уровней половых гормонов. В результате исследования выявлена умеренно положи-тельная и умеренная отрицательная взаимосвязи между се-ропозитивностью по ревматоидному фактору и уровнями тестостерона и эстрадиола: коэффициенты корреляции со-ставили 0,48 и -0,31 соответственно. Коэффициент корреля-ции между уровнем DHEA-S и анемией – 0,39, что сви-детельствует о наличии умеренно положительной взаимо-связи. Других взаимосвязей выявлено не было.

Выводы/заключение

В результате исследования подтверждено изменение гормонального профиля у мужчин, страдающих ревмато-идным артритом. DHEA-S снижен как у мужчин, так и у женщин. Несмотря на отсутствие доказательств сниже-ния уровня DHEA-S перед дебютом заболевания и его кор-реляции с активностью РА, полученные данные требуют дальнейшего изучения в целях выявления механизмов влия-ния половых гормонов на иммунный ответ и течение за-болевания.

РОЛЬ МУЛЬТИПЛЕКСНОГО ИММУННОГО АНАЛИЗА АНТИНУКЛЕАРНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Верижникова Ж.Г.¹, Александрова Е.Н.¹, Новиков А.А.¹, Панафидина Т.А.¹, Середавкина Н.В.¹, Попкова Т.В.¹, Айзина Н.Л.², Насонов Е.Л.¹

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

²ГУЗ г. Москвы «Детская городская поликлиника № 121» УЗ ЮАО, Москва, Россия

Введение/цель

Антинуклеарные антитела (АНА) являются основ-ным серологическим маркером системной красной вол-чанки (СКВ). Цель – оценить клиническое значение мульт-иплексного иммунного анализа (МИА) профилей АНА и проследить связь с активностью патологического про-цесса и клиническими проявлениями при СКВ.

Материал и методы

Были исследованы сыворотки 94 пациентов с вери-фицированным диагнозом СКВ (классификационные критерии SLICC, 2012): 80 женщин и 14 мужчин, возраст – 35,9 (16,0–65,0) года, длительность заболевания – 113,5 (2,0–576,0) мес. Степень активности заболевания по шка-ле SLEDAI-2K – 9,7 (0–40) балла; индекс повреждения SLICC/ACR (ИП) – 1,6 (0–18) балла. Преобладал хрониче-ский вариант течения СКВ. Группа сравнения состояла из 70 больных другими ревматическими заболеваниями. Группа контроля – 30 здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными больными. Были иссле-дованы следующие клинические проявления: поражение кожи и слизистых, почек и ЦНС. АНА определялись мето-дом МИА на основе магнитных микросфер при помощи тест-системы BioPlex® 2200 ANA Screen (Laboratories Inc. Hercules, CA, США). Позитивные результаты измерения АНА соответствовали следующим значениям: для антител к двуспиральной (дс) ДНК – $\geq 10,0$ МЕ/мл; для других АНА (aSm, aSS-A/Ro 52 кДа и 60 кДа, aSS-B/La, aJo-1, aScl-70, aSm-RNP, антител к нуклеосомам, центромере

(CENP-B), рибосомальному белку Р (RibP), рибонуклеопротеину (РНП-70)) $\geq 1,0$ AI (Antibody Index).

Результаты/обсуждение

Определение адсДНК, aSm, aRibP методом МИА показало наиболее высокую диагностическую специфичность (ДС) (95, 97, 99% соответственно) и отношение правдоподобия положительного результата – ОППР (10,4; 9,67; 15,0, соответственно) для диагностики СКВ. МИА aРНП-70, aSS-A/Ro, антител к нуклеосомам являлся «полезным» тестом для диагностики СКВ (ОППР 2,8; 2,31; 4,15 соответственно). SLEDAI-2K положительно коррелировал с концентрацией адсДНК ($r=0,55$; $p<0,05$), антител к нуклеосомам ($r=0,65$; $p<0,05$), aRibP ($r=0,32$; $p<0,05$), aSm ($r=0,36$; $p<0,05$). Не обнаружено достоверной взаимосвязи между продукцией АНА и ИП. Наиболее часто при исследуемых клинических проявлениях выявлялись антитела к дсДНК (53,2–64%), нуклеосомам (55,3–66%), SS-A/Ro (38–40,4%) и Sm (27,8–36,2%) антигенам.

Выводы/заключение

Определение профиля АНА методом мультиплексного иммунного анализа имело высокую ДС и ОППР для диагностики СКВ. Уровни антител к дсДНК, к нуклеосомам, Rib P и Sm антигенам в сыворотке положительно коррелировали с активностью заболевания. Поражение кожи и слизистых, почек и ЦНС чаще всего ассоциировалось с антителами к дсДНК нуклеосомам, SS-A/Ro и Sm антигенам.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ДЕПОНИРОВАНИЯ КРИСТАЛЛОВ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ

Владимиров С.А., Елисеев М.С.,

Желябина О.В., Смирнов А.В., Глухова С.И.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт

ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Факторы риска остеопороза при болезни депонирования кристаллов пирофосфата кальция (БДПК) не изучены, хотя многие из них могут встречаться чаще, чем в популяции. Цель – определить вклад отдельных факторов в развитие остеопороза у пациентов с БДПК.

Материал и методы

В открытое проспективное исследование было включено 93 пациента. 64 – с БДПК, из них 35 мужчин и 29 женщин. И 29 – с остеоартрозом, из них 9 мужчин и 20 женщин. Диагноз достоверного БДПК ставился на основании критериев McCarty (обнаружение кристаллов пирофосфата кальция в синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии и обнаружением хондрокальциноза по данным рентгенографии или ультразвукового исследования суставов). Из них 40 пациентов были с острым и/или хроническим артритом и 24 пациента имели остеоартроз с кристаллами ПФК. Средний возраст больных БДПК составил $57,6 \pm 10,2$ года, Средний возраст больных остеоартрозом – $57,9 \pm 0,8$ года. Средняя длительность наблюдения – $4,85 \pm 0,96$ года. Всем пациентам в начале и в конце исследования проводилась денситометрия поясничного отдела позвоночника, шейки бедра и костей предплечья. Диагноз остеопороза ставился на основании МПК по результатам денситометрии (Т-критерий – 2,5 и меньше). Оцениваемыми факторами риска остеопороза были пол, возраст старше 55 лет для женщин, и старше 65 лет для мужчин, курение, алкоголь, переломы

в анамнезе, переломы у родителей, ИМТ ≤ 20 кг/м², ИМТ ≤ 25 кг/м², значения сывороточного фосфора, кальция, магния, витамина Д, гиперпаратиреоз, хроническая почечная недостаточность (СКФ ≤ 60 мл/мин), прием диуретиков, использование глюкокортикоидов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) >20 мм/ч, С-реактивный белок (СРБ) $>5,0$ мг/л. Для каждого фактора рассчитывался относительный риск (ОР; 95% доверительный интервал – ДИ) и проведена логистическая регрессия. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ SPSS v. 11, достоверными результатами считались $p<0,05$

Результаты/обсуждение

Больные не отличались по полу, возрасту, длительности болезни. К концу наблюдения остеопороз выявлен у 22 (34%) из 64 больных с БДПК (13 мужчин и 9 женщин) и у 8 (27%) из 29 больных с остеоартрозом (2 мужчин и 6 женщин). Факторами, ассоциирующимися с развитием остеопороза, у больных с БДПК были возраст больше 55 лет у женщин (ОР) 5,0, 95% ДИ 1,021–24,49; $p=0,047$), возраст больше 65 лет у мужчин (ОР 3,9; 95% ДИ 1,3–11,5; $p=0,014$), гиперпаратиреоз (ОР 15,38; 95% ДИ 1,7–137,9; $p=0,015$), повышенные значения СОЭ (ОР 3,38; 95% ДИ 1,14–10,0; $p=0,028$) и СРБ (ОР 6,42; 95% ДИ 2,05–20,05; $p=0,001$). Для больных с остеоартрозом различия не выявлены. При проведении логистической регрессии (чувствительность – 71%, специфичность – 82%) достоверным ассоциированным фактором развития остеопороза у больных с БДПК сохранялся только для гиперпаратиреоза (ОР 14,24; 95% ДИ 1,05–194,05; $p=0,046$).

Выводы/заключение

Остеопороз у больных с БДПК ассоциируется с гиперпаратиреозом, использование глюкокортикоидов у данных больных не влияет на развитие остеопороза.

ОЦЕНКА ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ОПРОСНИКА LUPUSQOL У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Воробьева Л.Д., Асеева Е.А.,

Соловьев С.К., Амирджанова В.Н.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт

ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Оценить психометрические свойства русскоязычной версии специфического опросника оценки качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ) – LupusQol, у больных системной красной волчанкой (СКВ).

Материал и методы

Для оценки надежности и воспроизводимости опросника LupusQol включен 101 больной с достоверным диагнозом СКВ (согласно критериям ACR, 1997 г.), госпитализированный в клинику ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Оценивалась активность СКВ по индексу SLEDAI 2K, индекс повреждения SLICC/ACR(ИП), проводилось стандартное лабораторное и иммунологическое обследование. Опросник LupusQol пациентами заполнялся самостоятельно при поступлении в стационар и в динамике через 3–4 дня. Обязательным условием проведения повторного тестирования было отсутствие изменений в состоянии здоровья пациента. Оценка надежности опросника включала исследование его воспроизводимости (метод тест-ретест) и внутреннего постоянства (коэффициент Кронбаха α).

Результаты/обсуждение

В исследование включены преимущественно женщины – 92 (91,08%), в возрасте 33 ± 11 лет, со средней длительностью заболевания 84 мес. У 49 (53,%) больных отсутствовала активность СКВ, у 26 (25,7%), 13 (12,8%) и 13 (12,8%) выявлялась соответственно средняя, высокая и очень высокая активность заболевания. У 59,4% больных отмечался ИП от 1 до 5 и более баллов. У всех пациентов с СКВ преимущественно отмечалась снижение КЖ по всем 8 шкалам LupusQoL. Показатели лучшего КЖ были по шкалам «Эмоциональное здоровье» – $67,7 \pm 23,1$ и по шкале «Боль» – $69,4 \pm 24,9$ из 100 возможных баллов. Наихудшие показатели отмечались по шкалам «Зависимость от других людей» – $56,5 \pm 29,1$ и «Усталость» – $63,8 \pm 23,9$. По результатам воспроизводимости опросника LupusQoL методом тест-ретест-анализа было выявлено, что статистически значимые различия между первоначальной и повторной оценками по всем восьми шкалам LupusQoL отсутствовали. Коэффициент Кронбаха α по всем шкалам составил $0,8–0,9$, что соответствует высокому уровню надежности опросника. Наиболее высокий уровень внутреннего постоянства ($p < 0,5$) отмечается по шкалам: «Планирование», «Эмоциональное здоровье», «Образ тела» и «Усталость».

Выводы/заключение

Таким образом, высокое значение коэффициента внутреннего постоянства, результаты исследования воспроизводимости опросника LupusQoL доказывают надежность его русскоязычной версии.

УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА 17А У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ ОСТАЕТСЯ ПОВЫШЕННЫМ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА, НЕСМОТРИ НА УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И-ФНО α

Гайдукова И.З., Апаркина А.В.,

Хондарян Э.В., Ребров А.П.

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

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) ассоциируется с изменением профиля цитокинов, колебания концентраций которых на фоне лечения могут носить разнонаправленный характер, определяя неодновременное изменение клинических, лабораторных показателей активности и костного ремоделирования. Цель исследования – изучить изменения концентрации ФНО α и интерлейкина-17А у пациентов с АС, получающих лечение ингибиторами фактора некроза опухоли α (и-ФНО α) в течение года.

Материал и методы

Обследовали 30 пациентов с АС (м.Нью-Йоркские критерии), BASDAI $\geq 4,0$ (возраст $38,35 \pm 9,19$ года, $M \pm SD$; продолжительность АС – $11,4 \pm 9,6$ года; 22/73,3% пациента – мужчины) и 20 здоровых лиц (группа контроля – $40,1 \pm 7,7$ года, 12/60% – мужчины). Всем пациентам в течение года проводили лечение инфликсимабом (Ремикейд®, MSD) – 5 мг/кг массы тела по рекомендованной схеме. Рассчитывали индексы BASDAI, ASDAS, определяли СРБ, СОЭ, концентрацию ФНО α и ИЛ-17А перед началом лечения и-ФНО α и через 52 ± 2 нед. Оценивали улучшение BASDAI/ASDAS; снижение СОЭ и СРБ; ответы ASAS20/40, частичную ремиссию ASAS, улучшение по ASDAS.

Результаты/обсуждение

Исходные концентрации ФНО α и ИЛ-17А у больных АС были выше, чем у здоровых лиц ($p < 0,000$). На фоне лечения и-ФНО α 12 (40%) пациентов с АС достигли частичной ремиссии ASAS. Значимо уменьшились боли в спине, величина индексов ASDAS, BASDAI, уровень СРБ, СОЭ ($p < 0,000$ для всех). Концентрация ФНО α снизилась с $17,8 \pm 7,6$ до $7,3 \pm 3,2$ пг/мл; $p < 0,000$. ИЛ-17 исходно составлял $28,4 \pm 14,4$ пг/мл, после лечения – $32,1 \pm 12,2$ пг/мл; $p = 0,29$. Уровень ИЛ-17А у больных АС, достигших ремиссии, был исходно ниже, чем у больных, не достигших ремиссии; $p = 0,01$.

Выводы/заключение

Улучшение при лечении АС и-ФНО α в течение года не ассоциируется с уменьшением концентрации ИЛ-17А и может объяснять отсутствие замедления костной пролиферации в первый год лечения и-ФНО α . У больных АС, не достигших частичной ремиссии ASAS, исходные и итоговые концентрации сывороточного ИЛ-17А были выше, чем у пациентов, достигших ремиссии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОСТОЯННОГО И ДЕЭСКАЛАЦИОННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕЛЕКОКСИБА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Гайдукова И.З., Дорогойкина К.Д.,

Гамаюнова К.А., Ребров А.П.

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

Введение/цель

Гипотеза. При равной суммарной дозе НПВП эффективность лечения может различаться при разных схемах назначения лекарственного средства. Цель исследования – сравнить клиническую и лабораторную эффективность двух схем применения целекоксиба для лечения анкилозирующего спондилита (АС) (Целебрекс®, Пфайзер).

Материал и методы

В исследование включили 40 пациентов с АС (м. Нью-Йоркские критерии), средний возраст $38,5 \pm 12,1$ года, из них 29 (72,5%) мужчины, длительность АС – $6,67 \pm 5,8$ года. У всех пациентов на момент вступления в исследование индекс BASDAI $\geq 4,0$. Пациентов в случайном порядке разделили на группы с разным режимом дозирования целекоксиба при равной суммарной месячной дозе: 20 пациентов принимали целекоксиб 400 мг/сут в течение 30 дней, 20 пациентов в течение 7 дней принимали 600 мг/сут целекоксиба, затем продолжили прием целекоксиба 200 мг/сут. Определяли уровень С-РБ, выраженность боли в спине (ВАШ), рассчитывали индекс ASDAScrb исходно (день 0), на 8-й и 30-й день.

Результаты/обсуждение

Пациенты, принимавшие целекоксиб постоянно и с применением деэскалационной схемы, были сопоставимы по возрасту, полу, активности АС. У больных, принимавших целекоксиб постоянно, уровень СРБ исходно, на 8-й и 30-й день составил $24,13 \pm 21,46$, $27,3 \pm 29,3$ и $13,1 \pm 21,3$ мг/л соответственно; $p = 0,79$ и $0,12$. У больных, применявших целекоксиб в деэскалационном режиме, уровень СРБ составил $15,3 \pm 12,5$, $12,1 \pm 10,8$ и $7,5 \pm 4,5$ мг/л ($p = 0,3$ и $0,001$ для различий с исходным уровнем соответственно). Боль в спине при постоянном приеме целекоксиба составила $6,0 \pm 3,01$, $5,06 \pm 2,04$ и $5,53 \pm 2,35$ ($p = 0,087$ и $0,1$ для различий

с исходной), при деэскалационном режиме – $4,95 \pm 1,6$, $4,11 \pm 1,0$ и $4,89 \pm 2,1$ ($p=0,38$ и $0,065$ для различий с исходной). ASDAS при постоянном режиме приема препарата составил $3,34 \pm 1,02$, $2,74 \pm 1,14$ и $2,18 \pm 1,05$ ($p=0,016$ и $0,000$ для различий с исходным соответственно) и $2,59 \pm 0,6$, $2,22 \pm 0,7$ и $3,47 \pm 0,56$ при деэскалационном режиме ($p=0,02$ и $0,000$ для различий с исходным соответственно).

Выводы/заключение

У больных с высокой степенью активности АС применение целекоксиба в постоянном режиме имеет место постепенное снижение клинической и лабораторной активности. При деэскалационном режиме назначения целекоксиба имеет место постоянное уменьшение лабораторной активности. Боль в спине снижается при применении 600 мг целекоксиба, а после уменьшения дозы до 200 мг в сутки усиливается без ухудшения лабораторных показателей.

ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРЕЛОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ганерт О.А., Ершова О.Б.,

Белова К.Ю., Романова М.А., Сеницына О.С.

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

Введение/цель

Оценка возможности, сроков и факторов, влияющих на восстановление способности к передвижению у пациентов, перенесших перелом проксимального отдела бедренной кости (ППОБ).

Материал и методы

В исследовании были включены все жители г. Ярославля 50 лет и старше, получившие ППОБ за период с 01.09.2010 по 31.08.2011 г. ($n=446$, средний возраст $76,81 \pm 10,32$ года). Уровень восстановления двигательной активности оценивался по сравнению с таковым до получения перелома по результатам анкетирования при телефонных контактах через 3, 6, 12 и 24 мес после травмы. Были оценены способность к самостоятельному передвижению и дистанция ходьбы. Для оценки ментального статуса применялся опросник Mini-mental State Examination (MMSE) [Folstein M.F., 1975].

Результаты/обсуждение

При оценке через 3 мес после перелома 246 (82,27%) пациентов не восстановили исходный (до ППОБ) уровень двигательной активности. Через 6 мес таких больных оказалось 123 (55,66%), через 1 год – 114 (52,05%), через 2 года – 88 (46,80%). На всех этапах наблюдения пациенты, не достигавшие предшествовавшего перелому уровня двигательной активности, были достоверно старше ($p<0,01$). Кроме того, не достигали исходного уровня двигательной активности лица женского пола ($p<0,01$), а также пациенты с более низкими показателями ментального статуса по шкале MMSE ($p<0,05$). При оценке через 3 мес отрицательная связь с восстановлением двигательной активности получена для пациентов с ИБС и последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), через 6 мес – с артериальной гипертензией (АГ) и ИБС, через 1 год – АГ, сахарным диабетом и ИБС, через 2 года – также АГ, сахарным диабетом, ИБС и ОНМК в анамнезе.

Выводы/заключение

При наблюдении за пациентами, перенесшими ППОБ, в течение двух лет отмечалось постепенное восстановление способности к передвижению, при этом большая часть больных смогли достичь уровня двигательной активности, предшествовавшего получению перелома, в первые 6 мес после травмы. В целом через 1 год после перелома восстановление показателей двигательной активности было отмечено у 47,95%, через 2 года – у 53,20% больных. На всех этапах наблюдения пациенты, не достигшие восстановления способности к передвижению, были достоверно старше. Была выявлена взаимосвязь между недостижимым исходным уровнем двигательной активности и следующими факторами: женский пол, выраженная степень когнитивных нарушений, наличие различных сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

ВЫЯВЛЕНИЕ РАННЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Арипова Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Среди наиболее «ранних» маркеров субклинически текущего атеросклероза (АС) у больных с системной красной волчанкой (СКВ) рассматривается увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) сонных артерий. Цель – изучить состояние экстракраниальных сосудов у больных СКВ с целью выявления раннего АС.

Материал и методы

Исследовано 88 женщин с диагнозом СКВ, средний возраст – $35,6 \pm 0,7$ года, длительность заболевания – от 1 до 552 мес (средняя – $132,9 \pm 7,7$ мес). Контрольная группа ($n=65$) состояла из практически здоровых лиц. Подбор контрольной группы осуществлялся по принципу «случай-контроль» в соответствии с возрастом. Атеросклеротическое поражение сосудов выявляли с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) сонных артерий. Определяли толщину КИМ сонных артерий (мм) в трех точках: 1-я точка – общая сонная артерия – 10 мм до луковицы; 2-я точка – 5–10 мм краниальное от начала луковицы; 3-я точка – внутренняя сонная артерия – 1 мм после разветвления с двух сторон. Атеросклеротическое поражение сосудов оценивали по значению КИМ в виде утолщения интима-медиа (от 0,9 до 1,2 мм) и обнаружению атеросклеротической бляшки (АТБ) (локальное увеличение толщины КИМ $> 1,2$ мм).

Результаты/обсуждение

По данным УЗИ, атеросклеротическое поражение сонных артерий определялось у 38 из 88 (43,1%) больных СКВ, при этом утолщение КИМ – у 17 (19,3%), АТБ – у 21 (23,8%) пациента. Анализ результатов показал, что АТБ, сочетание утолщения КИМ и АТБ встречались достоверно чаще у пациентов с СКВ, чем в контрольной группе, риск развития атеросклеротического поражения сонных артерий составил 1,47 (95% ДИ 1,03–2,10), ОР АТБ – 5,22 (95% ДИ 1,95–13,99) ($p<0,05$). Значения средней и максимальной толщины КИМ при СКВ составили $0,73 \pm 0,01$ мм и $0,82 \pm 0,03$ мм, в то же время в контрольной группе эти по-

казатели оказались равными – $0,68 \pm 0,01$ мм и $0,76 \pm 0,01$ мм ($p=0,003$ и $0,001$ соответственно).

Выводы/заключение

Для ранней диагностики сердечно-сосудистой патологии, связанной с атеросклеротическим поражением сосудов у пациентов с СКВ, предложен комплекс мероприятий, включающий УЗИ сосудов, доступный в первичном звене здравоохранения.

ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ТЕРАПИИ ГЕНО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ СПб ГБУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 25»

Гапонова Т.В., Нестеров Ю.А.

СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Кабинет терапии генно-инженерными биологическими препаратами функционирует в СПб ГБУЗ «КРБ № 25» с 2014 г. Нами проведен ретроспективный анализ работы кабинета за 2014–2016 г.

Материал и методы

Были проанализированы когорты пациентов, получивших биологическую терапию в 2014, 2015 и 2016 гг. Значимых различий по возрасту и полу в группах выявлено не было.

Результаты/обсуждение

Увеличилось число пациентов, получивших биологическую терапию: в 2014 г. – 64 пациента, в 2015 г. – 97 и в 2016 г. – 138. Большинство составили больные ревматоидным артритом 61, 64 и 66% соответственно, 20% составили больные спондилоартритами, 11% – больные системными заболеваниями соединительной ткани, и 8, 5 и 3%, соответственно больные системными васкулитами. Среди примененных препаратов превалировала Мабте-ра – в 45%, 54% и 52% соответственно, и инфликсимаб (ремикейд) – в 33, 22 и 16% соответственно. Увеличилось число используемых подкожных форм препаратов с 11% в 2014 г. и 10% в 2015 г. до 21% в 2016 г. Выросло число негативных явлений: 9, 11 и 27,5% в 2014, 2015 и 2016 гг. соответственно. На фоне инфузионных реакций, цито-пений, гиперферментемии АЛТ, АСТ в 2016 г. регистрировались такие значимые негативные явления, как отек Квинке (0,7%), токсикодермия (0,7%), новообразования (0,7%), лимфопролиферативные заболевания (0,7%), меланома (0,7%) и инфекционные осложнения – флегмона спины (0,7%).

Выводы/заключение

За 3 года работы кабинета увеличилось число больных, получающих ГИБТ. В ходе наблюдения выявлено нарастание негативных явлений на фоне проводимой терапии, что, вероятно, обусловлено ростом численности пациентов, с одной стороны, и увеличением длительности получения биологической терапии пациентами, с другой. Таким образом, лечение генно-инженерными биологическими препаратами требует как тщательного отбора больных, так и дальнейшего их наблюдения с целью своевременного выявления и купирования негативных явлений, коррекции терапии.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТОЦИЛИЗУМАБОМ.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Герасимова Е.¹, Попкова Т.¹,

Болушева А.², Герасимова Д.², Пашанова О.²

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

²ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение/цель

Оценка активности заболевания, функционального статуса и качества жизни у пациентов с ревматоидным артритом (РА), получающих терапию тоцилизумабом (ТЦЗ) в течение 12 мес.

Материал и методы

Обследовано 14 больных РА (12 женщин и 2 мужчины, медиана возраста – 58,5 [49,0; 64,0] года), длительность заболевания – 48,0 [11,0; 108,0] мес; позитивные по РФ (100%)/АЦЦП (87%). Пациенты получали терапию ТЦЗ 8 мг/кг каждые 4 нед: у 45% проведена монотерапия ТЦЗ, у 54% – комбинированная терапия ТЦЗ с метотрексатом (20 [18; 25] мг/нед); 29% пациентов получали низкие дозы глюкокортикоидов (2 [1; 4] мг/день). Были оценены индексы DAS28, SDAI, CDAI, показатели по шкалам опросников HAQ, Rapid, EQ 5D, SF-36 Physical health (PH) и SF-36 Mental Health (MH) при включении в исследование, через 6 и 12 мес терапии ТЦЗ.

Результаты/обсуждение

Через 6 мес терапии ТЦЗ у 33% пациентов отмечалась ремиссия заболевания ($DAS28 \leq 2,6$), у 35% больных – низкая активность ($DAS28$ 3,2–2,6), у 27% – средняя активность РА ($DAS28$ 5,1–2,6). После 12 мес терапии ТЦЗ, у 43% пациентов развилась ремиссия и у 52% пациентов низкая активность РА. Показатели активности РА ($DAS28$, SDAI, CDAI) снизились через 6 мес и сохранялись до 12 мес терапии ТЦЗ. При этом улучшение функционального состояния (HAQ, RAPID), а также качества жизни по опросникам EQ 5D и SF-36 наблюдалось только через 12 мес лечения препаратом. Начало, 6 мес, 12 мес: P (1–2) P (1–3) $DAS28$ 6,1 [5,27; 6,31] 3,6 [3,2; 3,8] 2,2 [1,8; 2,5] 0,01 0,001 SDAI 32 [24; 35] 14 [12; 17] 5 [3; 6] 0,046 0,001 CDAI 29 [23; 31] 13 [12; 17] 4 [3; 5] 0,046 0,001 HAQ 1,6 [1,3; 2,1] 1,3 [1,1; 1,4] 1,1 [0,9; 1,5] нд 0,043 Rapid 18,0 [13,7; 22,2] 10,2 [6,0; 13,0] 9,5 [7,0; 18,0] 0,09 0,046 EQ 5D 0,21 [0,14; 0,30] 0,61 [0,25; 0,99] 0,79 [0,35; 1,0] нд 0,001 SF-36 PH 25,0 [20,9; 30,3] 33,3 [32,0; 37,8] 41,1 [31,3; 45,3] нд 0,004 SF-36 MH 28,5 [24,5; 0,8] 40,7 [32,2; 42,1] 39,4 [34,9; 46,2] нд 0,004.

Выводы/заключение

Через 6 мес терапии ТЦЗ отмечено снижение активности РА по индексам $DAS28$, SDAI, CDAI, параметры качества жизни при этом не менялись. Через 12 мес терапии ТЦЗ на фоне сохраняющейся низкой активности РА улучшились показатели функционального состояния и качества жизни больных.

УРОВНИ МАТРИЧНОЙ ПРОТЕИНАЗЫ-3, АНТИТЕЛ К МОДИФИЦИРОВАННОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ВИМЕНТИНУ И АНТИТЕЛ К ОКИСЛЕННОМУ ЛИПОПРОТЕИНУ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Герасимова Е., Попкова Т., Черкасова М., Александрова Е., Новиков А., Новикова Д.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Сравнить уровни матричной протеиназы-3 (ММП-3), антител к модифицированному цитруллинированному виментину (анти-MCV) и антител к окисленному липопротеину низкой плотности (анти-оЛПНП) в крови пациентов с ревматоидным артритом (РА) и здорового контроля.

Материал и методы

Обследовано 39 больных РА (33 женщины и 6 мужчин, медиана возраста 56,5 [49; 65] года), длительность заболевания 96 [48; 190] мес; позитивные по РФ (100%)/АЦЦП (88%). 23 (59%) пациента получали монотерапию метотрексатом (МТ) (22 [18; 26] мг/нед); 5 (13%) – МТ в комбинации с низкими дозами глюкокортикоидов (ГК), 10 (6%) – монотерапию ГК. Контрольную группу составили 29 человек (21 женщина и 8 мужчин, медиана возраста 58,5 [53; 62] года).

Результаты/обсуждение

В крови больных РА чаще выявлялись повышенные уровни ММП-3 (31/39 (79%)) и анти-MCV (32/39 (82%)) по сравнению со здоровым контролем (2/29 (7%), $p < 0,05$). Дислипидемии с одинаковой частотой встречались в группе больных и здоровых (59% и 52% соответственно). Концентрации липидов крови у пациентов с РА и здоровых лиц не отличались: общий холестерин (ХС) – 5,2 [4,9; 6,2] и 6,3 [5,1; 6,6] ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,7 [1,4; 2,0] и 1,7 [1,5; 2,1] ммоль/л, ХС ЛПНП – 3,3 [2,8; 4,0] и 3,6 [3,0; 4,0] ммоль/л, триглицериды – 1,3 [1,0; 1,6] и 1,4 [1,1; 1,8] ммоль/л, индекс атерогенности – 2,4 [1,8; 2,8] и 2,4 [1,9; 3,0] соответственно; $p > 0,05$ во всех случаях). Корреляций между анти-оЛПНП и липидами крови обнаружено не было. В группе больных РА концентрация ХС ЛПВН негативно коррелировала с ММП-3 ($r = -0,5$; $p < 0,05$), анти-MCV ($r = -0,4$; $p < 0,05$) и уровнем СРБ ($r = -0,53$; $p < 0,05$).

Выводы/заключение

В крови больных РА отмечено повышение уровней ММП-3 и анти-MCV по сравнению со здоровым контролем. По содержанию анти-оЛПНП сыворотки крови больных РА и здоровых лиц не отличались. Полученные результаты могут свидетельствовать о возможном негативном влиянии ММП-3, анти-MCV и СРБ на уровень ХС ЛПВП у больных с активным РА.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ АОРТЫ И КЛАПАНОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ
Годзенко А.А.¹, Корсакова Ю.О.², Румянцева О.А.², Бочкова А.Г.², Эрдес Ш.Ф.², Бадокин В.В.¹

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва, Россия; ²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Поражение аорты и клапанов сердца при анкилозирующем спондилите (АС) – проявление системного воспалительного процесса. Данные о частоте, клинической значимости, эволюции этих проявлений противоречивы. Цель – оценить динамику ЭхоКГ-изменений аорты и клапанов сердца по результатам проспективного наблюдения.

Материал и методы

45 пациентов (35 мужчин и 10 женщин) с достоверным АС и исходными ЭхоКГ-изменениями аорты и клапанов сердца наблюдались в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с 2008 по 2015 г. У 15 пациентов имелась дилатация корня аорты более 37 мм, у 21 – утолщение стенок аорты, у 32 – утолщение створок АК, у 15 – утолщение створок МК, у 5 были протезы клапанов (у 2 – А и М), у 19 – аортальная регургитация (АР) (у 15 – 1–2-й степени, у 4 – 3–4-й степени), у 20 – митральная регургитация (МР) 1–2-й степени, у 10 – субаортальное гребневидное утолщение (СГУ) в зоне аортомитрального соединения. 16 из 45 пациентов получали генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), 29 – традиционную терапию (14 – НПВП, 11 сульфасалазин, 4 – метотрексат). Всем пациентам выполнена трансторакальная ЭхоКГ через 1–5 лет.

Результаты/обсуждение

При повторном исследовании отрицательная динамика выявлена у 27 (60%) человек. Нарастание дилатации аорты (от 1 до 6 мм) выявлено у 12 человек, у 2 – появление дилатации, у 14 – отрицательная динамика со стороны клапанов: утолщение створок (9 – АК, 4 – МК, 1 – АК и МК); 4 пациентам выполнено протезирование клапанов: 4 – аортального, 1 – митрального. Прогрессирование АР отмечено у 10 пациентов, из них у 2 – на 2 степени, у 8 – на 1 степень. Прогрессирование МР определялось у 6 человек на 1 степень. Выявлена отрицательная корреляция между лечением ГИБП и прогрессированием дилатации аорты ($r = -0,329$, $p = 0,03$). У 3 – появилось СГУ. Из 10 пациентов, имевших исходно СГУ, уменьшение отмечено у 1 пациента (с 8 до 3,5 мм), у 2 – полная регрессия, все получали ГИБП.

Выводы/заключение

Патологические изменения аорты и клапанов сердца при АС прогрессируют у большинства пациентов. Субаортальное гребневидное утолщение может регрессировать, что отражает активное воспаление корня аорты. Противовоспалительное лечение может играть протективную роль в прогрессировании дилатации аорты.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ЭЛАСТИН-ЭЛАСТАЗА КАК ПРОЦЕСС, МАНИФЕСТИРУЮЩИЙ ОТДЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Гонтарь И.П., Емельянова О.И., Маслакова Л.А., Русанова О.А., Трофименко А.С. *ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», Волгоград, Россия*

Введение/цель

Предполагается, что при системной красной волчанке (СКВ) имеет место антителиндуцированное нарушение обмена эластин-эластаза, которое и приводит к появлению измененных растворимых изоформ с последующим включением механизмов аутоиммунитета. Цель – изучение антителиобразования в системе эластин-эластаза у больных СКВ с помощью иммобилизованных магнитоуправляемых сорбентов.

Материал и методы

Исследовалась сыворотка 30 доноров, 65 больных СКВ. Антитела к эластину и эластазе определяли в ELISA-тесте с использованием магнитоуправляемого сорбента с иммобилизованной формой соответствующего антигена.

Результаты/обсуждение

Нами были проанализированы изменения уровня антител к эластину и эластазе у больных с различной степенью активности СКВ, оцененной по шкалам SLAM, SLEDAI и использованием критериев В.А. Насоновой. Наиболее высокий уровень антител к эластину наблюдался у больных СКВ с III степенью активности у 57,1% (4 человека), со II степенью активности – 42,5% (17 человек), с I степенью – 33,3% (6 человек). Уровень антител к эластину у больных СКВ при поступлении в стационар был достоверно выше, чем у доноров ($p < 0,001$). Анализ результатов показал, что значительное повышение уровня антител к эластину выявляется в группе больных с сосудистыми поражениями ($p < 0,05$). Наряду с исследованием антител к эластину был проведен анализ антител к эластазе. Было выявлено, что с I степенью активности повышение уровня антител к эластазе наблюдается у 72,2% больных СКВ, у 80,0% – со II степенью активности и у 85,7% – с III степенью активности. Уровень антител к эластазе у больных с СКВ при поступлении в стационар был достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,01$). Наиболее высокий уровень антител к эластазе наблюдается при наличии поражения кожи, суставов и васкулопатии ($p < 0,01$).

Выводы/заключение

Патогенетически выявленные закономерности объясняются значительной В-клональной экспансией у больных СКВ по мере повышения активности патологического процесса. Иммунологически наблюдается гиперпродукция аутоантител к эластину и эластазе, которая и приводит к аутоиммунному повреждению связочного аппарата, суставов, кожи и сосудов.

АСПЕКТЫ АНТИТЕЛОГЕНЕЗА К БЕЛКУ S-100 У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Гонтарь И.П., Маслакова Л.А., Баранов Е.В., Парамонова О.В., Трофименко А.С. *ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», Волгоград, Россия*

Введение/цель

Образование антител (АТ) и иммунных комплексов к антигенам нервной ткани при ревматоидном артрите (РА) представляет собой важную, но малоизученную проблему. Белки S-100 стали предметом интенсивных исследований из-за их ассоциации с острыми и хроническими воспалительными состояниями, аутоиммунными заболеваниями и др. Но их функции, имеющие отношение к патогенезу РА, еще предстоит определить. Цель – усовершенствование иммунодиагностики неврологических проявлений РА с помощью иммобилизованных магнитоуправляемых сорбентов на основе белка S-100.

Материал и методы

Исследование было проведено в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации при наличии информированного согласия пациентов в возрасте от 18 лет. Пациенты были из ревматологического отделения ГУЗ ГКБСМП №25 г. Волгограда. Диагноз РА был поставлен на основании критериев ACR-EULAR 2010 г., активность оценивали с помощью DAS28. Сывороточные АТ против S-100 были измерены методом ELISA с использованием белка S-100, иммобилизованного в качестве антигена на полиакриламидных магнитных гранулах. Концентрации АТ выражались в единицах оптической плотности (е.о.п.) и считались положительными при превышении величин экстинкции, найденных для здоровых лиц, более чем на 2δ. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

Исследовали 40 здоровых лиц и 95 пациенток с РА и с поражениями центральной (ЦНС) и периферической (ПНС) нервной системы. Средний возраст больных РА составил 55 ± 11 лет, средняя продолжительность РА – $4,2 \pm 2,9$ года. 13 пациентов имели низкую, 52 – умеренную и 8 – высокую активность заболевания. Наиболее распространенными типами неврологического участия были мононейропатии ($n=29$), полинейропатии ($n=65$), радикулопатии ($n=80$); цервикокраниалгии ($n=51$) и невралгии тройничного нерва ($n=14$). Симптомы повреждения ЦНС (ТИА, припадки, мозжечковая атаксия, дизартрия) были обнаружены у 21 пациента. В группе РА антитела к белку S-100 были обнаружены у 11 (32,4%) больных, со средней концентрацией $0,078 \pm 0,028$ е.о.п. В подгруппе с неврологическими симптомами средняя концентрация АТ к белку S-100 была в пределах $0,138 \pm 0,046$ е.о.п., а без неврологических симптомов – $0,060 \pm 0,024$ е.о.п. ($p=0,022$).

Выводы/заключение

Обнаруженные закономерности поражения ЦНС и ПНС у больных РА с повышенными титрами АТ к белку S-100 дают возможность улучшить диагностику незначительных неврологических повреждений при РА и проводить своевременную коррекцию начинающихся нарушений.

**КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ
АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ**

Горячева С.А., Погребная М.В.,

Фомина О.П., Попова В.А.,

Белованская М.Н., Кострикова М.Э.

*ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, Благовещенск, Россия***Введение/цель**

Анкилозирующий спондилит (АС) – одно из распространенных хронических воспалительных ревматических заболеваний, приводящих к утрате трудоспособности и риску кардиоваскулярной патологии. Цель – изучить структуру и частоту коморбидных состояний у больных АС.

Материал и методы

В исследование включены 56 пациентов с АС (49 мужчин и 7 женщины). Средний возраст составил $35,2 \pm 8,9$ года. Активность заболевания по BASDAI в среднем была высокой – $4,6 \pm 1,9$. Внеаксиальные проявления АС имели 86% больных, внескелетные (увеит) – 38% больных.

Результаты/обсуждение

Сопутствующие заболевания имели 73% пациентов с АС. Чаще всего встречались артериальная гипертензия (у 59% больных), гиперхолестеринемия (у 45%), хронический гломерулонефрит (у 4%), железодефицитная анемия (у 14%), эрозивная гастродуоденопатия (у 27%). Ряд заболеваний, таких как сахарный диабет, язвенная болезнь ДПК, хронический вирусный гепатит С и ХОБЛ, были выявлены по одному случаю.

Выводы/заключение

Несмотря на молодой возраст пациентов, нами выявлена высокая частота коморбидных состояний при АС. В структуре сопутствующих состояний преобладали артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия, являющиеся факторами риска кардиоваскулярной патологии. Выявленные особенности могут быть обусловлены как течением АС, так и особенностями терапии данного заболевания, что требует своевременной коррекции этих состояний для профилактики риска развития возможных осложнений и дальнейшего изучения причин, приводящих к развитию этой патологии у больных АС.

**ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ
НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ**

Грехов Р.А.

*ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», Волгоград, Россия***Введение/цель**

Целью исследования явилось изучение распространенности эмоциональных расстройств при анкилозирующем спондилите (АС) и их взаимосвязей с различными клиническими особенностями больных.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 62 больных с достоверным диагнозом АС. Средний возраст составил $37,5 \pm 1,48$ года. Средняя продолжительность заболевания – $9,14 \pm 0,96$ года. Подавляющее большинство обследованных больных с АС составили мужчины (93,5%). Для исследования психоэмоционального статуса использована стандартизированная психодиагностическая методика Санкт-Петербургского психоневрологического института

им. Бехтерева: «Методика формализованной оценки невротических проявлений» (Дмитриева Л.Л., 1990).

Результаты/обсуждение

В результате проведенных исследований было установлено, что развитие АС сопровождается формированием невротических расстройств, которые представлены в большей степени депрессией ($7,67 \pm 0,18$) и тревогой ($6,89 \pm 0,21$). Особое внимание уделялось следующим клиническим параметрам АС: степени активности патологического процесса, стадии и длительности заболевания, возрасту пациентов. У больных АС со II и III степенью активности имело место достоверно значимое повышение уровня тревоги. Проведенный анализ показал наличие достоверно значимой связи между активностью АС и выраженностью тревоги ($p=0,018$). Изучение уровня невротических расстройств в группах больных АС с различной стадией заболевания показал, что с нарастанием стадии показатели депрессии достоверно увеличиваются ($p=0,019$), а выраженность тревоги ($p=0,023$), наоборот, ослабевает. Кроме того, нарастание длительности заболевания сопровождалось достоверным ростом средних значений показателей по шкалам депрессии и снижением выраженности тревоги. Проведенный корреляционный анализ свидетельствует о наличии прямой умеренной связи между показателями депрессии и длительностью заболевания ($r=0,420$ при $p=0,005$) и обратной между тревогой и продолжительностью АС ($r=-0,396$ при $p=0,038$).

Выводы/заключение

Таким образом, на основании полученных данных к факторам, влияющим на формирование и развитие невротических расстройств при АС, можно отнести активность патологического процесса, стадию и длительность заболевания.

**ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ
БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ
СПОНДИЛИТОМ**

Грехов Р.А., Харченко С.А., Мякишев М.В.,

Рогаткина Т.Ф., Черкесова Е.Г., Левкина М.В.

*ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», Волгоград, Россия***Введение/цель**

Личностный аспект реакции на болезнь лежит в основе формирования специфической внутренней картины болезни (ВКБ), которая может значительно трансформировать клиническую картину заболевания и оказывать существенное влияние на эффективность терапевтических мероприятий. Целью исследования явилось изучение особенностей типов отношения к болезни и их роль в формировании внутренней картины болезни при анкилозирующем спондилите (АС).

Материал и методы

Под наблюдением находилось 62 пациента с достоверным диагнозом АС. Средний возраст составил $37,5 \pm 1,48$ года. Средняя продолжительность заболевания – $9,14 \pm 0,96$ года. Подавляющее большинство обследованных больных АС составили мужчины (93,5%). Для исследования использована стандартизированная психодиагностическая методика Санкт-Петербургского психоневрологического института им. Бехтерева: «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» (Вассерман Л.И. с соавт., 1987).

Результаты/обсуждение

Структура основного отношения к заболеванию у больных АС на 53,2% была представлена смешанными типами отношения к заболеванию, на 30,7% — чистыми типами и в 16,1% случаев — диффузными. Среди типов отношения к болезни у больных АС преобладали: тревожный (40,3%), сенситивный (25,8%), неврастенический (19,4%), ипохондрический (16,2%), меланхолический (11,3%) типы. Доля адаптивных типов ВКБ составила для гармоничного — 9,7%, для анозогнозического — 6,5%. В отношении аспектов, связанных с самим заболеванием (отношение к заболеванию, лечению и медперсоналу), доминирующими явились тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и дисфорический типы. Указанные типы свидетельствуют о выраженной социальной и психической дезадаптации пациентов с интрапсихической направленностью, проявляющейся в непрерывном беспокойстве о неблагоприятном течении болезни, возможных осложнениях, неэффективности и даже опасности лечения, удрученности болезнью, чрезмерной мнительности и неверии в выздоровление. В теме будущего прослеживались тенденции тревожно-неврастенического и сенситивного характера.

Выводы/заключение

Анализ ВКБ позволяет описать больных АС как пациентов с развернутой картиной болезненных ощущений, с фиксированностью на них и стремлением обратить на себя внимание медперсонала, быть в центре их внимания. А сама модель ВКБ у больных АС представляет собой достаточно сложный и разнонаправленный механизм клинико-психологической адаптации к заболеванию.

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Гриднева Р.И., Закиров М.М., Кондрыкинский Е.Л., Початкова Г.И., Жигенева А.И., Хомарова Е.В.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

Введение/цель

Целью исследования явилось изучение возможных причин диагностических ошибок при острой ревматической лихорадке (ОРЛ) у детей.

Материал и методы

В исследование включены 20 больных с ОРЛ, находившихся на обследовании и лечении в кардиоревматологическом отделении ВОДКБ № 1. Среди пациентов было 9 девочек и 11 мальчиков в возрасте от 4 до 16 лет. Диагноз ОРЛ устанавливался на основании критериев Киселя — Джонса (в модификации АРР, 2003). ОРЛ в большинстве случаев протекала с умеренной степенью активности. Ревмокардит выявлялся в 100% наблюдений, суставной синдром — у 79% больных в виде артралгий и артритов. Ревмокардит и полиартрит у 4 больных (20,0%) сочетался с хореей. Кольцевидная эритема и ревматические узелки выявлялись у 2 больных (10,0%) с высокой степенью активности заболевания.

Результаты/обсуждение

Окончательный клинический диагноз и направляющий совпадали только в 65,0% случаев. В 7 наблюдениях (35,0%) отмечалось их расхождение. 3 ребенка поступили в стационар с диагнозом реактивного артрита, 1 больной — с подозрением на ювенильный ревматоидный артрит, 2 —

с артралгиями. Следует отметить, что во всех данных случаях суставной синдром сочетался с ревматическим кардитом, но клинические проявления последнего не всегда были ярко выраженными. Сердечные тоны были умеренно или незначительно приглушены у 4 пациентов. Систолический шум дующего тембра на верхушке, связанный с 1-м тоном, выслушивался только у 3 детей. В связи с отсутствием подозрения на поражение сердца запись ЭКГ, как правило, не проводилась. Хотя при обследовании в стационаре у 2 таких больных выявлена атриовентрикулярная блокада I степени. Мальчик 9 лет с хореей направлен с диагнозом полирадикулоневрита в неврологическое отделение клиники, где при обследовании в анализах крови выявлено увеличение СОЭ до 40 мм/час, повышение С-реактивного белка, на ЭКГ — атриовентрикулярная блокада I степени (интервал PR 0,24 с). В дальнейшем при обследовании выявлены высокие титры антистрептококковых антител, эхокардиографические признаки поражения митрального и аортального клапанов. Одной из причин диагностических ошибок при постановке предварительного диагноза являлось то, что не всегда учитывались анамнестические данные, хронологическая связь болезни с недавно перенесенной носоглоточной (стрептококковой) инфекцией, наличие в семье больных ревматизмом.

Выводы/заключение

Таким образом, затруднения при постановке диагноза ОРЛ у детей и подростков, на наш взгляд, связаны прежде всего с особенностями современного клинического течения заболевания, а также с отсутствием настороженности и недостаточными знаниями этой патологии у врачей первичного звена.

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА У ПОДРОСТКА

Гриднева Р.И.¹, Закиров М.М.², Хомарова Е.В.², Ковешникова Н.А.²

¹ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия; ²БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница № 1», Воронеж, Россия

Введение/цель

Описание наблюдения редкой формы системного васкулита у подростка 16 лет.

Материал и методы

Под наблюдением находился мальчик 16 лет, поступивший в кардиоревматологическое отделение ВОДКБ № 1 12.10. 2016 г. с подозрением на системное заболевание соединительной ткани.

Результаты/обсуждение

Больной Х., 16 лет, от второй беременности, вторых срочных родов. Ранний анамнез без особенностей. Рос и развивался соответственно возрасту. Наследственность по ревматической патологии не отягощена. Профилактические прививки по плану. Перенесенные заболевания: ветряная оспа в 5 лет, редко ОРВИ. Аллергологический анамнез не отягощен. Заболел остро 29.09.2016 г., когда резко повысилась температура тела до фебрильных цифр. Лихорадка сопровождалась афтозными высыпаниями в полости рта, олигоартритом, изменениями на коже в виде элементов узловой эритемы на передней поверхности голени и сохранялась в течение 2 нед, несмотря на проводимую в инфекционном стационаре терапию (диклофенак, цефтриаксон, наринэ, панавир, преднизолон). Похудел за

3 нед на 12 кг. При поступлении: общее состояние тяжелое по роду заболевания. Самочувствие заметно страдало. Предъявлял жалобы на общую слабость, головную боль, резкую болезненность в горле при глотании, припухлость правого голеностопного сустава. На слизистой полости рта множественные афтозные высыпания. На коже туловища обильная псевдопустулезная сыпь, следы пигментации на коже в местах угасшей узловатой эритемы. Припухлость и ограничение движений в правом голеностопном суставе. Костно-мышечная система без патологии. В легких дыхание везикулярное, ЧД – 14 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 78 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. На гениталиях в области крайней плоти несколько язвенно-некротических элементов небольших размеров. Мочеиспускание не нарушено. Стула не было несколько дней. При обследовании: в анализах крови лейкоцитоз нейтрофильного характера, увеличение СОЭ до 34 мм/ч, значительное повышение СРБ. Проведение иммунологических исследований, МРТ головного мозга, колоноскопии, биопсии различных отделов пищеварительного тракта позволило исключить системную красную волчанку, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, вторичные формы системных васкулитов. При консультации больного в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой диагноз был подтвержден.

Выводы/заключение

Описанный случай заболевания свидетельствует о том, что при проведении дифференциально-диагностического поиска при системном поражении соединительной ткани педиатрам следует помнить и о такой редкой патологии, как болезнь Бехчета.

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК В НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ СЕРОНЕГАТИВНОГО И СЕРОПОЗИТИВНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Гроппа Л.Г.¹, Нистор А.И.²

¹Государственный университет медицины и фармацевтики им. Н. Тестемичану, Кишинев, Молдова; ²Республиканская клиническая больница, Кишинев, Молдова

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) уже давно признан весьма разнородным заболеванием с иммунными нарушениями. Несмотря на значимую роль циркулирующих аутоантител в развитии серопозитивного РА, его патогенез остается недостаточно изученным, клинические проявления отличаются в зависимости от серотипности РА. Целью данного исследования является научный сравнительный анализ на начальных стадиях серопозитивного и серонегативного ревматоидного артрита, в отношении некоторых клинических характеристик.

Материал и методы

В исследовании участвовали 80 пациентов с РА. Пациенты были распределены на две группы. 1-я группа – 40 пациентов с серонегативным РА (РФ – отр., антиЦЦП – отр.), 2-я группа – 40 пациентов с серопозитивным РА (РФ – полож., антиЦЦП – полож.). Возраст пациентов – 18–65 лет. Длительность заболевания – до 3 лет.

Результаты/обсуждение

В 1-й группе (индекс ДАС28 – 3,8–5,9), преобладало асимметричное поражение суставов – 31 пациент (77,5%),

во 2-й группе (индекс ДАС28 – 3,2–5,1), преобладало симметричное поражение суставов – 36 (80%) пациентов. Поражение лучезапястного сустава преобладало во 2-й группе – 27 (60%) пациентов, в 1-й группе – 16 (35,5%) пациентов. Незначимое различие в группах было в поражении пястно-фаланговых суставов – в 1-й группе – 23 (51,1%), во 2-й – 29 (64,4%). Плечевой сустав был превалирующе вовлечен у пациентов 1-й группы – 8 (17,7%) по сравнению с 2 (4,4%) пациентами 2-й группы, а также крестцово-подвздошные суставы в 1-й группе – у 7 (15,5%) пациентов были вовлечены, чего не было во 2-й группе. Голеностопные суставы и локти были чаще затронуты у серопозитивных пациентов. Тазобедренные суставы чаще затронуты в серонегативном типе РА – 5 (11,1%) пациентов, также колени – 14 (31,1%) пациентов. Шейный отдел позвоночника был поражен чаще во 2-й группе – 17 (37,7%), в 1-й группе – 11 (24,4%). Поясничный отдел позвоночника чаще поражен у пациентов с серонегативным РА – 25 (55,5%) по сравнению с пациентами с серопозитивным РА – 8 (17,7%). Проксимальные межфаланговые суставы рук почти в равной мере представлены в отношении серологического типа РА.

Выводы/заключение

Серонегативные пациенты имеют более высокие уровни воспаления, чем у пациентов с серопозитивным РА в начальной стадии заболевания. Эти различия отражают большое количество пораженных суставов в серонегативном типе РА, которые необходимы для соответствия критериев классификации ACR / EULAR 2010 ревматоидного артрита.

ДИАГНОСТИКА АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА У ЖЕНЩИН

Гроппа Л., Сырбу О.

Государственный университет медицины и фармацевтики им. Н. Тестемичану, Кишинев, Молдова

Введение/цель

Изучение особенностей течения анкилозирующего спондилоартрита у женщин на раннем этапе развития.

Материал и методы

Было обследовано 60 больных (30 женщин и 30 мужчин) с достоверным диагнозом анкилозирующего спондилоартрита (согласно Нью-Йоркским критериям, модифицированным в 1984 г.), в возрасте 18–60 лет, продолжительность заболевания составляла 5–10 лет. Были определены: визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ), индекс НАQ; проведено: рентгенологическое исследование илиосакральных суставов и позвоночного столба (шейного, грудного и поясничного отделов), а также наличие HLA-B27 и ультразвуковое+доплер-исследование сердца.

Результаты/обсуждение

У обследованных больных сакроилиит был обнаружен в 100% случаев. Было отмечено, что II рентгенологическая стадия сакроилиита чаще выявляется у женщин – в 24 (80%) случаях, а у мужчин – только в 10 (33%), напротив же, – III рентгенологическая стадия сакроилиита чаще отмечается у мужчин – 12 (40%), а у женщин только – у 6 (20%), IV рентгенологическая стадия сакроилиита была выявлена только у мужчин и составила 8 (26,6%). По частоте поражения отделов позвоночного столба наиболее часто у женщин был задействован шейный отдел – 12 (40%), по сравнению с мужчинами, у которых этот показатель со-

ставил только 8 (26,6%). Синдесмофиты чаще встречались у мужчин – 26 (86,6%) и только у – 10 (33%) женщин. При анализе ВАШ у мужчин более выраженный болевой синдром, индекс HAQ у женщин составлял 15–40, а у мужчин – 21–60 пунктов. Поражение клапанного аппарата сердца (аортит) было выявлено у 12 (40%) женщин и у 4 (13,3%) мужчин. Наличие HLA-B27 в крови из общего числа пациентов отмечено в 54 (90%) случаях.

Выводы/заключение

Полученные результаты показывают, что у женщин, на начальном этапе развития анкилозирующего спондилоартрита течение более медленное, чаще всего поражается шейный отдел позвоночника, а степень выраженности синдесмофитов – минимальна по сравнению с обследованными мужчинами. У женщин более длительно сохраняются функциональные возможности, в то время как у мужчин более выраженный болевой синдром. Аортиты чаще отмечаются у женщин. Выявление HLA-B27 в крови еще на начальном этапе помогает установить диагноз анкилозирующего спондилоартрита, а также своевременно назначить базисное лечение и тем самым приостановить дальнейшее развитие заболевания.

ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Гроппа Л.Г., Усатый Р.А.

*Государственный университет медицины
и фармацевтики им. Н. Тестемицану, Кишинев,
Молдова; Республиканская клиническая больница,
Кишинев, Молдова*

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) является хроническим системным воспалительным заболеванием неизвестной этиологии, характеризуется симметричным полиартритом, внесуставными поражениями – глазными, легочными, почечными. Окулярные повреждения при РА являются неблагоприятным прогнозом последнего, частота и тип глазных поражений коррелирует с активностью болезни, что может привести к снижению остроты или к потере зрения. Цель – оценка глазных проявлений у пациентов с РА в зависимости от начала, течения и длительности заболевания, а также пола пациента.

Материал и методы

В исследование включены 20 больных РА с поражением глаз – синдром сухости, эписклерит, склерит, склеромалиция.

Результаты/обсуждение

У 8 пациентов был выявлен синдром сухости глаз, у 6 – эписклерит, у 5 – склерит и у 1 – склеромалиция. Возраст больных: 6 пациентов – 20–35 лет, 11 – 36–55 лет и 3 – более 56 лет. В группе было 16 мужчин и 4 женщины. Продолжительность заболевания: у 3 – от 5 до 10 лет и у 17 – более 10 лет. Активность заболевания была высокой у 13 пациентов (DAS28>5,1), умеренной у 7 (DAS28 5,1–3,2). У 5 была I–II радиологическая стадия РА, у 15 – III–IV радиологическая стадия. Ограничение амплитуды движений суставов I–II степени выявили у 5, III–IV степени – у 15 пациентов.

Выводы/заключение

Синдром сухости был у 40% пациентов, эписклерит – у 30%, склерит – у 25% и склеромалицией – у 5%. Чаще глазные проявления встречаются у женщин (80%), с дебютом РА в интервале 36–55 лет (55%). Поражение глаз встре-

чается у пациентов с большой продолжительностью заболевания, более 10 лет (85%). Частота поражения глаз – у 65% пациентов с высокой активностью заболевания (DAS28>5,1) и с повышенными уровнями РФ и антител-ЦЦП, заболеваемость находится в прямой зависимости от перечисленных факторов. У 75% пациентов была III–IV радиологическая стадия, у 80% – высокое ограничение суставной амплитуды движений III–IV степени, что обозначает высокую вероятность глазных поражений у больных с выраженной степенью заболевания.

ДИНАМИКА МРТ-САКРОИЛИИТА У БОЛЬНЫХ С РАННИМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ЗА 1 ГОД ТЕРАПИИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В.,

Смирнов А.В., Глухова С.И., Каратеев Д.Е.

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

Введение/цель

Поражение позвоночника при раннем периферическом псориатическом артрите (рпПсА) часто протекает малосимптомно. Проведение МРТ крестцово-подвздошных суставов (КПС) способствует ранней диагностике аксиального поражения, а также используется для оценки терапии ингибиторами ФНО α . Цель – изучить динамику активного СИ по данным МРТ (МРТ-СИ) у больных рпПсА за 12 мес терапии по программе «Treat to Target» (T2T) исследования РЕМАРКА.

Материал и методы

Обследованы 89 больных (42 мужчины и 47 женщин) с рпПсА (критерии CASPAR): средний возраст – 36,5 \pm 10,9 года, длительность артрита – 12,1 \pm 10,1 мес. 79 больным проведена МРТ КПС на низкопольном аппарате Signa Ovation 0,35T. МРТ-СИ устанавливался при наличии воспалительных изменений (ВИ) при МРТ (STIR). Через 12 мес терапии 20 больным, исходно имевшим МРТ-СИ и закончившим 1 год исследования, была повторно проведена МРТ КПС. Положительной динамикой считали исчезновение ВИ при МРТ (STIR). Лечение проводилось по программе T2T, цель – достижение низкой активности/ремиссии. Всем больным проводилась терапия метотрексатом (МТ) в подкожной (п/к) форме (методжект, МТД), доза повышалась (по 5 мг в 2 нед) с 10 мг/нед до 20–25 мг/нед. Активность артрита оценивалась по индексам DAS28, DAS. При сохранении высокой/умеренной активности через 3 мес монотерапии (MoT) больному назначалась комбинированная терапия (KoT): МТД + адалимумаб (АДА) 40 мг, п/к, 1 раз в 2 нед. Все больные принимали НПВП: нимесулид 100–200 мг/день или эторикокиб 60–90 мг/день.

Результаты/обсуждение

Исходно МРТ-СИ был выявлен у 28 из 79 (35,4%) больных. Из 20 больных, исходно имевших МРТ-СИ и закончивших 12 мес терапии, положительная динамика при МРТ имела у 16 (80%). Среди этой группы: 8 (50%) больных получали MoT и 8 (50%) – KoT. У 4 (20%) больных через 12 мес терапии сохранялся МРТ-СИ. Среди этой группы: 2 (50%) больных получали MoT и 2 (50%) – KoT (оба больных получали АДА только в течение 3 мес, с 9-го по 12-й мес исследования).

Выводы/заключение

На фоне проведения эффективной терапии ранних форм периферического ПсА по программе T2T у боль-

шинства (80%) больных, исходно имевших активный МРТ-СИ, отмечена положительная динамика. По предварительным результатам, различий между группами больных, получавших монотерапию МТ (+НПВП) и комбинированную терапию МТ+АДА (+НПВП), не выявлено.

ДИАГНОСТИКА АКСИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ РАННЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю.,
Смирнов А.В., Глухова С.И., Коротаева Т.В.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Поражение позвоночника при раннем периферическом псориатическом артрите (рпПсА) протекает малосимптомно и изучено недостаточно. Ранняя диагностика спондилита важна для выбора терапии. Цель – изучить распространенность аксиального поражения в российской когорте больных рпПсА.

Материал и методы

Обследованы 89 больных (42 мужчины и 47 женщин) с рпПсА (критерии CASPAR): средний возраст – $36,5 \pm 10,9$ года, длительность артрита – $12,1 \pm 10,1$ мес. Всем больным проводилась оценка воспалительной боли в спине (ВБС) (критерии ASAS), рентгенография таза, выявление HLA B27, 79 больным дополнительно была проведена МРТ крестцово-подвздошных суставов (КПС) на низкопольном аппарате Signa Ovation 0,35T. Сакроилиит (СИ) при рентгенографии (рСИ) устанавливался при наличии изменений \geq II ст. по Kelgren, хотя бы в одном КПС. Рентгенологически достоверный СИ (рдСИ) – при изменениях в КПС, соответствующих структурным изменениям при анкилозирующем спондилите (двусторонний \geq II ст. или односторонний \geq III ст.). Больным с ВБС проводилась оценка активности по BASDAI.

Результаты/обсуждение

ВБС выявлена у 58 из 89 (65,1%) больных, из них у 35 (60,3%) ВБС была эпизодической, а у 23 (39,7%) – постоянной. МРТ-СИ определялся у 28 из 79 (35,4%) больных. рСИ выявлен у 42 из 89 (47,2%) больных, рдСИ – у 27 из 89 (30,3%). HLA B27 – у 34 (38,2%) больных. Активность по BASDAI $4,5 \pm 1,6$. Выявлена ассоциация между наличием МРТ-СИ и ВБС: среди больных, имевших МРТ-СИ, ВБС встречалась в 92,9% случаев, у больных без МРТ-СИ – в 54,9% ($p=0,0002$). Имеется взаимосвязь МРТ-СИ с постоянной ВБС ($p=0,003$), а также с эпизодической ВБС ($p=0,006$). Выявлена ассоциация между наличием рдСИ и ВБС ($p=0,038$). В то же время среди 26 больных с рдСИ у 5 (19,2%) СИ развился без предшествующих ВБС. Среди 15 больных с односторонним СИ 2 ст. у 6 (40%) не было предшествующих ВБС. Ассоциации между МРТ-СИ/рСИ/рдСИ и HLA B27 не выявлено.

Выводы/заключение

В российской когорте больных ранним периферическим ПсА при целенаправленном обследовании часто выявляется аксиальная симптоматика: ВБС (часто эпизодическая) – у 65% больных, МРТ-СИ – у 35%, СИ при рентгенографии – у половины больных, достоверный рСИ – у трети. Имеется ассоциация между МРТ-СИ/рдСИ и ВБС. Ассоциации между МРТ-СИ/рСИ/рдСИ и наличием HLA-B27-антигена не обнаружено. Для улучшения ди-

агностики аксиального поражения при раннем ПсА необходимо целенаправленное выявление ВБС и проведение МРТ КПС.

АССОЦИАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ ОСЕВОГО СКЕЛЕТА С АКТИВНОСТЬЮ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АРТРИТА И ТЯЖЕСТЬЮ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ РАННИМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю.,
Смирнов А.В., Глухова С.И., Коротаева Т.В.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

При раннем периферическом псориатическом артрите (рпПсА) связь аксиального поражения с активностью периферического артрита и тяжестью псориаза не изучена. Цель – выявить ассоциацию между наличием сакроилиита (СИ) по данным МРТ/рентгенографии с активностью периферического артрита, с площадью поражения кожи.

Материал и методы

Обследованы 89 больных (42 мужчины и 47 женщин) с рпПсА (критерии CASPAR), средний возраст $36,5 \pm 10,9$ года, длительность артрита $12,1 \pm 10,1$ мес, DAS28 $8,8 \pm 1,7$; BASDAI $4,5 \pm 1,6$; оценка боли/заболевания пациентом по ВАШ $55,0 \pm 17,9$ / $56,9 \pm 17,1$. Всем больным проводилась рентгенография таза, 79 больным дополнительно была проведена МРТ крестцово-подвздошных суставов (КПС) на низкопольном аппарате Signa Ovation 0,35T. Сакроилиит (СИ) при рентгенографии (рСИ) устанавливался при наличии изменений \geq II ст. по Kelgren хотя бы в одном КПС. Рентгенологически достоверный СИ (рдСИ) – при изменениях в КПС, соответствующих структурным изменениям при анкилозирующем спондилите (двусторонний \geq II ст. или односторонний \geq III ст.). Площадь поражения кожи оценивалась по BSA. Поражение кожи $>10\%$ рассценивалось как распространенное.

Результаты/обсуждение

Активный сакроилиит при МРТ (МРТ-СИ) определялся у 28 из 79 (35,4%) больных; рСИ – у 42 из 89 (47,2%), рдСИ – у 27 из 89 (30,3%). Выявлена ассоциация между наличием МРТ-СИ и активностью артрита по DAS28 ($r=0,25$; $p=0,03$). Выявлена ассоциация между наличием МРТ-СИ и значениями показателей оценки заболевания ($r=0,23$; $p=0,047$) и оценки боли пациентом ($r=0,31$; $p=0,0074$). Обнаружена положительная тенденция между наличием у большого рСИ и эрозивного артрита кистей и стоп. Среди 42 больных с рСИ эрозии суставов выявлены у 18 (43,2%), а среди 47 больных без рСИ – у 11 (23,9%; $p=0,06$). Выявлена ассоциация между МРТ-СИ и площадью поражения кожи. Среди 28 больных с МРТ-СИ распространенное поражение кожи имелось у 6 (21%), а среди 51 без МРТ-СИ – у 2 (4%) ($p=0,0333$) больных.

Выводы/заключение

В российской когорте больных ранним периферическим ПсА воспалительные изменения в КПС выявляются у пациентов, имеющих более высокую активность периферического артрита по индексу DAS28, более высокие показатели общей оценки заболевания/боли пациентом, большую площадь поражения кожи. Имеется тенденция к выявлению рСИ у больных с более тяжелым (эрозивным) периферическим артритом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА В ОЦЕНКЕ МИКРОБИОТЫ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

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

Введение/цель

Исследование микробиоты при ревматических заболеваниях (РЗ) имеет значение в понимании факторов, инициирующих прогрессирование патологического процесса, повышающих риск осложнений и определяющих терапевтические стратегии. Цель – определить информативные параметры, характеризующие микробный статус больных РЗ.

Материал и методы

В исследование включены результаты изучения микробиоценоза организма у 171 пациента, в том числе 65 больных ОА, 70 больных РА и 36 больных СКВ. Изучение микробиоты проводили бактериологическим методом с определением количественных и качественных характеристик основных представителей микрофлоры толстого кишечника, слизистой оболочки носа и мочи. Для выделения групп признаков на основе их сходства по определенным характеристикам, измеренным в метрической шкале, использовали иерархический кластерный анализ.

Результаты/обсуждение

На основании однофакторного дисперсионного анализа, используя критерий Вальда–Вольфовитца, были определены основные параметры, характеризующие микробиоценоз организма больных. При РЗ проведен системный анализ микробиоценоза с выделением отдельных групп микроорганизмов со сходными характеристиками и определением взаимосвязи между ними на основе изучения дендрограмм. Анализ полученных данных позволил выявить общие тенденции значимости отдельных представителей микробиоты в характеристике микробного статуса больных РЗ. Наибольшая схожесть прослеживалась у показателей обнаружения представителей родов *Proteus* и *Enterobacter*. Бактериурия являлась объединяющим параметром для большинства показателей. Наличие выраженных микробиологических нарушений микрофлоры показало тесную интеграцию с колонизацией кишечника условно-патогенными энтеробактериями (УПЭБ) и *S. aureus*. Параметр выявления УПЭБ составил отдельный кластер, что свидетельствовало о высокой информативности данного показателя в отражении микробного статуса организма больных при РЗ. Полученные результаты показали, что наличие УПЭБ представляет собой показатель, проявляющий высокую информативность в отражении состояния микробиоты у больных РЗ.

Выводы/заключение

Иерархический кластерный анализ, используемый при изучении микробиоты у больных РЗ, позволил определить основной проблемный параметр микробиоценоза организма больных РЗ – наличие УПЭБ. Выявление данных микроорганизмов следует учитывать при диагностике дисбиотических нарушений, требующих терапевтического воздействия.

АНТИГЕНЫ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ НЛА КЛАССА I У БОЛЬНЫХ ПЕРЕДНИМИ УВЕИТАМИ С И БЕЗ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Гусева И.А.¹, Годзенко А.А.², Разумова И.Ю.³

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

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России,

Москва, Россия; ³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», Москва, Россия

Введение/цель

Хорошо известно, что передний увеит (ПУ) и анкилозирующий спондилит (АС) ассоциированы с антигеном гистосовместимости HLA-B27. Предшествующие генетические исследования, выполненные в различных популяциях, продемонстрировали и другие генетические, в том числе HLA, ассоциации, как общие, так и различные для ПУ и АС. Цель исследования – изучить ассоциативную взаимосвязь антигенов HLA класса I с ПУ в зависимости от наличия или отсутствия АС у пациентов.

Материал и методы

Использованы данные типирования антигенов HLA класса I пациентов, направленных офтальмологами для обследования в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, а также предыдущие базы данных больных АС. Ретроспективно в исследование включены две группы больных с ПУ: 1-я группа – 52 пациента с подтвержденным диагнозом АС (ПУ+АС), 2-я группа – 96 пациентов с другими формами ПУ (52 – идиопатический передний увеит, 29 – вирусные увеиты, 2 – рассеянный склероз, 2 – токсоплазмоз, 1 – саркоидоз, 1 – туберкулез, 3 – хламидиоз, 2 – болезнь Бехчета, 3 – ювенильный хронический артрит, 1 – гетерохромный циклит Фукса). 150 здоровых тест-доноров составили контрольную группу. Анализ распределения HLA-антигенов класса I (локусы A, B, Cw) проведен при сравнении двух групп пациентов с ПУ, а также каждой группы пациентов с контролем.

Результаты/обсуждение

HLA-B27 в группе больных (ПУ+АС) выявлен в 96,1% случаев (50/52), в группе ПУ – у 40,6% больных (39/96), в контроле – в 7,3% случаев (11/150). При наличии в генотипе больного B27 риск развития совместной патологии (ПУ+АС) составил $OR=315,9$ [95% CI 61,9–2176,7], $p<0,0000001$; риск развития ПУ – $OR=8,7$ [95% CI 3,9–19,4]; $p<0,000001$. Антиген B15 выявлен лишь у одного пациента с (ПУ+АС) (1,9%) и в 12,0% случаев в контроле ($OR=0,2$ [95% CI 0,01–1,0], $pFisher=0,03$). В группе ПУ частота данного антигена (7,3%) статистически значимо отличалась от частоты в группе (ПУ+АС) и контроле. Среди антигенов локуса C выявлена высокая частота антигена Cw2 у больных с (ПУ+АС) и ПУ по сравнению с контролем (64,0, 36,3 и 10,0%, соответственно): (ПУ+АС) vs контроль, $p<0,000001$, ПУ vs контроль, $p<0,00001$. Такое значительное повышение частоты Cw2 в двух группах больных с высокой частотой B27 закономерно за счет явления неравновесного сцепления, в том числе для антигенов B27 и Cw2.

Выводы/заключение

Анализ распределения HLA антигенов класса I подтвердил ассоциативную связь антигена B27 с передним увеитом в российской популяции. Другие ассоциации, кроме Cw2, не были выявлены. Антиген B15 играет «про-

тективную» роль, по-видимому, у больных АС, так как в группе ПУ частота его не снижена по сравнению с контролем.

АЛЛЕЛИ HLA-B*27 НЕ АССОЦИИРОВАНЫ С ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Гусева И.А.¹, Логинова М.А.^{2,3}, Пармонов И.В.², Подряднова М.В.¹, Дубинина Т.В.¹, Эрдес Ш.Ф.¹

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

²ФГБУН «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови ФМБА России», Киров, Россия;

³ФГБУ «Российский медицинский научно-производственный центр «Росплазма» ФМБА», Киров, Россия

Введение/цель

Литературные данные о взаимосвязи аллелей HLA-B*27 с отдельными формами и клиническими вариантами течения анкилозирующего спондилита (АС) противоречивы, что, очевидно, связано с особенностями распределения аллелей В*27 в различных этнических и популяционных группах. В России подобные исследования не проводились, в связи с чем было проведено молекулярное генотипирование аллелей В*27 у больных АС, и результаты проанализированы во взаимосвязи с особенностями клинического течения АС.

Материал и методы

В исследование было включено 100 В*27-позитивных больных АС (модифицированные Нью-Йоркские критерии 1984 г., средний возраст 39,6±10,9 года), имевших рентгенологические признаки сакроилита III и/или IV ст. по Kellgren. Из них 79,0% – мужчины, 52,0% – русские. Средняя длительность заболевания – 214,7±113,7 мес. Большинство пациентов (85,0%) имели аксиальный вариант течения заболевания. BASDAI>4 – у 74,0%, среднее значение – 5,2±2,2; ASDAS СРБ – 3,6±1,6. BASFI>4 – у 70,0%, среднее значение – 5,3±2,7. ДНК была выделена из 100 замороженных образцов цельной крови больных АС, позитивных по В*27 (низкоразрешающее генотипирование). Высокоразрешающее HLA-типирование по локусу HLA-B проводили по технологии SBT (Sequencing Based Typing) с использованием базовых наборов реагентов AlleleSEQR HLA Sequencing (Abbott, США), позволяющей выявить все аллели локуса В, в том числе, аллели В*27. Капиллярный электрофорез осуществляли с помощью генетического анализатора 3500xl (Applied Biosystems, США).

Результаты/обсуждение

При АС были выявлены аллели В*27:05 – у 85,0% больных, В*27:02 – у 14,0%, В*27:04 – у одного пациента. Распределение аллелей у больных АС в российской популяции аналогично распределению у больных АС европейского происхождения. В зависимости от выявленного аллеля пациенты были разделены на две группы (I – *27:05, II – *27:02). Сравнительный анализ клинических проявлений АС и данных инструментальных обследований у пациентов I и II групп показал отсутствие статистически значимых различий как по клиническим параметрам (вариант дебюта, длительность заболевания, активность, функциональные нарушения, аксиальные, внеаксиальные и внескелетные проявления), так и по данным инструменталь-

ных методов обследования между двумя группами. Пациент *27:04 – мужчина, 61 года, русский, с длительностью заболевания 252 мес, высокой активностью заболевания (BASDAI 7,9, ASDAS СРБ – 4,9), наличием синдесмофитов в поясничном отделе позвоночника и периферического артрита.

Выводы/заключение

Особенности клинического течения у больных с достоверным диагнозом АС в российской популяции не ассоциированы с аллелями HLA-B*27. Поэтому целесообразно проводить низкоразрешающее генотипирование гена *B27.

НАЗНАЧЕНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, НЕ ОТВЕЧАЮЩИХ НА МОНОТЕРАПИЮ МЕТОТРЕКСАТОМ, АССОЦИИРОВАНО С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНА CTLA-4 (+49A>G)

Гусева И.А., Лучихина Е.Л.,

Абрамов Д.Д., Сорока Н.Е., Демидова Н.В.,

Александрова Е.Н., Новиков А.А., Самаркина Е.Ю.,

Трофимов Д.Ю., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л.

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

Введение/цель

Один из основных БПВП – метотрексат (МТ) – является «золотым стандартом» терапии ревматоидного артрита (РА). Однако лечение МТ не всегда бывает эффективным согласно критериям EULAR. В соответствии с принципами «Treat to Target» (лечение до достижения цели, т.е. ремиссии) при недостаточном ответе на МТ рекомендуется быстрое переключение с монотерапии МТ на комбинированную терапию МТ+ГИБП. Такая стратегия особенно эффективна у больных с ранним активным РА. Цель исследования – изучить, ассоциированы ли полиморфизмы генов иммунного ответа и фолатного обмена с назначением, особенно ранним, ГИБП в связи с неэффективностью монотерапии МТ.

Материал и методы

В исследование включены больные РА из проспективного исследования «РЕМАРКА» с длительностью заболевания 7,0 [4,0; 11,5] мес, hs-СРБ 27,0 [9,7; 61,0] мг/л, с позитивностью по АЦЦП в 96,0% случаев. Всем пациентам первоначально был назначен МТ с быстрой эскалацией дозы до 20–25 мг/нед. При неэффективности назначали комбинированную терапию МТ+ГИБП (адалимумаб, АДА). Каждые 3 мес эффективность терапии контролировали по индексам DAS28, SDAI, CDAI. Ретроспективно в молекулярно-генетическое исследование включены первые 45 пациентов с известной тактикой лечения. Генотипирование полиморфизмов генов RTPN22 (+1858 C >T), TNFAIP3 (rs6920220, rs10499194), CTLA-4 (+49A>G), TNFA(-308A>G), IL-6 (-174G>C), IL-6R (+358A>C), IL-10 (-592A>C, -1082 A>G), MCP-1 /CCL2 (+2518A>G), MTHFR +677C/+, +1298A/C) выполнено методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Результаты/обсуждение

Через 3 мес монотерапии МТ 23 из 45 (51,1%) пациент имели хороший ответ и продолжили монотерапию МТ. У 22 (48,9%) пациентов был выявлен неудовлетворительный ответ на МТ, и им был добавлен ГИБП

(MT+ADA). Носителям, по крайней мере, одного аллеля G (AG/GG) ГИБП был назначен чаще, чем носителям гомозиготного генотипа AA (20/22, 90,9% и 13/23, 56,5% соответственно), OR=7,7 [95% CI 1,4–40,9], p=0,017). Кроме того, через 3 мес монотерапии MT полиморфизм CTLA-4 (+49A>G) (генотипы AG/GG vs AA соответственно) был ассоциирован с индексами активности DAS28 ($3,6\pm 1,1$ и $4,6\pm 1,6$; p=0,04), SDAI ($11,1\pm 7,2$ и $20,2\pm 12,1$; p=0,018), CDAI ($10,6\pm 7,1$ и $18,6\pm 10,6$; p=0,025), числом болезненных суставов ($3,1\pm 3,1$ и $7,1\pm 5,1$; p=0,016), числом припухших суставов ($2,7\pm 2,5$ и $5,3\pm 4,9$; p=0,024) и hs-CRP ($6,3\pm 12,1$ и $21,8\pm 37,1$; p=0,018).

Выводы/заключение

Проведенное исследование позволило установить, что полиморфизм гена CTLA4 ассоциирован с более тяжелым РА и может служить предиктором раннего назначения ГИБП у больных ранним активным РА.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Гусейнов Н.И.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку,
Азербайджан*

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) занимает центральное место среди серонегативных спондилоартритов, и вопросы лечения еще до конца не изучены. Цель – изучить эффективность нафталана в комплексной физиотерапии у больных АС.

Материал и методы

Были проведены лечебно-реабилитационные мероприятия 84 больным АС. В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на две группы. Больные обеих групп получали синусоидально-модулированный ток (СМТ), ЛФК и массаж. Больные 1-й группы (n=44) в качестве местного лечения на позвоночник дополнительно получали смазывание: нафталан с солюксом. Больные обеих групп получали фоновую терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП диклофенак 150 мг/сут). Влияние локальной терапии на эволюцию патологического процесса изучено в динамике клинических и лабораторных (СОЭ, СРП, иммуноглобулины) данных до и после лечения.

Результаты/обсуждение

Результаты сравнивались с больными АС, не получавшими местных процедур (2-я группа, n=40). После проведенного физиолечения у подавляющего числа больных достигнуто отчетливое улучшение состояния: уменьшение боли, скованности, увеличение объема движений в позвоночнике, а также уменьшение дозы или отмена НПВП. Клиническая картина заболевания, как правило, коррелировала с лабораторными данными, что указывало на уменьшение активности у больных, получавших физиопроцедуры, происходило в более ранние сроки, чем у больных, не получавших этого вида лечения.

Выводы/заключение

В результате исследования уточнены показания и разработана методика физиотерапевтического лечения с использованием смазывания нафталаном с солюксом и синусоидально-модулированных токов у больных АС.

РОЛЬ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОГРАНИЧЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н., Сулейманова Р.Т.

*Азербайджанский медицинский университет, Баку,
Азербайджан*

Введение/цель

Самым частым ревматическим проявлением сахарного диабета (СД) является синдром ограничения подвижности суставов (СОПС). Отмечена прямая связь между ранним началом СД, его давностью и степенью выраженности СОПС. Цель – оценить эффективность и переносимость системной энзимотерапии (СЭТ) в комплексном лечении СОПС у больных СД.

Материал и методы

Обследованы 98 больных СД с СОПС (плечевые суставы). Давность заболевания СД – от 1 до 13 лет. Давность СОПС – от 3 мес до 6 лет. В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на две группы (основная – 56 больных и контрольная – 42 больных). Обе группы больных получали нестероидные противовоспалительные, антидиабетические препараты и внутрисуставные кортикостероиды (КС). Внутрисуставное введение КС проводилось 1 раз в нед (всего 1–3 инъекции). Следует отметить, что до и через 24 ч после внутрисуставного введения КС у всех больных определяли уровень глюкозы в крови. Больные основной группы дополнительно получали полиферментный препарат Wobenzym – 15 таб./сут (фирма Mucos Pharma, Германия). Эффективность терапии оценивалась по общепринятым в ревматологии критериям: боль – по ВАШ, амплитуды движений в суставах, эффективность лечения по оценке врача и больного, лабораторным данным (глюкоза, СОЭ, СРБ, ЦИК).

Результаты/обсуждение

В результате проведенной терапии в сравниваемых группах больных было обнаружено достоверное уменьшение болевого синдрома и увеличение объема движений. Следует отметить, что у 3 больных основной группы и у 5 больных контрольной группы не было отмечено существенного клинического улучшения. У этих больных была обнаружена инсулинозависимая форма СД и срок давности поражения суставов составлял более 5 лет, а клинические симптомы СОПС соответствовали III стадии болезни. Необходимо отметить, что у основной группы больных повышение уровня сахара в крови и побочные эффекты проводимой терапии не отмечены. В то же время у 6 больных в контрольной группе были отмечены диспепсические явления, сухость во рту и гипергликемия. Также были выявлены коррелятивные связи между ранним началом СД, давностью и степенью выраженности СОПС и проводимой комплексной терапией.

Выводы/заключение

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

**АНТИТЕЛА К ЦИКЛИЧЕСКОМУ
ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ
И МОДИФИЦИРОВАННОМУ
ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ВИМЕНТИНУ
У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
В СОЧЕТАНИИ С АУТОИММУННЫМ
ТИРЕОИДИТОМ**

**Дворовкин А.Э., Один В.И.,
Инамова О.В., Тыренко В.В., Топорков М.М.**
ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) и модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ) являются маркерами тяжелого течения ревматоидного артрита (РА). В то же время РА часто сочетается с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ). Цель – изучить влияние АМЦВ и АЦЦП на клинико-лабораторные особенности РА, ассоциированного с АИТ.

Материал и методы

В исследование включено две группы пациентов. В 1-ю группу вошли 16 больных (14 женщин и 2 мужчин, средний возраст – 62,37±2,12 года) РА в сочетании с АИТ и обнаружением в крови только АЦЦП в диагностически значимом титре (группа 1). Во 2-ю группу вошли также 16 больных (14 женщин и 2 мужчин, средний возраст – 52,31±4,94 года) РА в сочетании с АИТ и обнаружением в крови АЦЦП и АМЦВ в диагностически значимых титрах (группа 2). Обе выборки были проверены на нормальность распределения по возрасту, вероятность ошибки (p) составила менее 0,05 в обеих группах. Все больные прошли общеклиническое и специальное обследование, в том числе рентгенологическое и иммунологическое. Диагноз был установлен согласно общепринятым критериям. Активность воспаления определялась по шкале DAS-28. В 1-й группе у 10 пациентов отмечался эутиреоз, у 5 – гипотиреоз, компенсированный приемом L-тироксина, у 1 пациента – тиреотоксикоз в стадии медикаментозного эутиреоза. Во 2-й группе больных у 14 пациентов отмечался эутиреоз, у 2 – гипотиреоз, компенсированный приемом L-тироксина.

Результаты/обсуждение

Обе группы пациентов отличались по следующим исследуемым показателям: эрозии выявлялись в 68% в 1-й группе и 50% случаев во 2-й группе (p<0,05). При использовании корреляционного анализа по методу Спирмена среди изученных корреляционных взаимосвязей обращала на себя внимание достоверная (R=0,62, p<0,05) связь между эрозиями и выявлением в крови АЦЦП во 2-й группе пациентов (сочетание РА и АИТ и выявление в крови АЦЦП и АМЦВ), которая была многократно ослаблена и недостоверна в 1-й группе (сочетание РА и АИТ и обнаружение в крови только АЦЦП) пациентов.

Выводы/заключение

Таким образом, 2-я группа пациентов (сочетание РА с АИТ и обнаружением в крови АЦЦП и АМЦВ в диагностически значимых титрах) имеет более тесные корреляционные взаимосвязи с показателями деструкции суставов, нежели 1-я группа пациентов, что в дальнейшем возможно использовать как прогностический маркер более тяжелого течения ревматоидного артрита в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом.

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ШЕГРЕНА
ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ
И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ**

Демина О.В.¹, Ушакова Е.Н.¹, Лиля А.М.²
¹СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница
№ 25», Санкт-Петербург, Россия; ²ФГБОУ ВО
«Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Синдром Шегрена («сухой синдром») – аутоиммунное поражение экзокринных (прежде всего слезных и слюнных) желез, сопровождающееся их гипофункцией и часто сочетающееся с системными иммуновоспалительными заболеваниями. Цель работы – оценить особенности дебюта и клинико-лабораторные особенности синдрома Шегрена (СШ) в сочетании с некоторыми аутоиммунными заболеваниями.

Материал и методы

Обследовано 67 пациентов в возрасте от 45 до 85 лет, страдающих ревматоидным артритом (РА) или системной красной волчанкой (СКВ) в сочетании с синдромом Шегрена.

Результаты/обсуждение

При анализе когорты пациентов с сочетанной патологией установлено, что подавляющее большинство из них (97–100%) составляли женщины с высокой и средней степенью активности СКВ и РА. Отмечался достаточно длительный период между появлением первых симптомов СШ и его диагностикой: у больных РА – в среднем 8,1 года, у больных СКВ – 12,8 года, при том что пациенты получали консультации множества специалистов (окулиста, невролога, гематолога, дерматолога, ЛОР-врача и др.). В дебюте РА с СШ в 10,4% случаев отмечалась сухость слизистых оболочек, в 7,5%, – лихорадка, в 11,9% – ускорение СОЭ, в 14,9% – иммунологический синдром. У больных СКВ и СШ чаще встречались артралгии (в 55% случаев), кожная сыпь (в 50% случаев), повышение СОЭ (в 45% случаев), фотодерматит (в 27,5% случаев).

Выводы/заключение

Анализ представленных материалов свидетельствует о том, что ранняя диагностика СШ часто вызывает затруднения из-за неспецифической клинической картины, особенно у больных, страдающих другими аутоиммунными заболеваниями (РА, СКВ и др.). В этой связи необходимо более активное информирование врачей о возможности развития сочетанной патологии у данной категории больных, а также внедрение в практическую работу ревматологов современных методов ранней диагностики синдрома Шегрена.

**ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ,
ПРИВОДЯЩИХ К РАЗВИТИЮ
АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ
С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Джафарова С.М., Мусаев С.Н.
Азербайджанский медицинский университет, Баку,
Азербайджан

Введение/цель

Ревматические болезни у детей – актуальная проблема здравоохранения. Анемия часто наблюдается у пациентов с воспалительными ревматическими заболеваниями.

В зависимости от тяжести анемия отрицательно сказывается на сердечно-сосудистой деятельности, физической активности и качестве жизни пациентов. Тем не менее анемия считается симптомом основного воспалительного заболевания. Однако, являясь сложным медицинским состоянием, она требует постановки специфического диагноза и назначения лечения.

Материал и методы

Целью нашего исследования является изучение особенностей метаболизма железа и факторов, приводящих к развитию анемического синдрома у детей с ревматическими заболеваниями. В исследование включено 114 больных детей с ревматическими болезнями в возрасте от 3 до 18 лет. Диагноз был достоверно поставлен в соответствии с критериями ARA/EULAR 2010. 114 детей распределялись следующим образом: 53 (46,5%) мальчика и 61 (53,5%) девочка. Из них 32 больных с диффузным заболеванием соединительной ткани, 82 детей с ювенильным ревматоидным артритом. Средний возраст пациентов $10,6 \pm 0,4$ года. У всех пациентов изучались показатели общего анализа крови, определялось содержание сывороточного железа, ферритина, трансферрина, процент насыщения трансферрина, эритропоэтина, уровни фолиевой кислоты, витамина В₁₂, АНА, анти-дсДНК, анти-ссДНК, СРБ, РФ, АСО, анти-ССР, проводилась прямая реакция Кумбса.

Результаты/обсуждение

Основную группу составили 69 больных с анемическим синдромом на фоне ревматических болезней, группу сравнения – 45 больных без анемического синдрома на фоне ревматических болезней. Уровень ферритина у больных основной группы был достоверно выше и изменялся в зависимости от активности иммуновоспалительного заболевания. До лечения уровень ферритина был $118,9–1853$ нг/мл, средней показатель – $240,8 \pm 44$ нг/мл. Показатель ферритина после лечения снизился на 23,2% ($p < 0,05$). Так, этот показатель после лечения изменяется в интервале $17,27–952,6$ нг/мл, в то время как в среднем – $184,9 \pm 25,5$ нг/мл. Более высокая активность СРБ при ревматических заболеваниях сопутствовала более низкому значению гемоглобина, при анемии отмечалась достоверно обратная корреляция (до лечения коэффициент корреляции $r = -0,22$ и после лечения $r = -0,27$; $p < 0,05$). Между СРБ и ферритином также имелась достоверная прямая корреляция. До лечения коэффициент корреляции $r = +0,29$; $p < 0,05$, а после лечения коэффициент корреляции $r = +0,33$; $p < 0,01$.

Выводы/заключение

Полученные результаты свидетельствовали о более высоких показателях иммунного воспаления у больных с анемическим синдромом на фоне ревматических болезней по сравнению с детьми, у которых данный синдром отсутствовал.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И РЕНТГЕНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Зияева Ф.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Одним из общепринятых методов диагностики ревматоидного артрита (РА) является рентгенография лучеза-

пястных суставов и кистей. Однако она не позволяет определить РА на ранних стадиях, а также выявить изменения таких структур сустава, как синовиальная оболочка, хрящ, суставная капсула, связки и сухожилия. В настоящее время магнитно-резонансная томография (МРТ) считается более чувствительным и эффективным методом диагностики РА на разных стадиях заболевания, особенно ранних. Цель – провести сравнительный анализ возможности МРТ у больных РА в ранней диагностике заболевания с данными рентгенографии кистей и стоп.

Материал и методы

В исследование включено 42 больных с достоверным диагнозом РА в возрасте от 18 до 68 лет, с продолжительностью заболевания от 3 мес до 1 года. Верификация диагноза РА осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями АРА (1987). Критериями отбора больных являлось наличие активности заболевания. Больные были преимущественно со II степенью активности заболевания. Всем больным проведена рентгенография мелких суставов кистей и стоп, а 25 больным выполнено МРТ доминирующей кисти.

Результаты/обсуждение

Проведенное исследование показало определенные изменения структур сустава на основании МРТ на ранних стадиях РА. Так, по данным МРТ кистей выявлено: утолщение синовиальной оболочки – у 23 (92%) больных; краевые узурсы и субхондральные кисты – у 18 (72%) больных; костные эрозии – у 23 (92%) больных; явления деструкции суставного хряща (истончение, изъязвление и разрушение) – у 15 (60%) больных; выпот в суставы – у 17 (68%) больных и тендосиновиты – у 18 (72%) больных. В свою очередь рентгенологические данные кистей рук и стоп показали, что эрозивный артрит установлен у 18 (43%) больных и краевые узурсы – у 16 (38%) больных.

Выводы/заключение

Таким образом, МРТ кистей играет важную роль в ранней диагностике РА, поскольку она позволяет визуализировать характерные изменения всех структур сустава при РА. МРТ является высокоэффективным методом диагностики РА, который в комплексе с другими методами исследования помогает установить диагноз на ранней стадии заболевания и своевременному назначению адекватного базисного лечения в отличие от рентгенографии.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕНОСУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОК С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

Добровольская О.В., Коваленко П.С.,

Никитинская О.А., Дыдыкина И.С.,

Торопцова Н.В., Насонов Е.Л.

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

Введение/цель

Для лечения остеопороза (ОП) применяется антиреорбтивный препарат деносумаб, являющийся полностью человеческим моноклональным антителом (IgG2) к RANKL. Сведения о его применении у больных РА ограничены. Цель исследования – оценить влияние терапии деносумабом в течение 1 года на минеральную плотность кости (МПК) у пациенток с ОП на фоне ревматоидного артрита (РА) и у женщин с постменопаузальным ОП.

Материал и методы

В исследование включены 117 женщин: основная группа – 69 пациенток с РА (средний возраст 60 ± 7 лет), в том числе 56 (81,2%) человек с умеренной и высокой активностью заболевания, средний DAS $28,404 \pm 1,04$; средний показатель HAQ $1,204 \pm 0,614$; средняя длительность РА $17,7 \pm 10,4$ года. Глюкокортикоидные препараты принимали 34 (49,3%) пациентки. Контрольную группу составили 48 женщин с первичным ОП (средний возраст 63 ± 9 лет). Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) поясничного отдела позвоночника (L1-4), шейки бедра (ШБ) и $1/3$ дистального отдела предплечья ($1/3$ ДП) проводилась до начала лечения и через 1 год терапии деносумабом. Деносумаб вводился подкожно в дозе 60 мг 1 раз в 6 мес.

Результаты/обсуждение

Изменение МПК у пациенток с РА за 12 мес в среднем составило: в L1-4 +4,6% (от -4,6% до +19,6%); в ШБ +2,8% (от -14,6% до +21,7%), в $1/3$ ДП +0,7% (от -13,2% до +30,4%). В контрольной группе аналогичные показатели достоверно не отличались и были: в L1-4 +5,3% (от -3,6% до +16,8%); в ШБ +2,8% (от -4,2% до +19,8%), в $1/3$ ДП +0,7% (от -3,5% до +13,9%). На фоне терапии деносумабом увеличение или стабилизация МПК в L1-4, ШБ и $1/3$ ДП отмечено соответственно у 59 (89,4%), 44 (66,7%) и 40 (60,6%) больных РА. В контрольной группе положительная динамика или стабилизация МПК в указанных областях изменения выявлена у 43 (93,4%), 32 (69,6%) и 34 (73,9%) пациенток. Эффективность терапии моноклональными антителами к RANKL у больных РА с ОП не зависела от исходных показателей иммунологических маркеров воспаления и длительности приема и кумулятивной дозы глюкокортикоидов.

Выводы/заключение

Эффективность терапии ОП деносумабом в течение 1 года у пациенток с РА сопоставима с результатами лечения женщин с первичным ОП. Наличие и выраженность хронического воспаления и прием глюкокортикоидов не оказывали негативного влияния на динамику МПК.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
НА РАННИХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Доценко С.С., Шилова Л.Н.

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

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА), являясь одним из наиболее распространенных видов артрита, приводит к раннему развитию инвалидизации. Снижение трудоспособности в течение пяти лет заболевания встречается у каждого шестого пациента. Качество жизни как характеристика физической, психоэмоциональной жизнедеятельности человека основано на его субъективном восприятии, позволяет сформировать более детальное представление о состоянии пациента. Цель – оценить качество жизни больных РА на ранних этапах заболевания и выявить основные влияющие факторы.

Материал и методы

В исследование были включены 30 больных с достоверным диагнозом РА. Среди обследованных было 27 (90%) женщин и 3 (10%) мужчин. Средний возраст боль-

ных – $52,6 \pm 11,3$ года, а продолжительность заболевания – до 5 лет. Серопозитивный РА выявлялся у 22 (73,3%) пациентов, серонегативный – у 8 (26,7%). Чаще всего встречалась высокая степень активности у 98% человек, умеренная – у 2% (активность определялась с помощью индекса DAS28). Наиболее часто диагностирована II рентгенологическая стадия – у 78%, I – у 22%. Оценка качества жизни проводилась с помощью шкал HAQ и SF-36. Исключались пациенты с сопутствующей патологией в стадии декомпенсации с целью не допустить их влияние на ход исследования.

Результаты/обсуждение

Имеющийся болевой синдром и функциональные ограничения в суставах отрицательно сказались на параметрах качества жизни пациентов. Уже на ранних стадиях заболевания у больных РА отмечались умеренные и выраженные нарушения жизнедеятельности. Значение функционального индекса анкеты HAQ составило в среднем $1,83 \pm 0,36$ балла. Отмечался выраженный болевой синдром, который по ВАШ соответствовал $71,6 \pm 8,2$ мм. Наиболее страдали такие виды деятельности, как работа по дому, прогулки, вставание, гигиена, было трудно садиться в машину. Выявлены взаимосвязи индекса HAQ с показателями воспалительной активности (DAS28, числом болезненных и припухших суставов, длительностью утренней скованности). По шкале SF-36 были оценены физический и психологический компоненты здоровья, которые оказались сниженными (в среднем 35,82 и 37,56 соответственно).

Выводы/заключение

Качество жизни больных РА достоверно снижается уже на ранних этапах заболевания, что обусловлено наличием хронического воспаления. Поэтому необходимо своевременно назначать адекватное комплексное лечение, способное снизить активность заболевания и достичь ремиссии, тем самым сохранить трудоспособность больных с РА.

**ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА
ПРИ САРКОИДОЗЕ**

Егорова О.Н., Белов Б.С., Савушкина Н.М.

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

Введение/цель

Поражение опорно-двигательного аппарата нередко определяется характером и преимущественной локализацией патологического процесса. Такого рода суставной синдром характерен для саркоидоза (Ср) – гранулематозного мультисистемного воспалительного заболевания неизвестной этиологии. Цель исследования – изучение характера поражения суставов при остром саркоидозе (синдроме Леффрена – СЛ) на когорте больных, направленных в ревматологический центр.

Материал и методы

Обследовано 128 больных (22 мужчины и 106 женщин), средний возраст – $41,6 \pm 12,1$ года (от 18 до 69 лет) с направительными диагнозами «узловатая эритема», «панникулит» или «васкулит».

Результаты/обсуждение

Все больные предъявляли жалобы на болезненные красные уплотнения на верхних и нижних конечностях, 84% – на боль в суставах, 58% – на кашель, слабость, потливость, одышку, миалгии и боли в горле и 51% – на повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Во всех

случаях наблюдались артралгии, в 72% — артрит, который отмечался преимущественно в голеностопных суставах (66%). Поражение суставов у всех больных сочеталось с УЭ. У 37 (30%) пациентов суставные проявления предшествовали возникновению УЭ. При лабораторном обследовании медиана СОЭ составила 20 мм/ч [14; 31], СРБ — 10 мг/л [6; 21]. Повышение содержания СРБ значительно чаще отмечалось при артрите ($p=0,003$), слиянии узлов ($p=0,004$) и имело прямую связь с количеством подкожных узлов ($p=0,008$, $r=0,29$). По данным КТ органов грудной клетки, лимфаденопатия внутригрудных лимфатических узлов имела место у всех пациентов, при этом в 42% случаев определялось поражение ткани легкого по типу «матового стекла» (II стадия). Поражение суставов не зависело от рентгенологической стадии саркоидоза. 57% пациентов принимали нестероидные противовоспалительные препараты, 62% больных назначен гидроксихлорохин (600 мг/сут), в 50% случаев — глюкокортикоиды (ГК) в дозе 4–6 мг/сут. 37% больных принимали комбинированную терапию ГК с циклофосфаном (200 мг/нед) или метотрексатом (15 мг/нед). Суставной синдром в течение года практически полностью регрессировал. В единичных случаях (4%) сохранились артралгии в области голеностопных суставов.

Выводы/заключение

Таким образом, пациенты с СЛ требуют координации действий врачей различных специальностей. Задача ревматолога — вовремя заподозрить острую форму Ср на основании клинической картины заболевания с целью определения объема дальнейшего обследования и назначения адекватного лечения.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ УЗИ, КТ, РЕНТГЕНОГРАФИИ И МРТ ДЛЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОФУСНОЙ ПОДАГРЫ (ТОФУСЫ, ЭРОЗИВНОЕ ПОРАЖЕНИЕ, СИНОВИТЫ)

Елисеев М.С., Желябина О.В.,
Владимиров С.А., Чикина М.Н., Северинова М.В.,
Смирнов А.В., Кудинский Д.М., Мирвич О.В.

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

Введение/цель

Ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), рентгенография могут быть альтернативными методами выявления поражения суставов (тофусы, эрозивное поражение, синовиты) у пациентов с подагрой. Однако эффективность данных методов для динамической оценки состояния пациентов, получающих уратснижающую терапию, недостаточно изучена.

Цель — сравнение эффективности УЗИ, КТ, рентгенографии и МРТ для динамической оценки прогрессирования заболевания и ответа на лечение у пациентов, получающих уратснижающую терапию.

Материал и методы

Открытое проспективное исследование было проведено в период с 2013 по 2015 г. в НИИР им В.А. Насоновой. Было включено 22 больных подагрой, среди которых было 4 (15%) женщины и 18 (85%) мужчин (средний возраст — $54,5 \pm 12,7$ года). Критерии включения: кристалл-верифицированная тофусная подагра. Всем пациентам назначали аллопуринол, дозу которого подбирали путем титрования

со 100 мг/сут. Инструментальные исследования (УЗИ, МРТ, КТ и рентгенография коленных суставов) проводили исходно и через 1 год наблюдения. Сонографию коленных суставов выполняли всем пациентам ультразвуковым сканером с мультимодальными линейными датчиками с частотой от 7 до 17 МГц; МРТ проводили на аппарате Esaote Artrosan 0.25TI, КТ — на аппарате GE Light Speed, рентгенографию — на аппарате Stephanix.

Результаты/обсуждение

Средний сывороточный уровень мочевой кислоты (МК) уменьшился с 568 ± 115 до 302 ± 135 мкмоль/л. Целевого уровня МК <360 мкмоль/л достигли 20 (91%) пациентов, уровня МК <300 мкмоль/л — 11 (50%). Средняя доза аллопуринола составляла 400 [300; 600] мг/сут, 9 (45%) пациентов получали аллопуринол в дозе ≥ 600 мг/сут. Максимальная доза аллопуринола составила 800 мг/сут. Периапикальные тофусы исходно выявлены по данным УЗИ у 13 (59%) пациентов, по данным МРТ у 6 (28%), по данным КТ у 3 (14%) и при рентгенографии у 1 (5%), а через 1 год — соответственно у 9 (41%), 3 (14%), 2 (9%) и 1 (5%) пациента. Внутрикостные тофусы исходно были обнаружены только с помощью КТ и рентгенографии у 18 (81%) и 2 (9%) пациентов соответственно, через 1 год — у 17 (77%) и 3 (14%). Исходно эрозии выявлены у 19 (86%) пациентов по данным МРТ, у 11 (50%) по данным УЗИ, у 14 (65%) по данным КТ и при рентгенографии у 9 (41%), через 1 год они обнаружены соответственно у 14 (64%), 10 (45%), 12 (54%) и 8 (36%) пациентов. Исходно синовит был достоверно диагностирован по данным МРТ и УЗИ у 15 (68%) и 17 (77%), через 1 год — у 2 (9%) и 3 (14%) соответственно.

Выводы

Информативность УЗИ и МРТ для выявления эрозивного поражения, синовитов, подкожных тофусов оказалась сопоставимой. Для выявления эрозивного поражения более информативной является МРТ, а для мониторинга регрессии внутрикостных тофусов у пациентов, получающих уратснижающую терапию, — КТ. Рентгенография имеет низкую информативность в динамической оценке подагры.

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ У СТУДЕНТОВ МЕДАКАДЕМИИ

Еременко С.И., Погребная М.В.,

Куцына З.А., Федулова Е.А.

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, Благовещенск, Россия

Введение/цель

Синдром вегетативной дисфункции (СВД) нередко бывает проявлением синдрома соединительнотканной дисплазии у лиц молодого возраста.

Материал и методы

Изучены признаки вегетативных дисфункций у студентов Амурской государственной медицинской академии, их динамика в процессе обучения и на различных экзаменах. Проведено анкетирование 412 студентов в течение 6 семестров и 6 экзаменационных сессий. Использована анкета, разработанная во Всероссийском центре вегетативной патологии, с вопросами, ответы на которые позволили получить информацию об изменении окраски кожи при любом волнении, онемении и похолодании пальцев кистей и стоп, степени потливости; характере неприятных

ощущений в области сердца, различных дыхательных расстройствах, дисфункции органов желудочно-кишечного тракта, синкопальных состояниях, головных болях, степени работоспособности, нарушениях сна. Артериальное давление (АД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) измерялись дважды: перед анкетированием и после завершения исследования. Наличие 3–4 симптомов при отсутствии патологии внутренних органов расценивалось как проявление СВД.

Результаты/обсуждение

Исследования показали, что СВД в различные периоды учебного процесса колебался от 16,6 до 29,5%. Клинические проявления СВД по симпато-адреналовому типу выявлены в 35,3%, по ваго-инсулярному – в 20,6% и смешанному – в 44,1% случаев. Наибольший удельный вес имели такие церебральные симптомы, как головные боли, снижение умственной работоспособности. Их отметили 70,1% студентов с СВД. Жалобы невротического характера – общая слабость, утомляемость, повышенная раздражительность, дневная сонливость – были у 67,5% данного контингента, а кардиальные и гастро-энтеральные дисфункции отмечены каждым третьим студентом (37,9%). Установлено, что СВД в 75–80% случаев провоцируется экзаменационной ситуацией, а у 35% студентов эти нарушения сохраняются в течение всего учебного семестра. СВД достоверно чаще ($p < 0,01$) возникал у обследуемых в период летних сессий. Среди факторов, провоцирующих СВД, кроме экзаменационного стресса, выявлено нарушение режима труда и отдыха. СВД чаще регистрировался у студентов, совмещающих учебу с работой в ночное время.

Выводы/заключение

Своевременное выявление СВД позволит распознать нарушение функции нервной системы на уровне функциональных расстройств, преморбидного состояния; улучшить преемственность с врачами студенческих поликлиник, проводить своевременную коррекцию выявленных нарушений.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Еременко С.И., Погребная М.В.,
Фомина О.П., Пчельникова Т.А.

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, Благовещенск, Россия

Введение/цель

Неврологические проявления системных ревматических заболеваний (СРЗ) часто развиваются в сочетании с соматическими моно- или полисиндромными нарушениями. Период от первых симптомов до развернутой клинической картины СРЗ часто составляет месяцы и годы.

Материал и методы

Комплексно обследовано состояние нервной системы у 116 больных РЗ (системной красной волчанкой (СКВ), системной склеродермией, дерматомиозитом); 84 женщины, 32 мужчины.

Результаты/обсуждение

У больных СКВ в развернутую стадию на ревматическую принадлежность неврологической симптоматики указывала триада клинических признаков – кожных, суставных, неврологических. Труднее диагностировались моносиндромные неврологические нарушения в дебюте за-

болевания. На начальном этапе неврологические расстройства возникали спонтанно или под влиянием инсоляции, переохлаждения, стресса, характеризовались моносимптомными или моносиндромными проявлениями в виде тригеминальной сенсорной невропатии (парестезии, гипер- или гипестезии) или сенсорной полиневропатии. Наиболее часто диагностировались нервно-психические расстройства, обусловленные как тяжестью возникшего заболевания, так и социальным, общеобразовательным уровнем. Психические расстройства (39,5%) касались эмоциональной и познавательной сфер – аффективных и когнитивных проявлений. Аффективные нарушения (37,5%) были универсальны для всех форм СРЗ: характерно постоянно сниженное настроение («подавленность»). Часто развивалась ангедония – утрата чувства удовлетворения от всех видов деятельности, снижалась продуктивность; возникала пессимистическая оценка текущей обстановки и будущего, возможностей проводимого лечения, различные нарушения сна. Аффективные расстройства играли значительную роль в развитии хронической полиморфной, нередко нейропатической боли (34%). Нарушение когнитивных функций (31,2%) проявлялось снижением способности к концентрации внимания, выполнения счетных операций. Мнестические расстройства (21,4%) затрагивали кратковременную (оперативную) и, в меньшей степени, долговременную память. Выраженность «органически» обусловленных когнитивных расстройств постепенно нарастала после обострения заболевания. У больных СКВ и вторичным антифосфолипидным синдромом умеренные когнитивные расстройства отмечались при отсутствии очаговой неврологической симптоматики и нейровизуализирующих признаков церебрального поражения.

Выводы/заключение

Появление у пациентов молодого возраста чувствительных, зрительных и других неврологических нарушений должно насторожить врача-невролога, ревматолога в плане дебюта системного ревматического заболевания.

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У МУЖЧИН

Ершова О.Б., Сеницына О.С.,
Белова К.Ю., Ганерт О.А., Романова М.А.

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

Введение/цель

В ходе оценки распространенности переломов проксимального отдела бедренной кости (ППОБ) у жителей РФ в рамках многоцентрового исследования была выявлена следующая закономерность: в возрасте до 70 лет заболеваемость выше у мужчин, а ≥ 70 лет ППОБ преобладают у женщин. В большинстве стран этот показатель выше у женщин во всех возрастных группах. На основании этого было предпринято исследование по изучению факторов риска (ФР) развития ППОБ у мужчин.

Материал и методы

Проведено одномоментное исследование среди мужчин г. Ярославля 40–69 лет, в основную группу вошли все пациенты, получившие ППОБ с 01.09.2010 по 31.08.2011 г. ($n=128$), в контрольную – здоровые мужчины, отнесенные к первой группе здоровья и не имевшие переломов, а так-

же заболеваний и состояний, которые могли привести к вторичному остеопорозу (n=50).

Результаты/обсуждение

Определены ФР ППОБ: предшествующие переломы (ОШ 55,53; 95% ДИ (7,44–414,50), p=0,0001), в том числе переломы тел позвонков (ОШ 21,47; 95% ДИ (2,86–161,11), p=0,003), другие переломы (ОШ 8,02; 95% ДИ (1,04–61,77), p=0,045); систематическое употребление/злоупотребление алкоголем (ОШ 77,31; 95% ДИ (10,30–579,76), p=0,001), курение (ОШ 7,23; 95% ДИ (3,49–14,98), p=0,0001), тяжелый физический труд в 25–50 лет (ОШ 4,82; 95% ДИ (1,78–13,04), p=0,005), снижение физической активности в виде ходьбы 0,5–1 часа в день (ОШ 8,12; 95% ДИ (1,04–61,77), p=0,046), ходьба с тростью (ОШ 16,33; 95% ДИ (2,17–123,12), p=0,007), недостаточное потребление кальция (ОШ 2,64; 95% ДИ (1,32–5,31), p=0,006). Из различных заболеваний и состояний к достоверным ФР отнесены: падения в анамнезе (ОШ 36,58; 95% ДИ (4,89–273,43), p=0,0005), заболевания, повышающие риск падений (ОШ 13,72; 95% ДИ (1,81–103,82), p=0,01), в том числе головокружение (ОШ 16,33; 95% ДИ (2,16–123,44), p=0,0006) и нарушения зрения (ОШ 3,53; 95% ДИ (1,81–103,82), p=0,01), сердечно-сосудистые заболевания (ОШ 9,89; 95% ДИ (3,68–26,52), p=0,0001), в том числе артериальная гипертензия (ОШ 9,51; 95% ДИ (3,57–25,70), p=0,0001) и ИБС (ОШ 10,52; 95% ДИ (2,43–45,45), p=0,002).

Выводы/заключение

Таким образом, к основным ФР ППОБ у мужчин 40–69 лет относятся предшествующие переломы, систематическое употребление алкоголя, курение, тяжелый физический труд, снижение и нарушение функции ходьбы, низкое потребление кальция, наличие падений в анамнезе и заболеваний, повышающих их риск, а также сердечно-сосудистых заболеваний.

СУСТАВНОЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Жилонова А.Н., Ахмедова Н.К., Нормуродов Ж.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Существует точка зрения, что воспаление суставов, ассоциированное с хроническим гепатитом С, является самостоятельным ревматическим заболеванием (hepatitis C-related arthritis- HCVrA), которое чаще протекает как аутоиммунный рецидивирующий олигоартрит при криоглобулинемии, однако может возникать и без криоглобулинемии и быть неспецифическим проявлением хронического воспалительного процесса. Цель исследования – изучить клинико-биохимические особенности артрита, ассоциированного с инфекцией вируса гепатита С.

Материал и методы

Обследовано 15 больных вирусным гепатитом С с суставным синдромом (средний возраст 42,2±3,2). Диагноз хронического гепатита С верифицирован на основании исследования сыворотки крови на наличие анти-HCV иммуноферментным методом и RNA HCV в сыворотке крови методом ПЦР. Суставной синдром нами был расценен как реактивная артропатия, связанная с вирусной инфекцией.

Результаты/обсуждение

Наблюдались артралгии, незначительная припухлость, скованность в суставах. Артрит имел моноолигоар-

тикулярный характер с преимущественным поражением кисти, крупных суставов, иногда напоминал дебют РА. У 26,6% больных определялся ревматоидный фактор в сыворотке крови, антинуклеарные антитела выявлены у 1/3 больных. При длительном наблюдении на рентгенограммах не было выявлено деструктивных изменений. Анти-HCV выявлены у всех больных артритом вирусной этиологии. Фаза репликации с определением RNA HCV определена у 86,6% больных. У 26,6% больных гепатит С протекал латентно без клинико-лабораторных признаков.

Выводы/заключение

Ревматологические симптомы возникают часто у больных с HCV-инфекцией. Целесообразно проведение вирусологического обследования с определением HCV-инфекции у больных артритами неуточненной этиологии.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НПВП-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГАСТРОПАТИИ

Жилонова А.Н., Ахмедова Н.К., Нормуродов Ж.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Ранняя диагностика больных с гастродуоденальной патологией, индуцированной НПВП, при анкилозирующем спондилоартрите.

Материал и методы

Обследовано 40 больных анкилозирующим спондилоартритом (АС). Для сравнения клинико-инструментальных данных больных АС с гастродуоденальной патологией (ГДП) были обследованы 22 больных и 18 больных с ГДП без АС.

Результаты/обсуждение

Проведен сравнительный анализ частоты встречаемости диспепсических симптомов у больных АС с ГДП и ГДП без АС. В группе больных ГДП без АС в клинике достоверно чаще преобладал болевой синдром (61,2%). А в группе больных АС с ГДП – диспепсический синдром в виде изжоги (47,5%) и тошноты (35,9%). Развитие НПВП-гастропатий в 64,8% характерно для больных АС в возрасте до 35 лет (p<0,05), чаще встречался при центральной и ризомиелической форме АС (38,9 и 33,3% соответственно) с высокой степенью активности, при приеме двух и более НПВП (26,9%), особенно индометацина и диклофенака (34,3 и 26,9% соответственно), с длительностью лечения 6–10 лет и более 10 лет (40,7 и 38% соответственно). Наибольший процент НПВП-индуцированных ГДП у больных АС встречался при II и III степени активности воспалительного процесса, что составило 75,9 и 16,7% соответственно. Это может явиться причиной назначения нескольких групп НПВП в виде таблеток и внутримышечных инъекций или в виде свечей, более высоких доз НПВП, что и становится причиной более высокой частоты гастродуоденальной патологии.

Выводы/заключение

Сравнительный анализ клинического течения НПВП-индуцированной ГДП при АС и ГДП без АС показал, что для первой характерна скудность жалоб больных, преобладание диспепсического синдрома над болевым, что требует от практических врачей целенаправленного и активного расспроса и наблюдения. Чем больше степень активности воспалительного процесса, тем выше риск развития побочного действия НПВП, тем тяжелее протекает патологический процесс в ГДЗ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВЫЯВЛЯЕМЫХ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИНУКЛЕАРНЫХ АНТИТЕЛ

Жибрик О.А., Апанасович В.Г., Достанко Н.Ю.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Введение/цель

Системный склероз (СС) часто поражает людей трудоспособного возраста, вызывая высокий процент инвалидизации в этой массе населения. Поэтому важно в ранние сроки поставить точный диагноз и определить прогноз течения данного заболевания. Одним из основных критериев диагностики системного склероза является раннее обнаружение в крови анти-Scl-70 и антицентромерных антител. Цель — определить взаимосвязь между тяжестью клинических проявлений системного склероза и наличием специфических антинуклеарных антител.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ архивных данных 67 пациентов (60 женщин, средний возраст 49,8; 24–82, продолжительность заболевания 0–30 лет, медиана длительности — 4), находившихся на лечении в ревматологическом отделении 9 ГКБ с 2011 по 2015 г. Зарегистрированы клинические и инструментальные проявления системного склероза (особенности поражения кожи, сосудов, сердца, легких, пищевода и почек), а также лабораторные данные (выявление и уровень специфических антинуклеарных антител: анти-Scl-70 и антицентромерных антител, антител к ДНК, SS-A (Ro), SS-B (La) и некоторых других антинуклеарных антител, уровень гамма-глобулина и общего белка).

Результаты/обсуждение

Была выявлена статистически значимая взаимосвязь между уровнем Scl-70 и ХСН, аритмией, т.е. у пациентов с ХСН и аритмией чаще наблюдалось повышение уровня Scl-70. Наблюдалась отрицательная взаимосвязь между уровнем Scl-70 и телеангиоэктазий, т.е. для пациентов с телеангиоэктазиями не было характерно повышение уровня Scl-70. Отмечалась положительная взаимосвязь между поражением пищевода и наличием Scl-70. Была выявлена отрицательная взаимосвязь между наличием поражения кожи конечностей и выявлением антицентромерных антител. Анализ по ряду менее специфичных антител показал наличие положительной взаимосвязи между наличием La-антител и поражением кожи туловища, остеолитом конечных фаланг пальцев кистей и наличием диффузной формы СС, а также дигитальных язв. Отмечалась положительная взаимосвязь между выявлением отдельной фракции Ro-антител (Ro-52) и наличием пневмосклероза и легочной гипертензии.

Выводы/заключение

Повышение уровня Scl-70 было выявлено у 63% пациентов и ассоциировалось с более частым поражением сердца и пищевода (ХСН, аритмии, эзофагит) и более редким наличием телеангиоэктазий. Повышение уровня АЦ-АТ было отмечено у 12% пациентов и ассоциировалось с более редким поражением кожи конечностей. У всех пациентов с наличием Ro-52 наблюдался пневмосклероз и легочная гипертензия. Повышение уровня SS-B ассоциировалось с диффузной формой СС, наличием остеолита, дигитальными язвами и поражением кожи туловища.

ВЛИЯНИЕ ТРИГГЕРНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА УРОВНИ ЦИТОКИНОВ ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ

Журавлева М.О.

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

Введение/цель

В основе патогенеза реактивного артрита (РеА) лежит дисбаланс цитокинов. Важную роль в эрадикации инфекционных агентов играют провоспалительные цитокины. Цель — провести анализ концентраций ключевых про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови у больных РеА в зависимости от выявленных триггерных инфекций.

Материал и методы

Обследовано 150 больных РеА (44 мужчины и 106 женщин), средний возраст 39,7±12,3 года. У всех была обнаружена хламидийная инфекция, у половины она сочеталась с микоплазмами и уреоплазмами, у 2 — с иерсиниями. Определение концентраций ФНО α , ИФН γ , ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10 и ИЛ-4 проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа в сыворотке крови с использованием наборов реагентов ООО «Цитокин» (Россия). В качестве контроля использованы параметры 30 здоровых лиц.

Результаты/обсуждение

Установлено значимое ($p < 0,0001$) превышение концентрации ФНО α в сыворотке больных РеА ($28,86 \pm 0,28$ пг/мл) по сравнению со здоровыми лицами ($3,81 \pm 0,34$ пг/мл). Более высокими были концентрации ИЛ-8 и ИФН- γ у пациентов с РеА ($227,12 \pm 2,39$ и $67,28 \pm 0,64$ пг/мл), чем у здоровых ($25,34 \pm 3,84$ и $24,32 \pm 3,37$ пг/мл соответственно). Установлены высокозначимые ($p < 0,0001$) различия между концентрациями ИЛ-4 и ИЛ-10 у больных РеА ($9,84 \pm 0,46$ и $16,83 \pm 0,22$ пг/мл) и здоровых лиц ($3,35 \pm 0,34$ и $7,70 \pm 0,60$ пг/мл). При сочетанной инфекции содержание в крови ИФН- γ , ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10 и ИЛ-4 было достоверно ($p < 0,0001$) выше, чем при только хламидийной инфекции. Концентрации ФНО α при чистой и сочетанной инфекции практически не отличались ($27,86 \pm 0,39$ и $27,95 \pm 0,32$ пг/мл). Уровни ИФН γ и ИЛ-8 значимо увеличивались при сочетанной инфекции ($77,39 \pm 0,75$ и $252,452 \pm 2,51$ пг/мл), чем при хламидийной ($47,06 \pm 1,02$ и $218,02 \pm 1,6$ пг/мл соответственно). Содержание ИЛ-6 в крови снижалось по сравнению со здоровыми людьми достоверно более выражено при чистой инфекции ($9,17 \pm 0,64$), чем при сочетанной ($11,12 \pm 0,58$ пг/мл). Концентрация ИЛ-4 при только хламидийной инфекции не отличалась от таковой у здоровых ($3,27 \pm 0,79$ и $3,35 \pm 0,34$ пг/мл, $p < 0,5$), однако у больных РеА при сочетанной инфекции достоверно увеличивалась ($13,78 \pm 0,56$ пг/мл). Уровень ИЛ-10 значимо возрастал при присоединении микоплазменной и уреоплазменной инфекции, по сравнению с хламидийной ($21,06 \pm 0,29$ и $13,71 \pm 0,37$ пг/мл, $p < 0,0001$).

Выводы/заключение

При РеА установлено статистически высокозначимое превышение содержания в крови провоспалительных (ФНО α , ИФН γ , ИЛ-8) и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10), а также достоверное снижение уровня ИЛ-6 по сравнению со здоровыми лицами. Уровень всех цитокинов у больных РеА с сочетанной инфекцией значимо выше по сравнению с чисто хламидийной.

СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ ВРАЧАМИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

Журавлева М.О.

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

Введение/цель

Одной из актуальных проблем современной ревматологии является своевременная диагностика и лечение воспалительных заболеваний суставов. Среди болезней суставов идет рост заболеваемости и реактивными артритом (РеА). В 15–50% случаев наблюдается хроническое течение заболевания, которое нередко является причиной длительной нетрудоспособности пациентов. Чаще всего реактивным артритом страдают лица молодого и зрелого возраста, у которых он склонен к рецидивированию, хронизации и даже трансформации в более тяжелую патологию – ревматоидный артрит. Отсутствие общепринятых диагностических критериев, а также широкая распространенность клинически стертых форм заболевания представляют трудности в диагностике и требуют проведения различных лабораторных исследований, главным образом иммунологических. Цель – проанализировать динамику проявлений реактивного артрита в трудоспособном возрасте при проспективном наблюдении, своевременность и правильность постановки диагноза.

Материал и методы

Обследовано 156 пациентов 38,7±11,3 года в среднем (от 17 до 59 лет), имеющих симптомы спондилоартропатий, удовлетворяющие диагностическим критериям, принятым на III Международном совещании по РеА в Берлине в 1996 г.

Результаты/обсуждение

Большинство пациентов впервые обратились к участковому терапевту (47,5%), затем в порядке убывания к ревматологу (22,5%), к хирургу (20%), травматологу (5%), дерматологу (2,5%) и урологу (2,5%). Терапевты к ревматологу направляли в дальнейшем меньше половины пациентов. Детальный анализ их амбулаторных карт, выписок из стационара, результаты углубленного обследования позволили проанализировать изменение диагнозов, поставленных на амбулаторно-поликлиническом этапе. Половине больных РеА диагноз при первичном обращении был поставлен правильно. Среди ошибочных диагнозов на первом месте остеоартроз. Он поставлен 32,5% пациентов с РеА. Затем подагрический артрит (5%), травматическая патология (5%), ревматоидный артрит (2,5%), сосудистая патология (2,5%). До 35 лет РеА протекал с системными проявлениями, поэтому больные изначально не обращались к ревматологу.

Выводы/заключение

1. Трудности диагностики РеА связаны с отсутствием общепринятых диагностических критериев, а также с широкой распространенностью клинически стертых форм заболевания и наличием системных проявлений. 2. Врачей первичного звена надо более детально ориентировать на клинику и диагностику реактивных артритов. Больных с суставным синдромом рекомендовать консультировать с ревматологом. 3. Необходимо сделать более доступной ревматологическую помощь на амбулаторно-поликлиническом этапе.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ

Журавлева М.О., Коровина Е.В., Твердохлебова Е.Д.

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

Введение/цель

Цель – оценить клинико-экономическую эффективность антибиотикотерапии при реактивном артрите (РеА).

Материал и методы

В исследование включены 70 больных РеА (средний возраст 38,7±11,3 года). Пациентам 1-й группы (n=35) назначался азитромицин (сумамед) по 500 мг в течение 3 дней в неделю, курс лечения – 1 месяц, пациентам 2-й группы (n=35) – доксициклин по 100 мг 2 раза в день, курс лечения – 21 день. Кроме того, все больные получали нимесулид по 100 мг 2 раза в день, антимикотическую терапию (флуконазол 150 мг в неделю), местное лечение микромистином и долгит-кремом. Для оценки клинико-экономического показателя использовался индекс эффективности лечения, рассчитанный по относительной динамике клинических показателей. Фармакоэкономический анализ проводился с расчетом прямых медицинских затрат и по результатам показателя «затраты/эффективность», $CEA = DC/Ef$, где CEA – соотношение «затраты/эффективность», DC – прямые затраты на полный курс лечения, Ef – эффективность применения медицинской технологии, выраженная в виде использования коэффициентов ΔHAQ и ΔDAS .

Результаты/обсуждение

Прямые затраты на настоящий момент (03.2016) в 1-й группе составили 10 042 руб., во 2-й группе – 8724 руб. У половины пациентов 2-й группы элиминации инфекции не было, что потребовало повторного курса антибиотикотерапии, при этом прямые затраты увеличились на 9624 руб. В 1-й группе раньше наступала эрадикация инфекции и затраты на повторный курс были меньше (6416 руб.). Количество больных с нежелательными побочными эффектами преобладало у больных 2-й группы, что требовало дополнительных расходов на лечение в размере 2565 руб. Терапия побочных эффектов больным 1-й группы составила 1721 руб. На лечение больных 1-й группы потребовалось 18 179 руб., а 2-й – 20 913 руб. Показатель «затраты/эффективность» по оценке функциональных способностей пациентов с РеА составил у больных 1-й группы 24 566,21, 2-й группы – 26 141,25, а по эффективности воспалительной активности – 8043,8 и 11 065,07 соответственно. Расчет «минимизация затрат» равнялся 1318, в пользу использования азитромицина.

Выводы/заключение

Амбулаторная комплексная терапия РеА с применением азитромицина (сумамеда) имела большие прямые затраты, чем при назначении доксициклина, но в то же время легче переносилась, быстрее наступали клинико-лабораторная ремиссия и полное выздоровление. С позиции «затраты/эффективность» схема с использованием азитромицина (сумамеда) была более эффективна не только с терапевтической точки зрения, но и с экономической, что определяет целесообразность включения ее в комбинированное лечение РеА.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ
ЭТОРИКОКСИБА И МЕЛОКСИКАМА
В ЛЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА**

Заводовский Б.В., Сивордова Л.Е.,
Полякова Ю.В., Никитина Н.В., Ахвердян Ю.Р.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии»,
Волгоград, Россия

Введение/цель

Выбор лекарственного препарата для лечения ОА является важным фактором безопасности терапии. В определенных ситуациях некоторые нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) обладают клиническим преимуществом. Целью исследования было изучение клинической эффективности эторикоксиба и мелоксикама у пациентов с гонартрозом. Вторичные цели – оценка безопасности препаратов и частота нежелательных реакций.

Материал и методы

Обследовано 40 пациентов с первичным остеоартрозом (ОА) коленных суставов в возрасте от 37 до 75 лет. Оценка эффективности проводилась по индексу WOMAC по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Переносимость препарата оценивалась по мнению пациента и врача. Для изучения клинической эффективности НПВП пациентов разделили на две группы. 1-я группа (n=20) получала эторикоксиб 90 мг/сут, 2-я группа (n=20) – мелоксикам 15 мг/сут и омепразол 20 мг/сут. Группы обследованных пациентов по выраженности суставного синдрома, степени функциональной недостаточности суставов, активности воспалительного процесса, рентгенологической стадии и наличию сопутствующей патологии отличались друг от друга статистически не значимо (p>0,05).

Результаты/обсуждение

Препараты вызывали достоверное снижение индекса WOMAC, выраженность болевого синдрома по ВАШ, что способствовало повышению эффективности терапии. Однако по частоте развития полного положительного эффекта в группе эторикоксиба результаты были достоверно лучше, чем в группе мелоксикама. В обеих группах отмечалось по 1 пациенту (5%) с нежелательными реакциями на прием препарата в виде транзиторного повышения уровня аминотрансфераз, что в целом соответствует данным статистики. Повышение уровня трансаминаз было бессимптомным, имело кратковременный характер. Данные реакции купировались самостоятельно, не потребовали отмены препаратов. Оба препарата показали высокую противовоспалительную и анальгетическую активность, позитивное влияние на лабораторные признаки воспаления, но были выявлены различия по выраженности противовоспалительной, анальгетической активности, скорости развития обезболивающего эффекта мелоксикама и эторикоксиба в пользу последнего. Частота побочных эффектов при применении эторикоксиба достоверно не отличалась от группы мелоксикама.

Выводы/заключение

Эторикоксиб обладал более быстрым, выраженным обезболивающим и противовоспалительным эффектом. Анальгетический эффект эторикоксиба расширяет возможности оказания эффективной медицинской помощи пациентам с болевым синдромом при гонартрозе. Полученные данные подтверждают высокую эффективность и относительную безопасность лекарственной терапии, основанной на использовании эторикоксиба.

**КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ ANCA-
АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТОВ У ДЕТЕЙ**

Закиров М.М., Кондратьева И.В.,
Кондрыкинский Е.Л., Насташева Т.Л.,
Початкова Г.И., Хомарова Е.В.
БУЗ ВО «Воронежская областная детская
клиническая больница № 1», Воронеж, Россия

Введение/цель

ANCA-ассоциированные васкулиты относят к редким заболеваниям. В последние годы отмечена тенденция к увеличению данной патологии среди детей. Цель – изучить клиническую картину, течение ANCA-ассоциированных васкулитов у детей в зависимости от нозологических форм.

Материал и методы

С 2006 по 2016 г. в кардиоревматологическом отделении БУЗ ВО «ВОДКБ № 1» под наблюдением находилось 4 пациента с ANCA-ассоциированными васкулитами в возрасте от 14 до 16 лет (1 девочка и 3 мальчика). Длительность заболевания от 1,5 до 4 лет.

Результаты/обсуждение

У всех пациентов в дебюте заболевания наблюдалась лихорадка и поражения верхних дыхательных путей (гнойный ринит, синусит). Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) (ГПА) диагностирован у мальчика (локализованная форма: воспаление носа с перфорацией носовой перегородки и гранулематозным воспалением в стенках артерий, по данным биопсии) и у девочки (генерализованная форма: поражение верхних дыхательных путей, гортани, органов слуха, зрения, легких с образованием полостей, почек). Микроскопический полиангиит (МПА) – 2 пациента. Клиническими проявлениями у этих больных были поражение кожи, легких, почек с артериальной гипертензией и почечной недостаточностью. Повышение Anti-PR3 выявлено у 3 детей (ГПА-2, МПА-1), повышение Anti-MPO – у одного больного с МПА. Все пациенты получали преднизолон внутрь, пульс-терапию метилпреднизолоном и циклофосфаном. Одному больному с МПА через 5 мес от начала терапии, проводимой на фоне гемодиализа, в лечение (после проведения нефробиопсии) добавлен ритуксимаб. Ремиссия заболевания достигнута у двух мальчиков, которые на фоне ремиссии получали микофенолата мофетил. У одного больного с МПА и почечной недостаточностью – улучшение и отмена гемодиализа. Летальный исход через 1,5 года от начала лечения имел место у девочки с ГПА.

Выводы/заключение

Клиника ANCA-ассоциированных васкулитов у детей характеризуется полиорганностью поражения, что требует участия врачей различных специальностей в медицинском обеспечении больных.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Заславский И.Д.¹, Дробышев А.Ю.¹,
Дубинина Т.В.², Эрлес Ш.², Кузнецов А.Н.¹

¹Центр челюстно-лицевой реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия; ²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

В настоящее время в челюстно-лицевой хирургии активно развиваются и совершенствуются малоинвазивные хирургические методы лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС). Такие виды хирургического лечения, как артроскопия и артролаваж ВНЧС, являются малотравматичными и вследствие этого могут быть эффективными у пациентов с ревматической патологией. Цель — оценить эффективность малоинвазивных хирургических методов лечения ВНЧС у больных с ревматическими заболеваниями.

Материал и методы

В исследование было включено 64 пациента в возрасте от 18 до 65 лет с различной ревматической патологией и поражением ВНЧС. Из них с ревматоидным артритом (РА) — 43 (67,2%), псориатическим артритом (ПсА) — 11 (17,2%), системной красной волчанкой — 8 (12,5%) и анкилозирующим спондилитом (АС) — 2 (3,1%). До и через 14 дней, месяц и 6 мес после хирургического лечения оценивались следующие параметры: уровень боли в ВНЧС (ВАШ), величина открывания рта. Всем больным исходно и через 6 мес после лечения проводилось МРТ ВНЧС. Интерпретация результатов МРТ исследований ВНЧС производилась по наличию признаков патологических изменений в суставе, которые оценивались в баллах соответственно количеству имеющихся патологических признаков (от 0 до 8 баллов). До хирургического лечения всем пациентам в качестве подготовительного этапа был проведен курс лечения окклюзионно-стабилизирующим аппаратом. Хирургическое вмешательство включало артроскопию или артролаваж ВНЧС с последующим введением гиалуроновой кислоты.

Результаты/обсуждение

До начала лечения все больные имели тяжелое поражение ВНЧС по международной классификации Wilkes: III ст. — 62,5%, IV — 21,9%, V — 15,6%. Через 6 мес после хирургического лечения уровень боли в ВНЧС снизился в 9,8 раза (с 4,9 до 0,5). Открывание рта увеличилось в 2,3 раза (с 17,5 до 40,9 мм), достигнув у 96,7% пациентов нормы. При контрольном МРТ-исследовании ВНЧС через 6 мес после хирургического вмешательства количество признаков патологических изменений в суставах сократилось в 2,7 раза по сравнению с исходным уровнем. Наилучшие результаты были достигнуты у пациентов с РА и ПсА. Наименьшего результата удалось достичь в группе пациентов с АС.

Выводы/заключение

Малоинвазивные методы хирургического лечения ВНЧС (артроцентез с артролаважем и артроскопия) эффективны и наиболее целесообразны для лечения пациентов с РЗ и поражением ВНЧС.

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В СОВРЕМЕННОЙ КОГОРТЕ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Захарова А.Ю., Аманьева Л.П.,
Конева О.А., Старовойтова М.Н.,
Гордеев А.В., Десинова О.В., Овсянникова О.Б.

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

Введение/цель

В течение последних десятилетий существенно расширились представления о патогенезе системной склеродермии (ССД), разработаны новые классификационные критерии, расширился спектр препаратов, применяемых для ее лечения. Эти положительные сдвиги предполагают возможность изменения течения заболевания на современном этапе. Цель — изучить частоту основных поражений внутренних органов при ССД с использованием объективных методов обследования и сравнить ее с «исторической» когортой, обследованной около 40 лет назад.

Материал и методы

Обследовано 347 пациентов (89% — женщины) с достоверным диагнозом ССД (ACR/EULAR 2013), лечившихся в клинике НИИР им. В.А. Насоновой в 2011–2015 гг. Средний возраст больных — 50 лет [42; 59]. 35,4% больных с диффузной формой ССД, у 56,5% лимитированная, у 6,6% перекрестная форма. Поражение внутренних органов оценивалось на основании физикального осмотра, данных лабораторных и инструментальных (Эхо-КТ, рентгенография или КТ органов грудной клетки, ЭГДС, спирометрия, определение диффузионной способности легких) обследований. Оценка функции почек проводилась по формуле СКД-EPI.

Результаты/обсуждение

АНФ выявлен у 87,3% (303), антитела к Scl-70 — у 45,5% (161), АЦА — у 15,6% (54). Среди патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) наиболее часто отмечалась диастолическая дисфункция миокарда (37,7%, n=131), несколько реже регистрировались нарушения проводимости (30,5%, n=106), ритма (21,6%, n=75), адгезивный перикардит 23,9% (n=83), ↓ФВ<55% у 8,3% (n=29), ↑СДЛА более 40 мм. рт. ст. у 14,1%. Интерстициальные изменения легких выявлены у 74,6% (n=259), изолированное снижение DLCOc — у 49,8% (173), в то время как снижение дыхательных общих объемов выявлено лишь у 27% пациентов. Такое серьезное проявление ССД, как склеродермический почечный криз, отмечен у 2,3% (8) пациентов; хроническая склеродермическая нефропатия и субклиническая нефропатия (по рСКФ) отмечалась у 12 и 24% пациентов соответственно. В целом поражения внутренних органов встречались столь же часто, как и в исторической когорте, наблюдавшейся Н.Г. Гусевой (300 пациентов): почек — 38,2 и 39% соответственно, ЖКТ — 69,7 и 69%, легких — 74,6 и 79%. Распространенность же поражения ССС в нашей группе отмечалась в 66% (против 83%), что, вероятно, связано с иными подходами к диагностике заболеваний ССС.

Выводы/заключение

Частота вовлечения жизненно важных органов и систем при ССД на современном этапе существенно не изменилась, что предполагает возможность реализации всех рисков, связанных с заболеванием. Для того чтобы оценить изменения в течении и прогнозе ССД на современном этапе, нужны дальнейшие длительные наблюдения.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Зияева Ф.К., Джураева Э.Р., Ганиев Д.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Поражение сердечно-сосудистой системы (ССС) – одна из важных причин тяжести и смертности у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ), частота поражения сердца при СКВ чрезвычайно разнообразна и встречается у 54–73,3% пациентов. Цель – оценить состояние ССС по данным суточного мониторирования у больных СКВ.

Материал и методы

Исследовано 50 больных с достоверным диагнозом СКВ (диагностические критерии АРА, 1997). Возраст пациентов с СКВ варьировал от 16 до 57 лет (средний – $31,8 \pm 0,7$ года), длительность заболевания – от 1 до 132 мес. На момент исследования число пациентов со средней активностью заболевания составило 41%, низкой и высокой степенью активности было одинаково – по 29,5%. Состояние ССС оценивалось по результатам электрокардиографии (ЭКГ), ЭхоКС, суточного мониторирования ЭКГ.

Результаты/обсуждение

По данным суточного ЭКГ-мониторирования наджелудочковые нарушения ритма выявлены у 37 (74%) больных, желудочковые нарушения ритма – у 35 (70%), максимальная ЧСС > 130 уд./мин. наблюдалась у 40 (80%) больных, эпизоды депрессии ST – у 10 (20%) больных. По данным ЭКГ наджелудочковые нарушения ритма отмечались у 16 (32%) больных, желудочковые нарушения ритма – у 9 (18%), эпизоды депрессии ST не наблюдались.

Выводы/заключение

Таким образом, проведение Холтеровского мониторирования у больных СКВ помогает в диагностике сердечно-сосудистых поражений, а также позволит предотвратить возможные кардиоваскулярные осложнения и улучшить прогноз при данном заболевании.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОТИПА HLA-B5/51 В ДВУХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ

Измаилова Ф.И.¹, Кудавев М.Т.², Алекберова З.С.³

¹ГБУ «Республиканская клиническая больница им. Ш.Ш. Эпендиева», Грозный, Россия; ²ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия; ³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Болезнь Бехчета (ББ) – системный васкулит мелких и крупных сосудов венозного и артериального русла с мультиорганной патологией. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют в пользу того, что в генезе ББ генетические факторы играют более важную роль, чем внешнесредовые. Цель – оценить вклад HLA-B5/51 в экспрессию клинических проявлений и степень риска возникновения болезни Бехчета (ББ) в двух этнических группах.

Материал и методы

146 больных с ББ, соответствующих Международным критериям ICBD, были разделены по этническому

признаку на две группы. В 1-ю группу включены 86 пациентов из Дагестана (представители 8 этнических народностей этого региона), средний возраст составил $30,7 \pm 9,6$ года, длительность болезни – $8,8 \pm 10,1$ года. Во 2-ю группу вошли 60 русских пациентов, не проживающих на территории Дагестана, средний возраст – $32,9 \pm 11,1$ года, длительность заболевания – $11,2 \pm 10,1$ года. Все больные обследованы в ФГБУ НИИР им. В.А. Насоновой в период с 1990 по 2014 г. Типирование антигенов HLA класса I осуществляли микролимфоцитотоксическим методом с использованием набора антилейкоцитарных сывороток «Писанс».

Результаты/обсуждение

HLA-B5/51 выявлен у женщин (70 и 38% соответственно; $p < 0,01$). Язвы гениталий и узловатая эритема у HLA-B5/51 (+) дагестанцев выявлялись чаще (87,3 и 57%), чем у HLA B5/51 (–) (56,5 и 26%; $p = 0,0019$ и $p = 0,01$ соответственно). Достоверных различий по этим параметрам во 2-й группе в зависимости от наличия этой аллели не установлено. Риск развития узловатой эритемы у мужчин-дагестанцев, HLA-B5/51 (+), в 2 раза выше, чем у HLA-B5/51 (–) пациентов ($p = 0,054$). Риск возникновения язв гениталий и генерализованного увеита у женщин 1-й группы с HLA-B5/51 (+) был выше соответственно в 3,5 ($p = 0,057$) и в 2,7 раза по сравнению с HLA B5/51 (–). Частота HLA-B5/51 в 1-й группе – 73,2%, 2-й группе – 40%. Кроме того, в нашем исследовании носительство HLA-B5/51 выявлено преимущественно у пациентов мужского пола. Следовательно, наряду с этнической принадлежностью при анализе клинических ассоциаций с HLA-B5/51 должен учитываться пол больных.

Выводы/заключение

Наши данные подтвердили высокий риск развития язв гениталий и узловатой эритемы у носителей HLA-B5/51 в дагестанской когорте пациентов с ББ. При этом HLA-B5/51 выявлялся преимущественно у пациентов мужского пола. Таким образом, при анализе клинических ассоциаций с HLA-B5/51 при ББ следует учитывать не только этническую принадлежность, но и пол больных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГОЛИМУМАБА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Г. АЛМАТЫ

Исаева Б.Г., Дильманова Д.С.,

Габдулина Г.Х., Турдалин Н.Б.,

Есиркепова Г.С., Надинова А.А., Хайдарова Ю.М.,

Омарова К.С., Аташева А.А, Машкунова О.В.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Введение/цель

Оценка результатов терапии голимумабом у пациентов с тяжелыми системными проявлениями ревматоидного артрита (РА), рефрактерным к предшествующей терапии.

Материал и методы

В исследование включено 53 пациента (7 мужчин, 46 женщин) в возрасте от 22 до 64 лет (средний – 45,8). Длительность заболевания на момент начала терапии – от 5 до 10 лет – у 76,5%, более 10 лет – у 23,5% пациентов. У всех пациентов отмечалась поздняя стадия, преобладали III, IV (70,6%) рентгенологические стадии. Активность болезни по DAS28 составляла 6,29. Все пациенты до начала терапии получали глюкокортикостероиды (ГК) и синтетические базисные противовоспалительные препараты (БПВП)

(24% – 1 БПВП, 56% – 2 БПВП и 20% – 3 БПВП). Одним из БПВП был метотрексат (МТ) в дозе 15–25 мг/нед. 10 (18,9%) пациентам ранее проводилась терапия генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) (8 – 2 ГИБП, 1 – 3 ГИБП, 1 – 5 ГИБП). Голимумаб назначался согласно инструкции по 50 мг подкожно 1 раз в месяц в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Оценка эффективности по динамике DAS28 согласно рекомендациям ACR. Безопасность оценивалась по побочным проявлениям. Нежелательные реакции считались тяжелыми, если являлись причиной смерти или угрозой жизни и необходимости госпитализации. Обследование пациентов осуществлялось через 3, 6, 12 и 24 мес.

Результаты/обсуждение

В результате комбинированной терапии БПВП и голимумабом у 46 (86,8%) пациентов отмечалась положительная динамика, из них у 10 (18,8%) – ремиссия, у 6 (11,3%) – снижение эффекта к 24 мес терапии, у 1 (1,9%) – аллергия на препарат. В течение всего периода наблюдения серьезных нежелательных явлений не зарегистрировано.

Выводы/заключение

Терапия голимумабом в комплексе с БПВП обеспечивает выраженный устойчивый клинический эффект и ремиссию заболевания у пациентов с РА. Голимумаб обладает хорошим уровнем безопасности и эффективности у пациентов, рефрактерных к традиционной базисной терапии.

ВЛИЯНИЕ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Искандерова С.Дж.,

Маманазарова Д.К., Максудова М.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Ожирение является риск-фактором развития и прогрессирования остеоартроза (ОА). Цель – оценить влияние снижения массы тела на клинические проявления и качество жизни у женщин с гонартрозом (ГА) на фоне ожирения.

Материал/методы

В исследование включено 50 женщин с ГА, средний возраст $51,7 \pm 6,8$ года, длительность болезни $10,2 \pm 3,7$ года. Рентгенологически определялись II–III стадии по Kellgren–Laurence, ИМТ > 30 кг/м². Больные получали стандартную терапию ОА, находились на гипокалорийной диете и по возможности осуществляли физическую активность. Больные рандомизированы по программе лечения: 1-я группа (основная, n=25) для коррекции ИМТ принимала препарат орлистат (по 360 мг/сут) в течение 6 мес, 2-я группа (контрольная, n=25) орлистат не использовала. У больных оценивали антропометрические и биохимические данные (ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ, липиды и глюкоза крови), функциональные индексы ВАШ, WOMAC. Качество жизни оценивали по индексу EQ-5Д ежемесячно.

Результаты/обсуждение

Снижение ИМТ у больных основной группы составило $10,1 \pm 4,6\%$ (в контрольной группе – $1,1 \pm 0,4\%$), соответственно достоверно снизились показатели ОТ, ОБ, ОТ/ОБ, в контрольной группе изменений не произошло. Индекс тяжести ГА (Lequesne) достоверно снизился в основной группе ($\Delta_1 = -44,3\%$), в контрольной – изменения

были менее выраженными ($\Delta_2 = -5,7\%$), $p < 0,05$. Остальные параметры суставного синдрома – ВАШ, WOMAC – значительно улучшились у больных основной группы (Δ_1 по ВАШ = $-37,4\%$, Δ_2 по ВАШ = $-14,5\%$), параметры WOMAC (выраженность боли, суммарный индекс боли) в большей мере уменьшились по сравнению с больными группы контроля ($\Delta_1 = -52,1\%$, $\Delta_2 = -20,2\%$, $p < 0,05$ по выраженности боли; $\Delta_1 = -50,1\%$, $\Delta_2 = -19,3\%$, $p < 0,05$ по индексу боли). Значимых изменений со стороны липидного спектра крови (ОХ, ЛПВП, ЛПНП, ТГ) в обеих группах не было. У больных основной группы отмечено улучшение качества жизни по EQ-5Д ($0,24 \pm 0,08$) по сравнению с больными, сохранившими избыточную массу тела (EQ-5Д=0), $p < 0,05$.

Выводы/заключение

На фоне терапии ожирения у больных гонартрозом и применения стандартной терапии ОА снижение массы тела на 10,1% привело к значительному клиническому улучшению: уменьшению индексов боли и улучшению функционального состояния коленных суставов, повышению качества жизни по опроснику EQ-5Д. При отсутствии динамики ИМТ клиническое состояние больных ОА контролировалось лишь нестероидными противовоспалительными средствами.

ФОРМИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ

Кабалык М.А.

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

Введение/цель

Остеоартрит (ОА) принято рассматривать как коморбидное заболевание, при котором имеются ассоциированные состояния, взаимноотягощающие течение друг друга. Наибольшее внимание в этом плане привлекают заболевания сердечно-сосудистой системы (ССЗ), которые широко распространены и объединены кардиоваскулярным континуумом. Цель исследования – оценка коморбидного статуса больных поздними стадиями ОА, определение взаимосвязи между ССЗ и прогрессированием ОА.

Материал и методы

В исследование были включены 236 больных (средний возраст – $68,24 \pm 6,94$ года) с ОА III–IV стадий по Kellgren. Для оценки коморбидности больные ОА были разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 45 пациентов с «низкой» коморбидностью, у которых наблюдалось наличие только гипертонической болезни. В группу с «умеренной» коморбидностью включены 144 больных, имевших сочетание двух и более ССЗ. В этой группе чаще наблюдали сочетание хронической ишемической болезни сердца (ИБС) гипертонической болезни (ГБ). В группу с «высокой» коморбидностью включены 24 пациента, перенесших инфаркт миокарда. Отдельно выделили группу «метаболического фенотипа» – 27 человек.

Результаты/обсуждение

У всех пациентов, включенных в исследование, имела место коморбидность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Наиболее часто у пациентов с коморбидным статусом на поздних стадиях ОА отмечалось сочетание двух ССЗ. При этом «низкая», «высокая» коморбидности и метаболический фенотип встречались с одинаковой частотой. В 59,3% случаев наблюдали сочетание гипертонической болезни и ИБС. Перенесенный ранее инфаркт мио-

карда наблюдали у 8,5% пациентов. В 60% случаев – ранний дебют ССЗ. Наибольшее число больных с ранним дебютом наблюдалось в группе больных с метаболическим фенотипом ОА. Больные ОА с сочетанием двух ССЗ были статистически значимо старше пациентов из других групп. Лица с ранним дебютом ССЗ статистически значимо раньше имели «поздний» ОА. У всех пациентов ССЗ дебютировало на 5 лет раньше клинического манифеста ОА.

Выводы/заключение

Наши данные указывают на роль ССЗ в развитии и прогрессировании ОА, о чем свидетельствует хронологическая последовательность «ССЗ–ОА», которая наблюдалась у подавляющего большинства больных ОА. Можно предположить, что тяжелое течение и раннее начало ССЗ способствуют быстрому прогрессированию ОА.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СУБХОНДРАЛЬНОЙ КОСТИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ

Кабалык М.А.

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

Введение/цель

Ключевым фигурантом патогенеза остеоартрита (ОА) является субхондральная кость (СХК), которая играет значимую роль в трофических процессах суставного хряща и способна участвовать в реализации кардиоваскулярных взаимодействий через сосудисто-эндотелиальную связь. Несмотря на значительные успехи в изучении ОА, в настоящее время существует острый дефицит в методах идентификации ремоделирования СХК при ОА. Учитывая эти обстоятельства, нами были разработаны основы и принципы идентификации текстурных и фрактальных маркеров ОА, которые способны отражать как клинические, так и рентгенологические аспекты ОА. Целью данного исследования явилась характеристика фрактальной и текстурной вариабельности субхондральной кости при остеоартрите с сердечно-сосудистой коморбидностью.

Материал и методы

В исследование включено 92 больных ОА коленных суставов (КС) I–IV стадий по Kellgren (78 женщин и 14 мужчин) в возрасте $66,1 \pm 10,5$ года. Все пациенты имели боль в коленных суставах, интенсивность которой была не менее 20 мм по цифровой шкале боли. В группу сравнения были включены 24 (16 женщин и 8 мужчин) добровольца в возрасте $29,6 \pm 5,96$ года без ОА. Для оценки коморбидности больные ОА были разделены на 3 группы – «низкой», «умеренной» и «высокой» коморбидности. Для оценки рентгенологических симптомов гонартроза выполнялась стандартная рентгенография КС по общепринятой методике. На цифровых рентгенограммах определяли фрактальный размер (Db), инвариантность текстуры (Sl). Изучение текстурных признаков изображения суставной щели проводили с использованием аналитического протокола GLCM. Получали показатели второго углового момента (ASM), обратного момента разностей (IDM), энтропии (E).

Результаты/обсуждение

Наличие рентгенологических признаков ОА прямо коррелировало с уровнем коморбидности ($p=0,0000001$).

Стадия ОА также имела прямую связь с уровнем коморбидности ($p=0,003$). Фрактальный размер СХК (Db) был статистически значимо выше в группе ОА ($p=0,003$). Sl была достоверно ниже у больных ОА ($p=0,006$). ADM СХК был ниже при ОА ($p=0,0000001$), а E, напротив, возрастала ($p=0,0000001$). IDM был статистически значимо ниже у больных ОА. У пациентов с высокой коморбидностью наблюдалось снижение однородности СХК ($p=0,01$), в то время как максимальным данным показатель был в группе больных с метаболическим фенотипом ОА ($p=0,03$).

Выводы/заключение

Результаты данной работы подтверждают концепцию того, что ОА является коморбидным заболеванием. Изменение субхондральной кости происходит закономерно не только в рамках рентгенологического прогрессирования, но и в тесной взаимосвязи с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКОВ ТЕПЛООВОГО ШОКА В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТЕОАРТРИТА

Кабалык М.А., Коровко Ю.В., Кашперов А.А., Сунайкин А.Б.

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

Введение/цель

HSPs выполняют разнообразные функции, выступая участниками патогенеза целого ряда заболеваний. Однако в патогенезе остеоартрита (ОА) данные молекулы остаются малоизученными. Цель исследования – установить особенности изменений уровней HSPs, хемокинов и маркера деградации коллагена в крови больных ОА в зависимости от стадии заболевания.

Материал и методы

В условиях ревматологического кабинета Владивостокской поликлиники № 3 было обследовано 99 пациентов с ОА коленных суставов. В этой группе было 87 (88%) женщин и 12 (12%) мужчин в возрасте $66,7 \pm 7,9$ года и длительностью заболевания от 1 до 18 лет ($5,9 \pm 4,0$ года). В качестве контрольной группы в исследование были включены 21 практически здоровая женщина и 9 мужчин в возрасте $59,6 \pm 8,3$ года. Для определения концентраций искомым молекул в крови использовали иммуноферментный анализ.

Результаты/обсуждение

Уровни HSP27, HSP70, их соотношение и CRTAP были статистически значимо ниже, чем в контрольной группе. Уровни фактора TNF- α и CXCL17, наоборот, значимо превышали показатели контрольной группы. У больных ОА HSP70 продемонстрировал обратную корреляционную связь с уровнем CRTAP и TNF- α . CRTAP статистически значимо коррелировал с TNF- α . TNF- α имел прямую связь с CXCL17. Уровень хрящ-ассоциированного протеина был достоверно выше в группе больных с длительностью заболевания 10 и более лет по сравнению с больными, у которых анамнез ОА составлял 5–9 лет и не отличался от пациентов с продолжительностью ОА 1–4 года. CXCL17 статистически значимо снижался по мере увеличения продолжительности заболевания ($p < 0,05$). В группе пациентов с давностью ОА 1–4 года длительность заболевания имела прямую значимую корреляционную связь с уровнем CRTAP и TNF- α . При давности анамнеза 5–9 лет наблюдалась достоверная прямая связь продолжитель-

ности ОА с CRTAP и CXCL17. У заболевших 10 и более лет назад длительность болезни прямо коррелировала с CRTAP, TNF- α и CXCL17.

Выводы/заключение

Участие HSPs в патогенезе ОА представляется сложным и многоуровневым процессом. Сложность определяется множественными функциями HSPs во внутриклеточных и внеклеточных коммуникациях, специфичностью HSPs в отношении выполняемых функций. Можно предположить, что под влиянием внешних факторов риска, HSP70 выступает в качестве адьюванта иммунологической реакции с участием CXCL17. Гипертрофированные хондроциты и остеобласты на II и III стадиях ОА восстанавливают возможность активировать пролил-3-гидроксилазу через CRTAP, обеспечивая межклеточный матрикс неполноценными грубоволокнистыми фибриллярными белками, приводя в конечном итоге к ремоделированию субхондральной кости и деградации суставного хряща.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАЦЕРЕИНА (ОРЦЕРИНА) У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Касимова М.Б.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) – одно из самых распространенных заболеваний суставов. Поздняя диагностика и недостаточно эффективное лечение приводят к снижению качества жизни, росту временной нетрудоспособности и ранней инвалидизации больных трудоспособного возраста. Актуально изучение методов его терапии. Цель исследования – оценить эффективность диацереина (орцерина) у больных ОА различной локализации.

Материал и методы

Обследованы 26 больных ОА, среди которых 18 с коксартрозом, 8 – с гонартрозом. Длительность заболевания варьировала от 2 до 10 лет (средняя длительность). Рентгенологическая стадия по Kellegren-Lawrence у пациентов с коксартрозом: II ст. – у 10 (56%), III ст. – у 8 (44%); у пациентов с гонартрозом – II ст. (100%). Средний возраст у пациентов с коксартрозом – 61,3 года, гонартрозом – 65,6 года. У пациентов с коксартрозом: женщин – 11 (61%), мужчин – 7 (39%); с гонартрозом: женщин – 6 (75%), мужчин – 2 (25%). Всем пациентам был назначен диацереин (орцерин) по 1 капсуле 2 раза в день в течение 4 мес. Эффективность препарата определяли по индексу WOMAC. Оценивалась частота побочных эффектов.

Результаты/обсуждение

На фоне применения препарата уменьшилась выраженность болей, скованности и функциональной недостаточности. На 2-м мес лечения боль снизилась на 12,9%, а через 4 мес лечения – на 34,9%. Скованность через 2 мес уменьшилась на 15,2%, а через 4 мес – на 28,3%. Функциональная способность улучшилась через 2 мес на 16,1%, на 4-м мес – на 31,1%. Изменения носили статистически значимый характер. Побочные эффекты были зарегистрированы у 2 пациентов – боли в животе. После назначения омега-3 боли купированы, отмены препарата не потребовалось.

Выводы/заключение

Хорошая переносимость препарата диацереина (в том числе при длительном применении), анальгетический и противовоспалительный эффекты приводят

к уменьшению болевого синдрома у пациентов с гонартрозом и улучшению качества жизни.

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Касимова М.Б.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Остеопороз (ОП) занимает важное место среди осложнений ревматических заболеваний. Хроническое воспаление при анкилозирующем спондилите (АС) играет важную роль в развитии вторичного ОП и способствует возникновению остеопоротических переломов, ухудшающих качество жизни и прогноз заболевания. Цель исследования – оценка минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у больных АС.

Результаты/обсуждение

Результат денситометрии учитывался по наименьшему значению Т-критерия в пяточной кости. При проведении УЗ-денситометрии выявлено статистически достоверное снижение МПКТ. У всех пациентов с АС, независимо от степени активности воспаления, имели место достоверно более низкие показатели Т-критерия, чем показатели контрольной группы. При сравнительном анализе установлено, что по мере нарастания степени активности денситометрические показатели снижаются. Так, средние значения Т-критерия у больных с III степенью активности были достоверно ниже, чем у больных с I и II степенями. В зависимости от рентгенологической стадии установлено достоверное снижение денситометрических показателей по мере прогрессирования сакроилеита. Так, у пациентов с I стадией АС Т-критерий составил $2,16 \pm 0,11$ SD, в то время как при IV стадии АС Т-критерий равнялся $2,69 \pm 0,13$ SD ($p=0,05$). У больных с III степенью ФНС отмечено достоверное снижение денситометрических показателей по сравнению с показателями контрольной группы. Нарастание ФНС сопровождалось достоверным снижением средних значений Т-критерия. В группе пациентов с длительностью заболевания более 10 лет лица с нормальными показателями МПКТ отсутствовали.

Выводы/заключение

ОП развивается в большинстве случаев АС. Низкая МПКТ у больных АС ассоциируется с длительностью, активностью болезни, рентгенологической стадией, ФНС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХОНДРОГАРДОМ И ДИАЦЕРЕИНОМ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Касимова М.Б., Зияева Ф.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) занимает одно из первых мест среди причин, приводящих к инвалидности, несмотря на использование новых методов медикаментозной терапии. Оценка эффективности препаратов, замедляющих прогрессирование заболевания, имеет значение для определения структурно-модифицирующей терапии. Цель исследования – оценка эффективности терапии хондрогадром (хондроитин сульфат) и диацереином (орцерин) в сравнении с монотерапией хондрогадромом.

Материал и методы

Обследовано 56 больных ОА в возрасте $53,5 \pm 6,8$ года, среди которых все пациенты при определении индекса активности ОА по шкале Leguesne были отнесены к тяжелому. Степени выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ достоверно не отличались друг от друга и составили $8,3 \pm 0,8$ и $8,1 \pm 0,7$. 1-й группе пациентов (30 больных) назначали терапию препаратом хондрогад парентерально по 2,0 мл № 20. 2-й группе пациентов (26 больных) дополнительно назначался диацереин по 50 мг 2 раза/сут в течение 3 мес. Сравнительная эффективность схем лечения оценивалась по шкалам Leguesne, ВАШ через 1 и 3 мес после лечения.

Результаты/обсуждение

У пациентов 2-й группы эффективность терапии была выше, чем в 1-й группе. Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ через 1 мес в 1-й группе составила $5,3 \pm 0,6$, через 3 мес – $4,2 \pm 0,7$; во 2-й группе $4,6 \pm 0,6$ и $2,3 \pm 0,8$ соответственно. Во 2-й группе пациентов регресс отечности пораженных суставов, болезненности в покое и при ходьбе были отмечены на 2 нед раньше, чем у пациентов 1-й группы.

Выводы/заключение

Комбинированная терапия хондрогадом и диацереином приводит к достоверно более быстрому и эффективному регрессу болевого синдрома и признаков воспаления при ОА, чем монотерапия хондрогадом.

**ВЛИЯНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ
ПРЕПАРАТОВ ЗАМЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ
НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА
КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ
С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ДО ПЯТИ ЛЕТ ПРИ ПЯТИЛЕТНЕМ
ПРОСПЕКТИВНОМ НАБЛЮДЕНИИ**

Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Алексеева Л.И.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Оценить влияние симптоматических препаратов замедленного действия ХС + ГГ на прогрессирование ОА коленных суставов (КС) у больных с длительностью заболевания до 5 лет за пятилетний период наблюдения.

Материал и методы

В исследование включены 52 женщины с первичным ОА КС с длительностью заболевания до 5 лет (средний возраст $59,11 \pm 8,95$ года). На каждую больную заполнялась индивидуальная тематическая карта. Всем проводились рентгенография коленных суставов, денситометрия субхондральных отделов бедренной и большеберцовой костей, УЗИ и МРТ КС. Из 52 больных у 22 (42,3%) была 1 стадия заболевания, у 24 (46,2%) – 2 стадия, у 6 (11,5%) – 3 стадия. Комбинированную терапию ХС и ГГ более 6 мес в году в течение 5 лет получал 31 пациент (60%). Прогрессирование ОА оценивалось по изменению рентгенологической стадии.

Результаты/обсуждение

За 5 лет наблюдения прогрессирование ОА КС (увеличение стадии) было у 14 больных (1-я группа – с прогрессированием), у 38 – стадия осталась прежняя (2-я группа – без прогрессирования). Пациенты 1-й и 2-й групп были сопоставимы по возрасту и длительности заболевания, однако у больных 1-й группы отмечалась бо-

лее интенсивная боль в КС при ходьбе ($60,36 \pm 18,33$ против $48,71 \pm 17,81$ мм, $p=0,043$) и более высокий ИМТ ($34,45 \pm 4,60$ против $28,92 \pm 4,92$ кг/м², $p=0,001$), на УЗИ чаще определялся синовит (57,1% против 18,4%, OR=5,9, 95% ДИ 1,55–22,53, $p=0,009$), при МРТ – отек костного мозга (ОКМ) в медиальных отделах большеберцовой кости (64,3% против 13,2%, $p=0,0006$), при денситометрии – более высокие значения минеральной плотности кости (МПК) в области медиального мышелка большеберцовой кости (0,95 (0,85–1,24) против 0,75 (0,65–0,82) г/см², $p=0,001$) по сравнению с больными без прогрессирования ОА. Через 5 лет достоверные различия между группами сохранились. Большинство пациентов из 2-й группы (68,4%) принимали терапию ХС и ГГ более 6 мес в году в течение 5 лет, а в 1-й группе – только 35,7% (OR=4,3, 95% ДИ 1,1–16,3, $p=0,03$). В дискриминантном анализе было установлено, что прием ХС и ГГ более 6 мес в году в течение 5 лет является предиктором, снижающим риск прогрессирования заболевания, а синовит, ОКМ, высокие значения МПК в медиальном мышелке большеберцовой кости – факторами риска прогрессирования ОА коленных суставов.

Выводы/заключение

Прием ХС и ГГ более 6 мес в году на протяжении 5 лет – фактор, замедляющий более чем в 4 раза шанс прогрессирования ОА КС у больных с длительностью заболевания до 5 лет. Синовит, ОКМ и высоких значений МПК в медиальном мышелке большеберцовой кости, напротив, обуславливают прогрессирование заболевания у данных пациентов.

**УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6
В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ
НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Клементьева В.И., Чернышева Т.В., Сарычева Ю.А.
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Оренбург, Россия

Введение/цель

Цель исследования – провести анализ концентрации интерлейкина-6 (IL-6) в крови больных остеоартрозом коленных суставов.

Материал и методы

В исследование было включено 78 пациентов с гонартрозом (ГОА) I и II рентгенологических (Rg) стадий в возрасте ($M \pm \sigma$) – $54,68 \pm 13,97$ года. Соотношение мужчин и женщин – 1:4,7. Средняя продолжительность суставного синдрома ($M \pm \sigma$) – $5,37 \pm 3,92$ года. Всем больным проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Ультразвуковое исследование (УЗИ) коленных суставов проводилось на аппарате Toshiba Nemio SSA-580 А линейным датчиком 7,5 МГц. Уровень IL-6 в крови определялся при помощи иммунохемилюминесцентного автоматического анализатора (Cobas 6000 (601)). Также оценивались в крови С-реактивный белок, СОЭ и ревматоидный фактор.

Результаты/обсуждение

У всех обследованных больных ГОА по данным УЗИ имелись признаки синовита, у 58,9% – явления периаартрита. Уровень IL-6 у больных ГОА в среднем составил $6,93 \pm 6,75$ пг/мл. Несмотря на то, что не получено превышения показателей относительно нормы, тем не менее выявлена корреляционная зависимость между объемом со-

держимого в заворотах и уровнем IL-6 (коэффициент корреляции ($r=0,74$), СОЭ ($r=0,76$). Также имелась взаимосвязь между уровнем IL-6 в крови и наличием остеофитов на рентгенограммах ($r=0,91$).

Выводы/заключение

У больных на ранних стадиях гонартроза имеется зависимость между уровнем в крови IL-6 и выраженностью воспалительных, деструктивных изменений в суставах.

ПОКАЗАТЕЛИ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ КОСТНОЙ ТКАНИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ОСТЕОАРТРОЗА

Клементьева В.И., Чернышева Т.В., Сиротина Г.В.

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

Введение/цель

Цель исследования – определение взаимосвязи изменений в костной ткани и маркеров костного ремоделирования при начальных стадиях гонартроза (ГОА).

Материал и методы

В исследование было включено 78 пациентов с ГОА I и II рентгенологических (Rg) стадий в возрасте ($M \pm \sigma$) $54,68 \pm 13,97$ лет. Соотношение мужчин и женщин – 1:4,7. Средняя продолжительность суставного синдрома ($M \pm \sigma$) – $5,37 \pm 3,92$ года. Всем больным проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Уровни остеокальцин и b-CrossLaps определялись при помощи иммунохемилюминисцентного автоматического анализатора (Cobas 411 (E)). Из исследования были исключены пациенты с вторичным гонартрозом, сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями, с заболеваниями паразитовидных желез, остеопорозом, с наличием в анамнезе приема препаратов с симптом-модифицирующим действием и антиостеопоротических средств, системным приемом глюкокортикоидов и приемом препаратов, которые влияют на плотность костной ткани.

Результаты/обсуждение

Содержание остеокальцина у обследованных больных составило $25,90 \pm 10,47$ нг/мл; уровень b-Crosslaps $0,33 \pm 0,18$ нг/мл. Несмотря на то, что не получено превышения показателей относительно нормы, тем не менее была выявлена корреляционная зависимость между Rg стадией ОА и уровнем b-Crosslaps (коэффициент корреляции ($r=0,75$), наличием остеофитов и уровнем b-Crosslaps ($r=0,79$), содержанием остеокальцина и наличием субхондрального склероза в бедренной ($r=0,68$) и большеберцовой кости ($r=0,81$). Содержание остеокальцина находилось в прямой корреляционной зависимости с уровнем b-Crosslaps ($r=0,68$).

Выводы/заключение

На ранних стадиях остеоартроза имеется взаимосвязь повышения показателей маркера разрушения костной ткани и формирования остеофитов, маркера образования костной ткани и развития субхондрального склероза при наличии равновесия показателей процессов ремоделирования.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ У КЫРГЫЗСКИХ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Койлубаева Г.М., Асеева Е.А.,

Соловьев С.К., Решетняк Т.М., Насонов Е.Л., Джумагулова А.С., Каримова Э.Р., Джайлобаева К.А., Джетыбаева М.К., Джумакадырова А.Ж.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Введение/цель

Оценить качество жизни больных СКВ проспективного наблюдения с использованием опросников SF-36, LupusQoI, HADS, FACIT.

Материал и методы

Обследовано 50 больных проспективного наблюдения, пролеченных в клинике НЦКТ с января 2012 по август 2016 г., с достоверным диагнозом СКВ, в возрасте 27 лет (медиана – 27 [23; 36]), с длительностью заболевания около 1 года (медиана – 1 [0,3; 3,0]), из них 45 женщин и 5 мужчин. Всем больным проводилось общепринятое клиническое, лабораторное и инструментальное обследование с использованием стандартных методов оценки активности заболевания (индекс SLEDAI 2K) и индекса повреждения (ИП) SLICC/ASR. Вариант дебюта заболевания верифицировался по В.А. Насоновой (1972 г.): острый, подострый или хронический. Качество жизни, связанное со здоровьем у кыргызских пациентов, исследовано с применением опросников SF-36, LupusQoI, HADS, FACIT.

Результаты/обсуждение

В дебюте заболевания преобладало поражение кожи – 50 (100%), серозных оболочек – 41 (82%) и почек – 30 (60%). Половина пациентов были с острым вариантом течения – 26 (52%), с преобладанием высокой активности – 30 (60%). По опроснику SF-36 в 1-ю точку наблюдения низкие показатели КЖ были выявлены по шкалам «ролевого физического и эмоционального функционирования», а также «физического функционирования» ($22,16 \pm 7,5$; $25,0 \pm 10,0$ и $24,02 \pm 22,59$ балла соответственно), показатели которых достоверно улучшились через 3 года динамического наблюдения по всем шкалам, кроме шкалы «жизнеспособность», показатели которой достоверно снизились с 85 до 35 баллов ($p < 0,001$). Оценка КЖ кыргызских пациентов с СКВ по специфическому опроснику Lupus-QoI выявила низкие показатели по всем шкалам, кроме шкалы «интимных отношений», показатели которой не улучшились через 3 года динамического наблюдения ($p=0,07$). Состояние депрессии и тревоги по опроснику HADS значительно улучшилось в конечную точку наблюдения (от 3,5 до 7,5 балла, $p < 0,001$), в том числе показатели утомляемости по опроснику FACIT (от 11,5 до 36 баллов, $p < 0,001$).

Выводы/заключение

У кыргызских пациентов с СКВ наблюдается низкое качество жизни, связанное со здоровьем по шкалам «ролевого физического и эмоционального функционирования» и «физического функционирования». Через 3 года динамического наблюдения отмечено достоверное улучшение КЖ по всем шкалам, кроме шкалы «жизнеспособность», что свидетельствует о снижении жизненной активности наблюдаемых больных.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

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

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

Введение/цель

Системные заболевания соединительной ткани и заболевания пародонта тесно взаимосвязаны. Цель — оценить состояние тканей пародонта у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в зависимости от особенностей течения заболевания и проводимой терапии.

Материал и методы

В исследование включено 87 больных, серопозитивных по РФ (средний возраст $41,71 \pm 0,84$ года, 69 (79,3%) женщин и 18 (20,7%) мужчин, с длительностью заболевания не менее 2 лет (в среднем $7,19 \pm 0,69$ года), без патологии слюнных желез. Контрольную группу составили 42 человека без соматической патологии. Для оценки распространенности воспалительного процесса в области десны применяли папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА); степень поражения тканей пародонта оценивали с помощью пародонтального индекса (ПИ); подвижность зубов — с помощью стоматологического пинцета по шкале Miller в модификации Fleszar (1980). Ортопантомографию проводили на аппарате Orthophos 3 («Sirona», Германия).

Результаты/обсуждение

У 100% больных РА выявлен хронический генерализованный пародонтит. В группе больных РА индекс РМА превышал показатель контрольной группы ($62,96 \pm 3,29$ по сравнению с $34,25 \pm 4,61$, $p < 0,05$), между СРП и ПИ ($r = 0,42$, $p < 0,05$), что дает основание предполагать участие воспалительных процессов в патогенезе повреждения тканей пародонта. Установлена корреляционная связь между уровнем Anti-МСV в сыворотке крови и ПИ ($r = 0,40$, $p < 0,05$). При сравнительной оценке РМА и ПИ в подгруппах больных РА, получавших базисную терапию метотрексатом (56 человек) и глюкокортикостероидами (24 человека), статистически значимых различий не получено ($p > 0,05$).

Выводы/заключение

Для больных РА характерно развитие хронического генерализованного пародонтита, преимущественно средней и тяжелой степени, тяжесть которого нарастает по мере увеличения воспалительной активности основного заболевания, что требует участия врача-стоматолога в диспансерном наблюдении за пациентами.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

Колотова Г.Б.^{1,2}, Кузнецова Н.А.¹

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

Введение/цель

Оценить влияние психологических особенностей пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) (алекситимия) на приверженность к лечению.

Материал и методы

Основную группу составили 90 пациентов с АС (77,8%) мужчин, 20 (22,2%) женщин), с медианой (Ме; 25–75%), средний возраст — 43 (34; 48) года (мужчины — 42,5 (34; 48), женщины — 43,5 (36,5; 48,5)). Ме длительности заболевания составила 15,5 (9; 22) года, возраст дебюта заболевания — 25,5 (20; 30) года. Контрольная группа состояла из 45 пациентов с неспецифической болью в нижней части спины (изучение приверженности к лечению) и 45 условно-здоровых добровольцев (исследование алекситимии), сопоставимых по полу и возрасту с основной группой. Изучение алекситимии проводилось по Торонтской алекситимической шкале (ТАШ), степени приверженности к лечению — с использованием авторского опросника «Отношение к лечению».

Результаты/обсуждение

Среди обследованных больных АС 42 (46,7%) человека имели алекситимию. Медиана общего балла алекситимии по ТАШ оказалась значимо выше аналогичного показателя контрольной группы — 70,0 (60,0; 77,0) и 57,0 (53,0; 70,0) соответственно ($p = 0,00001$). Сравнительные данные степени несогласия с режимом лечения в группе пациентов с АС с алекситимией и без алекситимии подтверждают более высокий уровень несогласия с режимом лечения у больных АС с алекситимией ($p < 0,001$). Корреляционный анализ между степенью несогласия с режимом лечения и алекситимией выявил статистически значимую взаимосвязь между степенью несогласия с режимом лечения и алекситимией ($r = 0,64$, $p < 0,001$).

Выводы/заключение

Установленные взаимосвязи между алекситимией и несогласием с режимом лечения обосновывают необходимость активного и своевременного выявления алекситимических особенностей личности у больных АС с последующей психотерапевтической коррекцией для повышения приверженности к лечению и снижения степени уклонения от назначенной врачом терапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА У ЖЕНЩИН

Комаров В.Т., Девина О.В., Никишина А.Ю., Носанова М.Н., Хичина Н.С., Фадеева С.С.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», Пенза, Россия

Введение/цель

Долгие годы анкилозирующий спондилоартрит (АС) считался сугубо мужским заболеванием, однако в последнее время количество женщин с АС увеличивается. Это связано с ранней диагностикой заболевания и настороженностью врачей-ревматологов при встрече с женщиной с недифференцированным артритом. Цель — оценить особенности клинического течения АС у женщин.

Материал и методы

За однолетний период в отделении ревматологии наблюдалось 60 пациентов с АС в сроке заболевания от 6 мес до 3 лет (32 мужчины и 28 женщин). Средний возраст женщин — 36,8 года, мужчин — 39,7 года. Обследование пациентов включало в себя рентгенологическое исследование костей таза, обеих кистей и стоп, общий анализ крови, СРБ, ревматоидный фактор и АЦП крови, у трети больных определен антиген гистосовместимости HLA В-27, по показаниям проводилась МРТ подвздошно-крестцовых

сочленений. Диагноз АС ставился на основании модифицированных Нью-Йоркских критериев (1984).

Результаты/обсуждение

Проведено сравнение двух групп пациентов с АС (женщин и мужчин) и проанализированы клинические проявления АС у женщин. В клинике СА у женщин преобладали поражения энтезисов (71,4%): подошвенная энтезопатия, ахиллобурсит, трохантерит, поражение реберно-грудных сочленений, плече-лопаточный периартрит. У всех пациентов отмечались асимметричные артриты голеностопных, коленных, плюснефаланговых суставов 1 пальцев стоп, как правило, на боли в позвоночнике жаловались всего 17,8%. Отмечались наиболее частые внескелетные проявления: поражение глаз (увеит) – 57,1% по сравнению с мужчинами (21,8%); аортит (21,4%) и язвенный колит (14,2%) наблюдались только у женщин, у мужчин – поражение поясничного отдела позвоночника, в 2 раза чаще – ахиллобурсит, у 3/4 мужчин – боли в ягодицах, у 4 – поражение легких в виде интерстициального фиброза. Отмечено наличие высокой активности заболевания у женщин по сравнению с мужчинами (индекс BASDAI=5,1), индекс функциональных нарушений BASFI=5,4. При лабораторном обследовании выявлено: СРБ крови в среднем увеличен до 58,8 мг/л, СОЭ – до 47,2 мм/час, положительный HLA B-27 обнаружен у 9 больных, на рентгенограммах костей таза у 20 пациенток – двусторонний сакроилиит II стадии, у 8 – диагностирована дорентгенологическая стадия заболевания, по данным МРТ подвздошно-крестцовых сочленений в режиме с подавлением жира выявлен сакроилиит.

Выводы/заключение

Таким образом, в клинике АС у женщин наиболее часто преобладает недифференцированный артрит с энтезитами с частыми внескелетными проявлениями, высоким индексом функциональных нарушений и меньшей частотой поражения позвоночника.

ВЛИЯНИЕ РАМИПРИЛА НА ОЦЕНКУ АГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Комарова Е.Б., Ребров Б.А.,
Бешимова Р.К., Маяцкий А.С.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

Введение/цель

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента обладают противовоспалительным эффектом и могут уменьшать ангиогенез, который является патогномичным при ревматоидном артрите (РА). Сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF) является одним из маркеров ангиогенеза, также для оценки интенсивности процессов ангиогенеза в синовиальной оболочке (СО) используют ультразвуковое (УЗ) и артроскопическое исследования. Цель – установить влияние комплексной терапии с использованием рамиприла на оценку ангиогенеза СО у больных РА.

Материал и методы

До и после лечения (стандартная базисная терапия – РА + рамиприл 2,5–5 мг/сут в течение 12 мес) 37 больным с РА (верификация диагноза согласно критериям ACR/EULAR, 2010) с уровнем АнП в сыворотке крови >9 пг/мл было выполнено УЗ (аппарат «ESAOTE MyLAB40», Нидерланды с доплером) и артроскопическое

исследования суставов с применением оптики (Karl Storz GmbH, Tuttlingen, Германия). Оценка васкуляризации СО включало 3-балльную шкалу (M. Nau et al., 1999): 0 – отсутствие цветных сигналов в анализируемой области, 1 – отдельные цветные сигналы, 2 – умеренное количество, 3 – высокая плотность цветных сигналов. Для макрооценки изменений СО при артроскопии была применена оценка в баллах: 0 – изменений нет, 1 – незначительно выражены, 2 – умеренные, 3 – выраженные, 4 – резко выражены. Уровень VEGF в сыворотке крови определяли ИФА (BCM Diagnostic, Канада).

Результаты/обсуждение

Комплексное лечение с использованием рамиприла приводило к снижению уровня VEGF (до лечения – 498 (341; 636) пг/мл, после – 305 (191; 389) пг/мл) ($p < 0,005$). Уменьшалась УЗ оценка васкуляризации СО за счет уменьшения количества больных с 2–3 баллами и увеличение пациентов с 0 баллов ($p < 0,05$). Достоверно улучшались артроскопические показатели СО: снижалась оценка воспалительной гиперплазии СО ($p < 0,05$), интенсивность гиперемии и сосудистого рисунка СО ($p < 0,05$). Достоверно уменьшалась оценка наличия фибрина ($p < 0,01$).

Выводы/заключение

Использование рамиприла в комплексной терапии РА в течение 12 мес снижает на 33% уровень VEGF в крови, на 25% уменьшает интенсивность васкуляризации СО при УЗИ суставов и улучшает артроскопическую оценку СО, а именно уменьшает воспалительную гиперплазию в 1,6 раза, гиперемию и сосудистый рисунок на 45%, наличие фибрина снижает в 1,7 раза.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА FINDRISK

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

Введение/цель

Оценить риск развития в последующие 10 лет сахарного диабета 2 типа (СД2) у больных ревматоидным артритом (РА) с помощью опросника Finnish Type 2 Diabetes Risk Assessment Form (FINDRISK).

Материал и методы

В исследование были включены 418 больных РА (394 женщины, 65 мужчин, 65 лет) без СД2. Средний возраст участников составил 54 [41; 63] года, средняя длительность заболевания – 6 [2; 12] лет. Большинство были позитивны по РФ (75,6%) и АЦЦП (77,3%), имели умеренную или высокую активность РА (медиана DAS28 4,7 [3,6; 5,5]). Глюкокортикоиды (ГК) получали 42,1%, метотрексат – 48,1%, лефлуномид – 12,2%, другие базисные противовоспалительные препараты – 8,1%, генно-инженерные биологические препараты – 23,9% пациентов. Все пациенты заполняли опросник FINDRISK, подсчитывался суммарный счет (СС). Риск развития СД2 оценивали как «низкий» / «слегка повышенный» при $CC \leq 11$ баллов (I группа), как «умеренный» – при $CC 12–14$ баллов (II группа) и как «высокий» / «очень высокий» – при $CC \geq 15$ баллов (III группа). У 411 больных РА исследовали уровень глюкозы в венозной крови. Концентрацию глюкозы $\geq 6,1$ ммоль/л рассматривали как гипергликемию (ГГ).

Результаты/обсуждение

При РА распространенность факторов риска (ФР) СД2 оказалась следующей: возраст старше 45 лет – у 69% больных, избыточный вес – у 51%, абдоминальное ожирение – у 64%, отягощенная наследственность – у 28%, недостаточная физическая активность – у 70%, несбалансированное питание – у 47%, прием гипотензивных препаратов – у 41%, эпизоды гипергликемии в анамнезе – у 19% пациентов. По риску развития СД2 57,7% больных принадлежали к I группе, 20,1% пациентов – ко II группе и 22,2% – к III группе. Средний СС составил 10 [6; 14] баллов, среднее число ФР – 4 [2; 5]. ГГ при обследовании обнаружена у 3,8% пациентов I группы, у 12% больных II группы и 19,8% лиц III группы (для I и III групп $p < 0,0001$, для I и II групп $p = 0,01$). Индекс НАQ у пациентов в I группе был ниже, чем у больных II и III групп ($p = 0,008$). СОЭ, СРБ, DAS28 между группами не различались, но существовала слабая корреляция между числом ФР и DAS28 ($r = 0,1$, $p = 0,05$), НАQ ($r = 0,19$, $p < 0,001$), СС и НАQ ($r = 0,16$, $p = 0,001$). Прием ГК не влиял на СС, число ФР, распределение больных по группам риска СД2.

Выводы/заключение

Риск развития СД2 при РА связан с широким распространением таких модифицируемых традиционных факторов риска, как ожирение и недостаточная физическая активность. Уточнение влияния на патогенез СД2 воспаления требует дальнейших исследований. Опросник FIND-RISK может служить простым и недорогим методом для стратификации риска развития СД2 при РА.

ВЛИЯНИЕ АНТИ-В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ РИТУКСИМАБ НА ЛЕГОЧНУЮ ФУНКЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

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

Введение/цель

При системной склеродермии (ССД) развивается хроническая поликлональная В-лимфоцитарная активация и происходит нарушение иммунологической толерантности. В ряде клинических исследований показано, что деплеция В-клеток может быть эффективна для лечения ССД. Однако отсутствуют убедительные доказательства эффективности ритуксимаба (РТМ) для лечения интерстициального поражения легких (ИПЛ) при ССД, нет четких рекомендаций по выбору оптимальных доз и длительности применения препарата. Цель – оценить влияние α -В-клеточной терапии препаратом РТМ на легочную функцию больных ССД с ИПЛ.

Материал и методы

В исследование включено 54 пациента с ССД с ИПЛ, получивших терапию РТМ. Давность ССД составила $6,5 \pm 5,7$ года; соотношение мужчин и женщин – 1:4,4; диффузной и лимитированной формы – 1,3:1; средний возраст $48,5 \pm 12,9$ года. Длительность наблюдения от начала введения РТМ была $25,7 \pm 16,7$ мес, средняя доза РТМ на момент последнего осмотра составила $2,1 \pm 1,2$ гр. В общей группе и в подгруппах пациентов с давностью болезни ≤ 5 лет (А, $n=29$) и > 5 лет (В, $n=25$) в динамике оценива-

лись FVC, DLCO, индекс активности ССД. Клинически значимым изменением показателей FVC и DLCO считалось 10 и более %.

Результаты/обсуждение

В общей группе на фоне терапии РТМ отмечено достоверное нарастание FVC с $74,5 \pm 19,6\%$ до $82,5 \pm 22\%$ ($p = 0,000006$). Медиана прироста FVC составила 7,5%. Клинически значимое нарастание FVC выявлено у 20 (37%), снижение – у 2 (4%) пациентов. Отмечалась прямая корреляция дельты FVC с суммарной дозой РТМ ($R = 0,28$, $p < 0,05$) и обратная – с индексом активности ССД на момент последнего осмотра ($R = 0,3$, $p < 0,05$). В подгруппе А по сравнению с подгруппой В нарастание FVC было более отчетливым ($80,4 \pm 8,9\%$ – $90,2 \pm 21,5\%$, $p = 0,017$ vs $67,7 \pm 19,1\%$ до $73,9 \pm 19,7\%$, $p = 0,06$). В общей группе на фоне терапии РТМ уровень DLCO значимо не изменился ($47,4 \pm 22,1\%$ vs $49,4 \pm 20,9\%$, $p = 0,4$). Медиана прироста DLCO составила 0,97%. Клинически значимое нарастание DLCO отмечено у 7 (13%), снижение у 4 (7%) пациентов. Дельта DLCO прямо коррелировала с суммарной дозой РТМ ($R = 0,29$, $p < 0,05$) и обратно – с индексом активности ССД на момент последнего осмотра ($R = 0,3$, $p < 0,05$). В подгруппах А и В показатели DLCO также значимо не изменились ($51,7 \pm 19,3\%$ – $52,8 \pm 18,5\%$ и $35,3 \pm 12,5\%$ – $39,2 \pm 12,4\%$ соответственно).

Выводы/заключение

На фоне терапии РТМ достоверно отмечены нарастание FVC и стабилизация DLCO. Более отчетливое нарастание FVC отмечено у пациентов с давностью ССД до 5 лет. Повышение FVC и DLCO прямо коррелировало с суммарной дозой РТМ и обратно – с индексом активности ССД на момент последнего осмотра.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РИТУКСИМАБА У ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

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

Введение/цель

Компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) широко применяется для подтверждения интерстициального поражения легких (ИПЛ) при системной склеродермии (ССД), однако ее роль для оценки эффективности терапии до конца не ясна. Цель – оценить динамику КТ и FVC у больных ССД с ИПЛ на фоне терапии ритуксимаба (РТМ).

Материал и методы

В исследование включено 40 пациентов ССД (средний возраст 48 ± 12 лет, м/ж – 1/6, диффузная/лимитированная – 1,2/1; длительность ССД – $6,6 \pm 5,9$ года) с КТ-признаками ИПЛ. При включении в исследование (т. 1) и через $29 \pm 15,3$ мес (т. 2) на фоне терапии РТМ (суммарная доза $2,6 \pm 1,2$ г) исследовались FVC (значимым считалось изменение на $\geq 10\%$) и КТВР. Проводился анализ выраженности ретикулярных изменений, «матового стекла», «медовых сот» на 5 уровнях по 4-балльной системе (0–3). Также оценивалась динамика FVC и КТ при распро-

странности ИПЛ <20% (группа А, n=11/27,5%) и >20% (группа В, n=29/72,5%).

Результаты/обсуждение

На фоне РТМ положительная КТ-динамика отмечена у 8 (20%), отрицательная – у 11 (27,5%), не было динамики у 21 (52,5%) пациента. Нарастание FVC выявлено в 16 (38%), снижение – в 3 (7%) случаев. В среднем по группе FVC повысилась с $73,2 \pm 18,8\%$ до $82 \pm 21,8\%$ ($p=0,000031$). Ни у одного из пациентов с положительной КТ-динамикой не отмечено ухудшения показателей FVC. При отрицательной КТ-динамике в двух случаях отмечалось снижение FVC, в четырех – нарастание, в остальных динамика отсутствовала. На фоне РТМ в группе А положительная КТ-динамика выявлена в 4 (33%), а в группе В в 3 (11%) случаях ($p=0,08$), отрицательная – в группе А не отмечена, в группе В – у 9 (32%) пациентов. Показатели FVC выросли в группе А у 6 (55%) пациентов, в группе В – у 10 (35%); снизились – у 1 (9%) и 2 (7%). Средние значения FVC были выше в группе А по сравнению с группой В, как в т. 1 ($88,8 \pm 18,6\%$ и $65,4 \pm 14,5\%$, $p=0,0002$), так и в т. 2 ($103,3 \pm 15,9\%$ и $74,1 \pm 18,5\%$, $p=0,0009$), при этом показатели FVC на фоне РТМ выросли в обеих группах ($p=0,016$ и $p=0,0014$ соответственно). Счет «матового стекла» в группе А по сравнению с группой В был ниже, как в т. 1 ($3,2 \pm 2,2$ и $6,6 \pm 2,7$, $p=0,01$), так и в т. 2 ($1,9 \pm 1,4$ и $6,4 \pm 3$, $p=0,000006$) и имел тенденцию к уменьшению на фоне РТМ. Та же закономерность наблюдалась при оценке ретикулярных изменений ($4,9 \pm 2,5$ и $8,8 \pm 2$, $p=0,001$; $3,1 \pm 2,2$ и $8,8 \pm 2$, $p=0,00000$). «Медовые соты» в т. 1 в группе А выявлялись у 1 пациента и на фоне РТМ не прогрессировали; в группе В – у 21 (72%) и появились еще в одном случае. Общий счет «медовых сот» не нарастал.

Выводы/заключение

На фоне терапии РТМ динамика показателей FVC и КТ у большинства пациентов носила однонаправленный характер. Только в группе А отмечалась тенденция к уменьшению как счета «матового стекла», так и ретикулярных изменений. В группе В применение полуколичественной КТ-оценки не позволило выявить динамику. Использование показателей FVC помогло более адекватно оценить эффект терапии в обеих группах.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ НЕБАКТЕРИАЛЬНЫЙ И ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

Копчак О.Л.^{1,2}, Костик М.М.¹, Мушкин А.Ю.³

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия; ²КО

ГБУЗ «Кировская детская областная больница»,

Киров, Россия; ³ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Небактериальный и острый гематогенный остеомиелиты (НБО и ОГО соответственно) – воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата, преимущественно встречающиеся у детей и подростков. Заболевания в ряде случаев могут иметь сходную клиническую картину, в связи с чем требуют проведения дифференциальной диагностики, поскольку тактика терапии принципиально

различная. Цель – сравнить клинико-лабораторные особенности НБО и ОГО.

Материал и методы

В исследование включены 91 пациент с НБО и 47 с ОГО в возрасте до 18 лет. Диагноз НБО устанавливали на основании клинической картины, лабораторных изменений, наличии очагов костной деструкции, выявленных при проведении лучевых методов исследования, биопсии кости, отрицательных бактериологических исследований биоптата. Диагноз ОГО устанавливали при наличии положительных результатов бактериологических исследований биоптата кости. Сопоставительный анализ проводился на основании оценки количества костных очагов, лабораторных данных – уровень гемоглобина, число лейкоцитов, тромбоцитов, СОЭ, СРБ, идентификации возбудителя и времени постановки диагноза.

Результаты/обсуждение

Возраст дебюта заболевания у пациентов с НБО и ОГО составил 8,4 (5,4; 11,0) и 11,0 (6,2; 12,9) ($p=0,08$). НБО с одинаковой частотой встречается как у мальчиков, так и у девочек, тогда как ОГО преимущественно встречался у мальчиков – 61,7%, однако данные статистически не достоверны ($p=0,17$). Время от начала заболевания до постановки диагноза в сравниваемых группах значительно отличалось и составило 6,3 (2,0; 17,8) мес и 0,1 (0,03; 0,17) мес у пациентов с НБО и ОГО соответственно ($p=0,0000001$). Не отмечено различий в уровне гемоглобина и тромбоцитов, в то же время отмечена тенденция к более высокому уровню лейкоцитов у пациентов с ОГО 12,6 (8,4; 15,5) в сравнении с пациентами с НБО 7,8 (6,7; 9,2). Выявлены более высокие показатели СОЭ (39,5 (25,0; 58,0) vs 26,0 (11,0; 41,0) мм/ч, $p=0,009$) и СРБ 65,0 (20,0; 146,0) vs 8,2 (4,3; 34,0) мг/л, ($p=0,01$) у пациентов с ОГО, по сравнению с НБО. У 29/43 (67,4%) пациентов с ОГО из биоптата кости идентифицирован инфекционный возбудитель, тогда как при НБО в 100% случаев отмечены отрицательные результаты бактериологического исследования. Заболевание сопровождалось симптоматикой артрита в 69,2 и 23,4% случаев НБО и ОГО соответственно ($p=0,000005$). Лихорадка отмечена у 43/47 (91,5%) и 20/52 (38,5%) пациентов с ОГО и НБО ($p=0,0000001$). Монофокальное поражение отмечено лишь у 10/52 (19,2%) больных НБО, в то время, как при ОГО – у 47/47 (100%) ($p=0,0000001$). Критериями дифференцирования НБО от острого гематогенного остеомиелита являются наличие двух и более из пяти определенных критериев: наличие очага костной деструкции, отсутствие лихорадки, число очагов >1,0, СРБ $\leq 55,0$ мг/л, отрицательный посев содержимого кости.

Выводы/заключение

Проведен анализ клинико-лабораторных особенностей НБО и ОГО. Полученные данные позволяют дифференцировать НБО и ОГО и своевременно определить тактику терапии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ НЕБАКТЕРИАЛЬНЫЙ И ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТЫ

Копчак О.Л.^{1,2}, Малетин А.С.³,

Мушкин А.Ю.³, Костик М.М.¹

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

²КО ГБУЗ «Кировская детская областная больница», Киров, Россия; ³ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Небактериальный и туберкулезный остеомиелиты (НБО и ТБО соответственно) относятся к группе первично-хронических остеомиелитов, требующих четкого дифференцирования для определения адекватной тактики лечения. Клиническая картина и лучевые проявления этих заболеваний схожи, а чувствительность кожных туберкулиновых тестов достаточно низкая для диагностики специфического поражения костей. Цель – сравнить клинико-лабораторные особенности НБО и ТБО, разработать дифференциально-диагностические критерии.

Материал и методы

В исследование включены 124 пациента (91 – с НБО и 33 – с ТБО) в возрасте до 18 лет с очаговыми деструкциями костей. Всем больным выполнена закрытая или открытая биопсия кости. Диагноз ТБО устанавливали при положительных результатах молекулярно-генетических и бактериологических исследований биоптата на микобактерии туберкулезного комплекса (идентифицированы у 26 из 43 пациентов – 60,5%), а также при выявлении типичной морфологической картины специфического гранулематозно-некротического воспаления. Диагноз НБО устанавливали при обнаружении морфологической картины воспаления (кроме типичной для туберкулеза) и отрицательных результатах всех бактериологических исследований.

Результаты/обсуждение

При НБО не было гендерных различий, ТБО чаще болели мальчики – 74,4% ($p=0,009$). Между пациентами с НБО и ТБО обнаружены различия в возрасте дебюта заболевания – соответственно 8,4 (5,4; 11,0) и 2,2 (1,3; 3,2) года ($p=0,0000001$) и диагностической паузе – 6,3 (2,0; 17,8) и 2,9 (1,7; 7,2) мес ($p=0,06$). Не обнаружено статистически достоверных различий в числе лейкоцитов, тромбоцитов, уровне гемоглобина, СОЭ, СРБ, в то время как достоверно различны относительное – 6,0% (4,0; 8,0) и 4,0% (3,0; 5,5), ($p=0,007$) и абсолютное число моноцитов в 1 мкл – 462,0 (315,0; 602,5) и 285,0 (144,0; 512,0) ($p=0,03$). Монофокальное поражение отмечено лишь у 10/52 (19,2%) больных НБО, в то время как при ТБО – у 35/43 (81,4%) ($p=0,0000001$) при медиане числа костных поражений, равного 3,0 (2,0; 6,0) и 1,0 (1,0; 1,0) соответственно ($p=0,0000001$). Заболевание сопровождалось симптоматикой артрита в 69,2 и 48,8% случаев НБО и ТБО соответственно ($p=0,004$). Различия частоты поражения костей осевого и периферического скелета между пациентами с НБО и ТБО подтверждены в отношении позвоночника (34,6 и 7,0%, $p=0,001$), большеберцовой

кости (44,2 и 23,2%, $p=0,03$), малоберцовой кости (17,3 и 2,3%, $p=0,018$), костей стопы (42,2 и 11,6%, $p=0,001$), таза (23,1 и 7,0%, $p=0,03$) и ключицы (11,5 и 0%, $p=0,02$). Критериями дифференцирования НБО от туберкулезного остеомиелита являются наличие большого критерия (идентификация возбудителя в биоптате кости) либо при его отсутствии на этапе ожидания бактериологического подтверждения: не менее двух из представленных ниже: поражение позвоночника, число клинических очагов $>1,0$, количество палочкоядерных нейтрофилов периферической крови $\leq 120,0$ в 1 мкл, число лимфоцитов $\leq 52,0\%$.

Выводы/заключение

Выявленные различия позволяют оптимизировать дифференциальную диагностику НБО и ТБО, что может сократить сроки постановки диагноза и начала выбора адекватных схем терапии.

НЕБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Копчак О.Л.^{1,2}, Мушкин А.Ю.³, Костик М.М.¹

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

²КО ГБУЗ «Кировская детская областная больница», Киров, Россия; ³ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-

исследовательский институт фтизиопульмонологии»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Небактериальный остеомиелит – хроническое аутовоспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата неизвестной этиологии, поражающее преимущественно детей и подростков. Цель – изучение клинико-демографических особенностей небактериального остеомиелита у детей.

Материал и методы

В исследование включены данные 91 пациента с небактериальным остеомиелитом. Всем пациентам проведены лабораторные исследования с оценкой уровня гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивного белка (СРБ), лучевые исследования (стандартная рентгенография, КТ, МРТ), морфологические и бактериологические исследования из очага костного воспаления.

Результаты/обсуждение

Средний возраст начала заболевания составил 7,3 (2,5; 10,6) года. Нами не обнаружено различий в половой принадлежности при данном заболевании. Сопутствующие иммунопатологические/ревматические заболевания отмечены у 68,1% пациентов. Диагностическая пауза была различной и составила 6,3 (2,0; 17,8) месяца. Монофокальная форма – у 30,8% пациентов, а у 69,2% мультифокальное поражение со средним количеством очагов – 3,0 (1,0; 6,0). Чаще в патологический процесс вовлекались: бедренная кость – 37 (40,7%), кости стопы – 36 (39,6%), малоберцовая кость – 33 (36,3%), позвоночник – 29 (31,9%). Лихорадка в дебюте заболевания отмечена у 20/52 (38,5%) пациентов. Исследование показало умеренную воспалительную активность заболевания в отношении уровня гемоглобина – 119,0 (108,5; 128,0) г/л, количества лейкоцитов – 7,5 (6,2; 9,0) $\times 10^9$ /л, тромбоцитов – 299,0 (261,0; 382,0) $\times 10^9$ /л, СОЭ – 26,0 (12,0; 40,0) мм/ч, СРБ – 8,0 (3,6; 30,0) мг/л.

Ремиссия НБО была достигнута при помощи НПВП (53%), сульфасалазина (57%), метотрексата (44%), памидроната (89%) и ингибиторов фактора некроза опухолей- α (73%) ($p=0,001$).

Выводы/заключение

Небактериальный остеомиелит у детей имеет высокую частоту мультифокального поражения и ассоциацию с иммунопатологическими заболеваниями, однако не имеет верифицирующих клинических и лабораторных особенностей. Диагностика заболевания должна основываться на данных морфологического и бактериологического исследований из очага воспаления. Терапия носит дифференцированный характер и зависит от числа очагов, локализации, наличия сопутствующего иммунопатологического заболевания.

ВЛИЯНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА ПОКАЗАТЕЛИ МОЛЕКУЛЫ АДГЕЗИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ТРОМБОЦИТОВ-1 В КРОВИ

Корой П.В., Саритхала В.Д., Ягода А.В.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

Введение/цель

Молекула адгезии эндотелия и тромбоцитов (PESAM-1) не только играет роль в миграции лейкоцитов, но и ответственна за лейкоцитарно-эндотелиальные реакции, определяет динамику ангиогенеза. Цель исследования – изучить содержание PESAM-1 в крови во взаимосвязи с вариантами ревматоидного артрита.

Материал и методы

Обследовано 134 больных ревматоидным артритом (30 мужчин, 104 женщины) в возрасте от 20 до 66 лет. Значения шкалы DAS28 у пациентов равнялись 5,49 (4,88–6,01). У большинства больных была диагностирована III-я рентгенологическая стадия, II и III функциональные классы ревматоидного артрита. Контрольную группу составили 70 практически здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту. Концентрацию ICAM-1 в крови определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты/обсуждение

Плазменные показатели PESAM-1 были увеличены при ревматоидном артрите ($p<0,05$). Содержание молекулы адгезии в крови, будучи повышенным, не зависело от пола больных или активности процесса, по данным индекса DAS28. У пациентов с поздней клинической стадией концентрации растворимой PESAM-1 была выше ($p<0,05$), чем при ранней или развернутой стадии болезни. Случаи заболевания с наличием ревматоидного фактора или антител к циклическому цитруллиновому пептиду в крови характеризовались достоверно более высокими уровнями PESAM-1 в крови ($p<0,05$) по сравнению с серонегативными вариантами ревматоидного артрита. С утяжелением рентгенологической стадии заболевания наблюдался рост значений адгезина в крови ($p<0,05$). Отсутствовала взаимосвязь показателей медиатора межклеточных взаимодействий с функциональным классом ревматоидного артрита, тогда как появление у больных системных проявлений приводило к достоверному увеличению концентрации PESAM-1 в крови ($p<0,05$). Наличие осложнений или гематологических отклонений при ревматоидном артрите не было сопряжено с показателями молекулы адгезии.

Выводы/заключение

Содержание молекулы адгезии эндотелия и тромбоцитов-1 в крови увеличено при ревматоидном артрите и достигает максимальных значений при тяжелой рентгенологической картине, наличии серопозитивности и системных проявлений, что подчеркивает вовлеченность PESAM-1 в процессы прогрессирования и иммунологической перестройки заболевания.

АНТИГЕН HLAB27 КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ МАРКЕР ОТВЕТА НА ПРОТИВОРЕВМАТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СЕРОНЕГАТИВНЫМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Королев М.А., Коненков В.И.,

Летягина Е.А., Прудникова М.А.,

Омельченко В.О., Банщикова Н.Е.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии», Новосибирск, Россия

Введение/цель

Серонегативные спондилоартриты (SpA) – группа взаимосвязанных клинически пересекающихся хронических воспалительных ревматических заболеваний, которая включает идиопатический анкилозирующий спондилит (АС) (наиболее типичная форма), реактивный артрит (ReA), псориатический артрит (ПА) и энтеропатические артриты (ЭА), связанные с воспалительными заболеваниями кишечника. Одним из общепринятых факторов риска является генетическая предрасположенность. Более чем у 90% больных АС обнаруживают антиген HLAB27 – один из генов I класса главного комплекса гистосовместимости, однако наличие HLAB27 нельзя считать признаком обязательного возникновения АС. Можно предполагать, что носительство HLAB27 влияет и на выраженность ответа на проводимую терапию. Цель исследования – оценить взаимосвязь между наличием антигена HLAB27 и ответом на противоревматическую терапию.

Материал и методы

В исследовании участвовали 44 пациента (медиана возраста составила 39 лет [28,75; 46,5], доля женщин – 40,9%) преимущественно с умеренной и высокой активностью заболевания (медиана значения BASDAI – 5,1 [2,68; 6,23]). Всем пациентам после подписания информированного добровольного согласия на участие в исследовании было проведено типирование HLAB27 методом полимеразной цепной реакции ДНК, выделенной из ядросодержащих клеток периферической крови. Анализ распределения по группам ответа на терапию проводился согласно ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score). Уменьшение значения ASDAS на $\geq 1,1$ расценивалось в качестве клинически значимого улучшения, а на $\geq 2,0$ свидетельствовало о значительном улучшении. Для анализа полученных результатов использовались методы описательной статистики, точный критерий Фишера.

Результаты/обсуждение

Клинически значимое улучшение зарегистрировано у 37 пациентов, плохой ответ на лечение либо отсутствие ответа – у 7 пациентов. Антиген HLAB27 обнаружен у 19 (43,2%) человек. Выявлена статистически значимая связь между наличием HLAB27 и ответом на терапию. Среди HLAB27-позитивных пациентов отсутствие ответа на терапию

пию наблюдалось у 6 (31,6%) человек, а среди HLAB27-негативных – у 1 (4%) человека, что было достоверно меньше ($p=0,032$).

Выводы/заключение

Наличие у пациентов антигена HLAB27 является предиктором «плохого ответа» на проводимую противоревматическую терапию.

ВЛИЯНИЕ ЦИРКУЛЯТОРНЫХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА СУСТАВНОЙ ХРЯЩ НА ПРИМЕРЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ОСТЕОАРТРОЗА

Корочина К.В., Чернышёва Т.В., Корочина И.Э.

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

Введение/цель

Сердечно-сосудистые заболевания и ожирение статистически лидируют среди коморбидных состояний при остеоартрозе (ОА), поэтому выявление формируемых ими особенностей хрящевой ткани представляет значительный интерес. Патогенетическая гетерогенность и полиморбидность ОА определяют перспективность его изучения в экспериментальных условиях. Цель исследования – изучить влияние циркуляторных и метаболических нарушений на состояние суставного хряща в эксперименте.

Материал и методы

Морфологическое исследование хрящевой ткани коленных суставов выполнено у 15 крыс-самцов линии Wistar возраста 8 мес. У крыс двух опытных групп (по 5 крыс) воспроизводилась хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по методу В.И. Инчиной с соавт., 2000. Затем животные 1-й опытной группы были выведены из эксперимента, у крыс 2-й группы моделировалось ожирение (по разработанной нами высококалорийной диете в условиях гиподинамии). Контрольная группа ($n=5$) не подвергалась никакому воздействию. Использовались гистохимические (окраска гематоксилином Майера и эозином, толуидиновым синим), иммуногистохимические (экспрессия коллагена II типа, каспазы-3) и морфометрические (толщина хряща и его зон) методики исследования.

Результаты/обсуждение

В суставном хряще животных 1-й опытной группы, по сравнению с контрольной, отмечены вакуолизация хондроцитов и гипертрофия изогенных групп, единичные эрозии на поверхности, активация экспрессии каспазы-3 до $16,4 \pm 0,08\%$ и уменьшение содержания коллагена II типа до $1,76 \pm 0,03$ балла (в контроле $7,8 \pm 0,55\%$ и $2,46 \pm 0,15$ балла соответственно). Во 2-й опытной группе значимо обеднена клеточная популяция хряща, множество глубоких фиссур, фрагментация пограничной линии хряща с участками оссификации. Содержание коллагена II типа было наименьшим ($1,52 \pm 0,05$ балла), а интенсивность экспрессии каспазы-3 оказалась наиболее выраженной ($47,3 \pm 3,56\%$).

Выводы/заключение

Созданная экспериментальная модель ОА подтверждает влияние ХСН на изменение структуры суставного хряща. Нарастание коморбидной нагрузки присоединением ожирения значимо усугубляет его дегенерацию, что наглядно демонстрирует подтверждение концепции коморбидности ОА на примере биологической модели.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА И ПСОРИАЗА

Корсакова Ю.Л., Коротаева Т.В.

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

Введение/цель

Псориаз (Пс) является хроническим заболеванием кожи, которое ассоциируется с другими воспалительными заболеваниями, в т.ч. с метаболическим синдромом или его компонентами. Повышенный уровень провоспалительных цитокинов при Пс приводит к нарушению регуляции метаболических процессов (Opumah N. et al., 2012). Эффективность терапии Пс и псориатического артрита (ПсА) может быть ниже ожидаемой у пациентов с избытком жировой ткани из-за нарушения баланса адипокинов.

Материал и методы

Анализ литературных данных.

Результаты/обсуждение

Противовоспалительная терапия ПсА и Пс, снижающая активность заболевания, положительно влияет на коморбидные состояния. В рекомендациях GRAPPA по лечению ПсА (2015) при поражении печени следует с осторожностью использовать НПВП, метотрексат, лефлуноמיד, сульфасалазин, отмечено, что данных о влиянии на неалкогольную жировую болезнь печени (НАЖБП) терапии недостаточно. Выявлена эффективность этанерцепта, но не ПУВА-терапии у больных Пс и метаболическим синдромом и НАЖБП. Только в группе этанерцепта наблюдалось снижение соотношения ферментов АЛТ и АСТ, СРБ, уровня инсулина, индекса модели оценки гомеостаза (НОМА), индекса чувствительности к инсулину (QUICK) (Campanati A. et al., 2015). В пятилетнем исследовании терапии адалимумабом больных Пс с жировой болезнью печени, не наблюдалось прогрессирования заболевания печени (Vilarrasa E. et al., 2010). Избыточный вес, наличие атеросклеротических бляшек и НАЖБП негативно влияет на достижение минимальной активности болезни (МАБ) у больных ПсА (Di Minno M.N.D. et al., 2012). Оценено влияние снижения веса на достижение МАБ у 138 больных ПсА с ожирением, получавших терапию ингибиторами ФНО α . В различных категориях снижения веса (10%) МАБ достигалась у 23,1, 44,8 и 59,5% соответственно (Di Minno M.N.D. et al., 2014). В другом исследовании было выявлено, что распространенность ожирения была выше среди больных, которые не достигли МАБ, чем среди тех, у кого была достигнута МАБ ($64,0$ vs $25,5\%$; $p < 0,001$) (Di Minno M.N.D. et al., 2013). По данным регистров, основанным на анализе эффективности лечения ингибиторами ФНО α 1943 больных ПсА, у лиц, страдающих ожирением, наблюдалась более высокая активность заболевания, а ответ на проводимую терапию был хуже, чем у больных ПсА без ожирения (Højgaard P. et al., 2016).

Выводы/заключение

Наличие ожирения связано с повышенным риском недостижения МАБ. Ингибиторы ФНО α при Пс и ПсА оказывают благоприятное воздействие на метаболические нарушения и могут улучшить проявления НАЖБП, однако для уточнения этого вопроса необходимы контролируемые исследования и данные регистров.

ПСОРИАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ

Корсакова Ю.Л., Коротаева Т.В.

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

Введение/цель

Псориаз (Пс) является хроническим системным заболеванием, поражающим кожу, ассоциирующимся с другими воспалительными заболеваниями, с которыми имеются общие генетические и воспалительные механизмы. Повышенный уровень провоспалительных цитокинов при Пс приводит к нарушению регуляции метаболических процессов, развитию резистентности к инсулину, нарушению обмена липидов, развитию неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материал и методы

Анализ литературных данных.

Результаты/обсуждение

Согласно данным популяционных исследований наблюдается высокая распространенность НАЖБП среди больных Пс. Так, в контролируемом исследовании среди 130 больных Пс почти у половины (47 vs 28% контрольных) наблюдалась НАЖБП, которая была тесно связана с тяжестью Пс, определяемой по индексу PASI; у больных Пс и НАЖБП был метаболический синдром и повышенный уровень СРБ (P. Gisondi и соавт., 2009). У пациентов с Пс и НАЖБП имеется более высокий риск развития тяжелых заболеваний печени, чем у больных с НАЖБП без Пс (L. Miele и соавт., 2009). S. Madanagobalane и соавт. (2012) среди 333 пациентов с Пс и 330 в группе контроля установили, что распространенность НАЖБП среди пациентов с Пс была выше, чем в контрольной группе (17,4 vs. 7,9%; $p < 0,005$). У пациентов с Пс и НАЖБП был более тяжелый Пс, чем у пациентов без НАЖБП. У больных Пс были более тяжелые формы НАЖБП, чем у людей без Пс, страдающих НАЖБП. По данным исследований Van der Voort et al. (2014, 2015), распространенность НАЖБП у пациентов с Пс выше, чем у участников без Пс (46,2 vs. 33,3%, $p = 0,005$). Пс был ассоциирован с НАЖБП (OR 1,70, 95% CI 1,1–2,6, $p = 0,01$) независимо от других факторов. Согласно мета-анализу 7 контролируемых исследований (R. Candia и соавт., 2015), у больных Пс имеется более высокий риск НАЖБП по сравнению с группами контроля ($n = 267761$, OR 2,15, 95% CI 1,6–2,9, $p < 0,05$). Риск развития НАЖБП выше у пациентов с ПсА ($n = 505$, OR 2,25, 95% CI 1,4–3,7, $p < 0,05$) и у тех, кто страдает тяжелым Пс, чем у лиц с легким Пс ($n = 51930$, OR 2,07, 95% CI 1,6–2,7, $p < 0,05$). Выявили тесную взаимосвязь Пс и НАЖБП, основанную на общем патогенезе, наличии инсулин-резистентности и повышении уровня провоспалительных цитокинов. У пациентов с Пс и НАЖБП оказался более высокий риск развития ПсА. Прогрессирование НАЖБП связано с повышенным отношением уровней ФНО α /адипонектина. Ингибиторы ФНО α способны предотвращать развитие фиброза печени у больных Пс, что может быть связано с противовоспалительным воздействием и влиянием на гомеостаз глюкозы.

Выводы/заключение

НАЖБП – проявление системных метаболических расстройств, свойственных псориатической болезни в целом. Больные ПсА и Пс имеют более высокий риск разви-

тия НАЖБП по сравнению с популяцией, что связано с распространенностью традиционных факторов риска и с хроническим системным воспалением. У пациентов с Пс и НАЖБП оказался более высокий риск развития ПсА.

ОСТЕОАРТРИТ, БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ И ДЕПРЕССИЯ

Коршунов Н.И., Яльцева Н.В.,

Филатова Ю.С., Речкина Е.В.

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

Введение/цель

Депрессия, имея общие патогенетические звенья с болевым синдромом в виде дефекта серотонинергической и адренергической медиации, нередко сопутствует остеоартриту (ОА) и близкой патологии – синдрому болей в нижней части спины (БНС). Цель – сопоставить собственные данные с исследованиями последних лет и оценить эффективность терапии антидепрессантами у больных ОА и БНС.

Материал и методы

С целью выявления депрессии скринировано 1540 пациентов поликлиники; из 296 (19,2%) случаев депрессии, подтвержденной психиатром в дальнейшем, 87 (5,6% от всех скринированных больных) составляли лица с БНС и ОА. Терапия антидепрессантами (из группы СИОЗ) предложена 51 из них и еще 71 пациенту с БНС и ОА (всего 122), из которых 20 отказавшихся составили контрольную группу. Уровень депрессии оценивался по шкале HDRS. Клинический эффект оценивался через 1, 3 и 6 мес.

Результаты/обсуждение

Ни у кого не зарегистрировано тяжелой депрессии; в то же время ее уровень исходно коррелировал с выраженностью симптоматики со стороны опорно-двигательного аппарата: интенсивностью боли в баллах ($r + 0,67$) и по ВАШ ($r + 0,76$), продолжительностью скованности в мин. ($r + 0,64$) и степенью функциональных нарушений по Вадделю ($r + 0,66$). Динамика всех указанных выше параметров к 3 и 6-му мес была позитивной в обеих группах, но на фоне терапии антидепрессантами существенно лучше. К 6-му мес средняя величина ее составила соответственно: $1,9 \pm 0,05$; $16,7 \pm 1,29$; $7,5 \pm 0,48$; $2,4 \pm 0,13$, а в контроле – $2,8 \pm 0,16$; $58,9 \pm 2,69$; $13,0 \pm 0,90$; $4,1 \pm 0,24$. Параллельно уменьшалась выраженность как отдельных симптомов депрессии в соответствии со шкалой HDRS, так и суммарное ее значение. Уровень последнего исходно и к 6-му мес составил $18,2 \pm 0,25$ и $4,8 \pm 0,33$ на фоне терапии антидепрессантами и $16,1 \pm 0,30$ и $12,5 \pm 0,68$ в контрольной группе. На фоне лечения антидепрессантами регистрировалось значительное улучшение коморбидной соматической симптоматики со стороны других органов и систем.

Выводы/заключение

Подтверждаются имеющиеся данные о связи болевого синдрома и функциональных нарушений у больных БНС и ОА с наличием и выраженностью депрессии. Терапия антидепрессантами повышает терапевтический эффект и целесообразна даже в случаях легкой-умеренной депрессии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ ДОСТИЖЕНИЯ НЕАКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОБОСТРЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ТОЦИЛИЗУМАБОМ

Костик М.М., Исупова Е.А., Чикова И.А., Дубко М.Ф., Масалова В.В., Снегирева Л.С., Калашникова О.В., Часнык В.Г.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Целью нашего исследования было оценить эффективность терапии тоцилизумабом (ТЦЗ) у детей с системным ювенильным идиопатическим артритом (СЮИА), определить предикторы достижения неактивного заболевания и обострений.

Материал и методы

В ретроспективное исследование включено 48 пациентов с активным СЮИА, рефрактерных к предшествующей терапии КС и БМПП. Оценивались основные симптомы СЮИА, а также динамика числа лейкоцитов, гранулоцитов (стартово, через 1, 2, 4 нед после первой инфузии ТЦЗ), достижение неактивного заболевания (НЗ), согласно критериям С. Wallace (2004), а также наличие синдрома активации макрофагов.

Результаты/обсуждение

Основные демографические параметры (Ме; 25–75%): средний возраст – 9,9 (5,0–12,7) года, средняя длительность терапии ТЦЗ – 27,0 (5,9–89,7) мес. За время терапии ТЦЗ КС были отменены у 25/38 (65,8%), ЦсА – у 8/18 (44,4%), МТГ – у 12/40 (30,0%). У 7 пациентов ТЦЗ был отменен по причине стойкой ремиссии с медианой продолжительности наблюдения после отмены 640 дней. За время терапии ТЦЗ у 6 детей имел место САМ, однако все 6 пациентов имели его и ранее, до назначения ТЦЗ. У 5 детей ТЦЗ был отменен по причине нежелательных явлений (4/48 инфузионные реакции, 3,9 на 100 пациенто-лет) и САМ (3,9 на 100 пациенто-лет; эпизоды САМ 4,8 на 100 пациенто-лет), 2 ребенка погибли (1 – неконтролируемый САМ, 1 – амилоидоз). На фоне терапии ТЦЗ у 40 (83,3%) детей достигнуто НЗ через 138,5 (56,0; 255,0) дня. Пациенты, достигшие НЗ, имели более легкое течение СЮИА: реже имели гепатоспленомегалию, поражение легких, сердца и ЦНС, геморрагический синдром и САМ. Пациенты, достигшие НЗ до ТЦЗ, имели более высокий уровень гемоглобина ($p=0,02$), ниже число лейкоцитов ($p=0,048$), гранулоцитов ($p=0,015$), СОЭ ($p=0,034$), СРБ ($p=0,05$), ЛДГ ($p=0,0003$), ферритина ($p=0,0007$). Основные предикторы достижения НЗ были рассчитаны при помощи регрессионного анализа Соx: СРБ $\leq 82,0$ мг/л (ОШ=7,9, $p=0,016$, HR=1,17, $p=0,66$), СОЭ ≤ 32 мм/ч (OR=17,0, $p=0,014$, HR=0,85, $p=0,62$), ferritin ≤ 273 нг/мл (OR=56,5, $p=0,0001$, HR=2,6, $p=0,02$), Hb >113 г/л (OR=17,0, $p=0,014$, HR=1,33, $p=0,38$), ЛДГ ≤ 676 Е/л (OR=113,6, $p=0,00001$, HR=3,2, $p=0,03$), PLT $> 335 \cdot 10^9$ /л (OR=5,0, $p=0,11$, HR=2,5, $p=0,007$), уменьшение числа лейкоцитов через 2 недели после первой инфузии ТЦЗ более чем на 11% (OR=13,0, $p=0,03$, HR=6,0, $p=0,02$) и гранулоцитов более чем на 12% (OR=14,0, $p=0,05$, HR=4,7, $p=0,13$). Обострения были у 14/44 (31,8%) пациентов. Основными предикторами были мужской пол (ОШ=4,1, $p=0,04$, HR=3,16, $p=0,02$), воз-

раст дебюта СЮИА ≥ 5 лет (ОШ=3,6, $p=0,06$, HR=2,72, $p=0,06$), предшествующая КС-терапия (2,7, $p=0,45$, HR=2,32, $p=0,2$), невозможность достижения НЗ после 10 инфузий ТЦЗ (ОШ=3,4, $p=0,08$, HR=2,6, $p=0,02$), лихорадка перед назначением ТЦЗ (ОШ=3,2, $p=0,27$, HR=2,9, $p=0,17$), ЛДГ >340 Е/л (ОШ=9,4, $p=0,05$, HR=118,8, $p=0,01$), тромбоциты $>339 \cdot 10^9$ /л (ОШ=2,7, HR=2,16, $p=0,19$), лейкоциты $>11,5 \cdot 10^9$ /л (ОШ=4,7, $p=0,026$, HR=3,7, $p=0,01$), гранулоциты >5530 клеток/мкл (ОШ=5,1, $p=0,04$, HR=3,7, $p=0,04$), СРБ $>19,2$ мг/л (ОШ=2,9, $p=0,12$, HR=2,1, $p=0,08$), уменьшение числа лейкоцитов через 1 нед после первой инфузии ТЦЗ $\leq 20,0\%$ (ОШ=7,5, $p=0,014$, HR=3,09, $p=0,05$), уменьшение числа гранулоцитов через 1 нед после первой инфузии ТЦЗ $\leq 20,0\%$ (ОШ=10,8, $p=0,005$, HR=6,6, $p=0,01$), отклонения в протоколе (пропуски инфузий) (ОШ=2,9, $p=0,54$, HR=29,4, $p=0,52$).

Выводы/заключение

Определены критерии эффективности и факторы риска обострений СЮИА на фоне терапии ТЦЗ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РЕВМАТИЧЕСКИЕ «МАСКИ» ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СИСТЕМНЫЙ ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

Костик М.М.¹, Шилова Е.А.¹, Аврусин И.С.¹, Корин Ю.Ю.¹, Копчак О.Л.², Исупова Е.А.¹, Чикова И.А.¹, Панова Т.Ф.³, Дубко М.Ф.¹, Масалова В.В.¹, Снегирева Л.С.¹, Корнишина Т.Л.¹, Калашникова О.В.¹, Часнык В.Г.¹
¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия; ²КОГБУЗ «Кировская детская областная больница», Киров, Россия; ³ЛОГУЗ «Ленинградская областная детская клиническая больница», Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Системный ювенильный идиопатический артрит (СЮИА) является диагнозом исключения и требует проведения широкого круга дифференциальной диагностики. Пациенты со злокачественными онкогематологическими заболеваниями (ОГЗ) и ревматическими «масками» могут иметь схожие клинические симптомы, такие как лихорадка, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, боли в суставах, артрит, повышение СОЭ, СРБ, анемию, часто госпитализируются в ревматологические стационары и требуют дифференцирования от пациентов с СЮИА. Цель нашего исследования – определить диагностически значимые симптомы и отрезные значения для количественных показателей, позволяющие дифференцировать ревматические «маски» ОГЗ и СЮИА.

Материал и методы

В ретроспективное исследование включены 86 детей с СЮИА и 21 ребенок с ОГЗ, имевшие ревматические «маски» и госпитализированные в ревматологические отделения с первоначальным диагнозом СЮИА. ОГЗ были представлены пациентами с острым лимфобластным лейкозом (n=18), нейробластомой (n=1) и лимфомами (n=2). Для расчета отрезных значений использовался ROC-анализ, проводилась оценка чувствительности и специфичности

каждого признака, расчет диагностического отношения шансов (ДОШ). Для сравнения двух групп использовались тесты Манн–Уитни, χ^2 , точный критерий Фишера.

Результаты/обсуждение

Мы не выявили достоверных различий в возрасте дебюта, частоте лимфаденопатии, гепатоспленомегалии, поражении легких, ЦНС, уровнях гемоглобина, АСТ, ЛДГ, ЩФ, ГГТП, ферритина и натрия между группами ОГЗ и СЮИА. Основными диагностическими критериями, позволяющими дифференцировать ОГЗ и СЮИА, были: число активных суставов ≤ 3 (ДОШ=4,4 (95% ДИ: 1,5–13,2), $p=0,005$), СРБ < 15 мг/л (ДОШ=5,6 (95% ДИ: 1,7–18,4), $p=0,002$), тромбоциты $\leq 307 \cdot 10^9$ /л (ДОШ=22,9 (95% ДИ: 4,9–107,0), $p=0,0000001$), лейкоциты $\leq 8,9 \cdot 10^9$ /л (ДОШ=50,2 (95% ДИ: 6,3–401,3), $p=0,0000001$), альбумин $> 43,3\%$ (ДОШ=28,8 (95% ДИ: 5,6–149,2), $p=0,0000001$), отсутствие лихорадки (ДОШ=37,3 (95% ДИ: 7,2–192,8), $p=0,0000001$), отсутствие экзантемы (ДОШ=39,8 (95% ДИ: 8,4–188,5), $p=0,0000001$), ночные костные боли (ДОШ=2364,3 (95% ДИ: 92,9–60169,9), $p=0,0000001$), боли в костях и суставах (ДОШ=227,6 (95% ДИ: 12,5–4158), $p=0,0000001$), патологические переломы (ДОШ=32,7 (95% ДИ: 1,6–661,0), $p=0,0004$).

Выводы/заключение

Выявленные диагностические критерии помогут врачу дифференцировать ОГЗ с ревматическими «масками» и СЮИА.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОЦИЛИЗУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИАРТИКУЛЯРНЫМ ВАРИАНТОМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА: РЕЗУЛЬТАТЫ 42-МЕСЯЧНОГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Костик М.М., Чикова И.А.,

Исупова Е.А., Дубко М.Ф.,

Масалова В.В., Лихачева Т.С., Снегирева Л.С.,

Гайдар Е.В., Калашникова О.В., Часнык В.Г.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – хроническое воспалительное заболевание суставов, начинающееся в возрасте до 16 лет. Метотрексат (МТХ) является основой терапии пациентов с полиартикулярным ЮИА (пЮИА). Пациенты, у которых имеется непереносимость или недостаточная эффективность МТХ, нуждаются в терапии генно-инженерными иммунобиологическими препаратами (ГИБП), среди которых в педиатрии разрешены этанерцепт, адалимумаб, абатацепт и тоцилизумаб (ТЦЗ). В настоящее время место ТЦЗ в терапии пЮИА не определено международными рекомендациями.

Целью нашего исследования было определить эффективность и безопасность ТЦЗ у пациентов с пЮИА.

Материал и методы

В ретроспективное исследование с максимальной продолжительностью наблюдения 42 мес было включено 40 детей (82,5% – девочки) с активным пЮИА, резистентных к предшествующей терапии МТХ или комбинации МТХ с другими небиологическими БМПП, получавших терапию ТЦЗ в виде внутривенных инфузий 8 мг/кг каждые 4 нед (вес ≥ 30 кг) и 10 мг/кг (вес < 30 кг). Возраст дебю-

та пЮИА составил 4,8 (2,9; 8,1) года, интервал между дебютом пЮИА и началом терапии ТЦЗ составил 5,7 (1,8; 8,5) года. Длительность терапии ТЦЗ составила 1109 (452; 1542) дней (с 2010). 13,2% детей получали монотерапию ТЦЗ.

Результаты/обсуждение

На фоне терапии ТЦЗ у всех пациентов были полностью отменены НПВП, снизилась доля пациентов с 37,5 до 2,5%, которые получают комбинированную терапию небиологическими БМПП. Уменьшилась доля пациентов, получавших метотрексат с 92,5 до 75,0%, уменьшилось число детей, получавших лефлюномид, до 2,5%. Отмена второго небиологического БМПП, системных кортикостероидов, циклоспорина, НПВП была связана с достижением ремиссии, отмена метотрексата была связана в части случаев также с достижением ремиссии, а в части случаев с его непереносимостью (тошнота, рвота). В первые 6 мес терапии ТЦЗ выявлено более выраженное снижение СОЭ ($p=0,000002$), СРБ ($p=0,00002$), число лейкоцитов ($p=0,001$) и тромбоцитов ($p=0,00002$) до нормальных значений, сохраняющееся все время применения ТЦЗ. Число активных суставов уменьшалось постепенно ($p=0,00002$), достигая медианы=0 к 24-му мес, 15,3% достигли НЗ через 6 мес терапии ТЦЗ, через 42 мес – 80%. В среднем неактивное заболевание было достигнуто у 60,5% от включенных в исследование, у 3 пациентов удалось отменить тоцилизумаб по причине стойкой ремиссии. Предикторами достижения статуса «неактивное заболевание» были число лейкоцитов периферической крови $< 9 \cdot 10^9$ /л ($HR=HR=1,92$, $p=0,16$), отсутствие предшествующей биологической терапии ($HR=1,92$, $p=0,16$). Также отсутствие опыта предшествующей биологической терапии было предиктором достижения статуса «низкая активность заболевания» ($HR=2,4$, $p=0,01$). Наиболее частыми нежелательными явлениями (НЯ) были транзиторная гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, а также единичный транзиторный эпизод нейтропении II степени, не приведший к отмене терапии ТЦЗ, инфекционным осложнениям либо назначению антибактериальных препаратов.

Выводы/заключение

Продемонстрирована долгосрочная эффективность и безопасность ТЦЗ у детей с пЮИА. Серьезных НЯ, приведших к отмене ТЦЗ, не выявлено.

БОЛЕЗНЬ ТАКАЯСУ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И МНОГОЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Костина Ю.О., Лыскина Г.А.

ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Минздрава России, Москва, Россия

Введение/цель

Болезнь Такаясу (БТ) – системный васкулит с поражением крупных артерий и аорты. Редкость данной патологии у детей, несоответствие между клиническими проявлениями заболевания и активностью воспаления в сосудах, трудность адекватной оценки эффективности лечения определяют необходимость разработки тактики ведения таких больных.

Материал и методы

Мы наблюдали 48 детей с установленным диагнозом БТ в возрасте от 3 до 17 лет (соотношение мальчиков и девочек 1:10). Поражение сосудов дуги аорты выявлено у 64% пациентов (сонные артерии – 56%, подключич-

ные – 36,8 %), брюшного отдела аорты в 40% (почечная артерия – 39,5%, бедренная – 37%, верхняя брыжеечная – 24%). Поражение легочной артерии отмечено лишь у 1 больного, случаев поражения коронарных артерий не наблюдалось. Количество пораженных артерий составило от 2 до 9. У 29 из 48 пациентов диагноз был установлен через год от появления первых симптомов и характеризовался распространенным поражением аорты. Как и у взрослых пациентов, наиболее распространенным был стенозирующий вариант (76%). Все больные получали комплексную терапию глюкокортикоидами (ГК) в сочетании с цитостатиками или генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП). Проведена оценка эффективности 3 режимов комплексной базисной терапии, период наблюдения составил 36 мес. 1 режим (46 пациентов) – вторым препаратом в качестве стартовой терапии был метотрексат (МТХ). 2 режим (8 пациентов) – циклофосфамид (ЦФ): 2 ребенка с распространенным поражением сосудистого русла, 6 – при неэффективности лечения МТХ. 3 режим (5 пациентов) – ГИБП: инфликсимаб (ИНФ), тоцилизумаб (ТЦЗ). Эффективность терапии оценивали по индексу активности неспецифического аортартериита (ИА), разработанного на основе Бирмингемской шкалы активности васкулитов. 1 режим лечения был эффективным у 67% пациентов к 6 мес терапии, при 2 режиме улучшение показателей ИА отмечено к 12 мес. Эффективность ГИБП (ИНФ и ТЦЗ) оценивали через 3 мес на основании отсутствия воспалительной активности, после 6 мес – на основании снижения толщины стенки пораженных участков сосуда.

Результаты/обсуждение

В целом наши данные показывают, что ремиссия достигнута у 42 (86%) пациентов в течение 2 лет терапии. Полная ремиссия достигнута у всех больных, диагноз которых был установлен около 6 мес от начала заболевания, и у 65% детей со сроком до 12 мес от дебюта.

Выводы/заключение

У больных детей эффективным является комплексный подход к лечению. При ранней диагностике, локализованном поражении сосудистого русла целесообразно использование ГК и МТХ. При неэффективности МТХ, поздней диагностике и распространенном типе поражения аорты – оправданно использование ИНФ, ТЦЗ.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОЛИМИОЗИТА, ДЕРМАТОМИОЗИТА

Костромитина Е.В., Комлева Л.В., Горбенко С.Б., Сырцова Е.Ю., Горбачева М.А., Витковская Е.С.

Ревматологический центр ГБУЗ СО «Самарская городская больница № 4», Самара, Россия

Введение/цель

Особое место среди биологических препаратов, на сегодняшний день применяемых при полимиозите/дерматомиозите (ПМ/ДМ), занимает использование анти-В-клеточной терапии. Цель – клинический анализ применения ритуксимаба (РТМ) у пациентов, страдающих ПМ/ДМ.

Материал и методы

В исследование включено 3 больных ПМ/ДМ (2 женщины в возрасте 75 и 70 лет, мужчина в возрасте 59 лет). Диагноз ПМ/ДМ верифицирован на основании общепринятых диагностических критериев: данных клинического

осмотра, лабораторных (СОЭ до 40 мм/ч, КФК 3464 ед/л – 2500 ед/л, положительные анти-Jo1), инструментальных (первично-мышечный характер процесса по данным электромиографии – ЭМГ) методов исследования, биопсии мышц.

Результаты/обсуждение

После установления диагноза всем больным была назначена глюкокортикостероидная терапия в дозе 1 мг/кг/сут и РТМ в дозе 500–1000 мг. 1 больная в связи с наличием тяжелой артериальной гипертензии и инсулинопотребного сахарного диабета из программы была исключена. 2 больным проводилось лечение РТМ по стандартной схеме. Положительная клинико-лабораторная динамика (уменьшение выраженности кожного синдрома, нарастание мышечной силы, нормализация лабораторных показателей) наблюдалась уже после первого курса биологической терапии РТМ, полученный эффект сохранялся до следующего курса введения препарата. В общей сложности проведено 4 курса у одного пациента и 7 курсов терапии у другого. При достижении ремиссии в виде нормализации КФК, отсутствии клинических проявлений и воспалительных изменений по данным ЭМГ РТМ был отменен. В течение последующих 3 лет до настоящего времени проводилось динамическое наблюдение: пациенты получали поддерживающие дозы ГКС в дозе 10 мг/сут в течение 2 лет, затем 5–2,5 мг/сут соответственно на фоне стойкой клинико-лабораторной ремиссии.

Выводы/заключение

Отсутствие побочных реакций, хорошая переносимость препарата, улучшение самочувствия, достижение стойкой ремиссии в течение длительного времени позволяют положительно оценить эффект от проводимой биологической терапии РТМ, особенно при ее назначении на более ранней стадии заболевания.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И СПЕКТР КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кошукова Г.Н., Репинская И.Н., Доля Е.М., Фурсова В.А., Гнатенко Т.Г.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Введение/цель

Коморбидные состояния – одна из актуальнейших проблем современной ревматологии, решение которой способствует лучшему пониманию патогенетических связей между различными процессами, происходящими в организме пациента. Вовлечение в патологический процесс эндокринных органов при ревматоидном артрите (РА) отмечается довольно часто, что объясняется общностью аутоиммунных процессов и требует дальнейшего изучения взаимного влияния. Цель работы – определить частоту выявления и спектр коморбидной патологии эндокринных органов у больных РА.

Материал и методы

Проведен анализ 378 историй болезни больных РА, проходивших лечение в ревматологическом отделении ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко». Средний возраст пациентов – 46,4±6,8 года, длительность течения заболевания – 9,3±4,6 года, преобладали пациенты женского пола – 85,4%. Проводился анализ сопутствующей патологии в за-

висимости от активности воспалительного процесса, длительности течения РА, принимаемых медикаментов. Данные обрабатывались с использованием программы «STATISTICA-6.0».

Результаты/обсуждение

У 29,6% (n=112) выявлена патология эндокринных органов. Наиболее часто отмечено поражение щитовидной железы (ЩЖ) – 66,1% от всех случаев поражения эндокринной системы, в качестве превалирующей патологии отмечен аутоиммунный тиреоидит (АИТ) с состоянием эутиреоза – 75%. У 16,2% больных было диагностировано состояние гипотиреоза, причем длительность течения РА у данной категории пациентов составила более 10 лет на фоне высоких титров специфических антител. Диффузный токсический зоб диагностирован у 8,1% (n=6) и не зависел от активности и длительности РА. Вторым по частоте выявляемости стало нарушение углеводного обмена (НУО) – 25,9% со следующим распределением: сахарный диабет (СД) 1 типа – 1,8%, СД 2 типа – 8,04% и НУО – 16,1%, причем у 16 пациентов НУО было выявлено впервые. Отмечалась корреляция ($r=0,26$) между активностью воспалительного процесса и наличием СД 2 типа. Третьим по частоте регистрировались избыточная масса тела (27,7%) и ожирение (16,2%), на что, вероятно, влияло и ограниченное двигательной активности, связанной с болевым синдромом.

Выводы/заключение

РА является гетерогенным по коморбидности заболеванием. Среди патологии эндокринных органов лидируют аутоиммунные поражения ЩЖ, которые при длительном течении заболевания и высоких титрах антител сопровождаются субклиническим и манифестным течением гипотиреоза, что усугубляет клиническую симптоматику РА. НУО отмечено у 25,9% больных РА, выявлена связь СД с активностью воспаления. Избыточная масса тела и ожирение расцениваются как дополнительные факторы нагрузки на суставы и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛА И ЦИКЛОФОСФАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЮПУС-НЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кошукова Г.Н., Петров А.В., Белоглазов В.А., Доля Е.М., Фурсова В.А., Гнатенко Т.Г.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Введение/цель

Волчаночный нефрит, или люпус-нефрит (ЛН), представляет собой одно из наиболее серьезных и прогностически значимых проявлений системной красной волчанки (СКВ). Клинически почечная патология выявляется, по данным разных авторов, у 50–70% больных, а морфологические изменения – еще чаще. В настоящее время для лечения ЛН применяются две терапевтические стратегии: применение циклофосфана (ЦФ) и микофенолата мофетила (ММФ) в сочетании со средними и высокими дозировками глюкокортикостероидов (ГКС). Цель работы – провести сравнительную оценку эффективности и безопасности применения ЦФ и ММФ в лечении ЛН с нефротическим синдромом (НС).

Материал и методы

В исследование включено 18 пациентов с СКВ и НС с длительностью ренальных проявлений заболевания не более 6 мес. Средний возраст больных – $31,3 \pm 4,7$ года, средняя продолжительность заболевания – $3,4 \pm 1,7$ года. Гендерное распределение – 16,7% (n=3) мужчин, 83,3% (n=15) женщин. Всем пациентам проводилось комплексное лечение цитостатиками и ГКС в виде пульс-терапии метилпреднизолоном (МП) 500–1000 мг/сут в течение трех дней с дальнейшим применением МП внутрь (1 мг/кг массы тела в пересчете на преднизолон) в течение 1 мес с постепенным снижением до поддерживающей суточной дозы 8–16 мг. В зависимости от применения цитостатиков больные были разделены на две группы: больным 1 группы (n=8) проводились болюсные внутривенные инфузии ЦФ 800–1000 мг 1 раз/мес, больные 2 группы принимали ММФ внутрь в суточной дозе 2 г. Период наблюдения составил 6 мес.

Результаты/обсуждение

У пациентов обеих групп отмечены положительные результаты в виде значительного снижения суточной протеинурии и повышения сывороточного альбумина, стабилизации показателей креатинина и скорости клубочковой фильтрации. Нежелательные явления (НЯ) наблюдались в обеих группах: в группе ЦФ – у 88,9% больных, в группе ММФ – у 66,7% больных. В группе ЦФ превалировали тошнота (44,4%), оппортунистические инфекции (66,7%), угнетение кроветворения (55,6%), нарушение половых функций (33,3%), гиперлипидемия (44,4%), в то время как в группе ММФ регистрировались оппортунистические инфекции (33,3%), аменорея (11,1%), угнетение кроветворения (22,2%). Отмечен единичный случай развития геморрагического цистита в группе ЦФ. Полученные результаты показали сравнимую эффективность с меньшим показателем НЯ в группе ММФ.

Выводы/заключение

Применение ЦФ и ММФ у больных ЛН с НФ характеризуется одинаковой эффективностью при лучшей переносимости последнего, что позволяет рекомендовать более широкое применение ММФ в качестве иммуносупрессивной терапии у больных с активным ЛП и НФ.

СПОНДИЛОАРТРИТ КАК ИСХОД ТЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

Кошукова Г.Н., Петров А.В., Заяева А.А., Фурсова В.А., Гнатенко Т.Г.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Введение/цель

В настоящее время регистрируется значительный рост заболеваемости реактивными артритами (РеА), с поражением лиц трудоспособного возраста и поздней диагностикой. Несмотря на достигнутые успехи в выявлении этиологического фактора и использование современных схем лечения, приблизительно в 50% случаев отмечается трансформация процесса в хроническое течение с развитием различных вариантов поражения суставов. Цель работы – выявление формирования спондилоартрита (СпА) у лиц, перенесших острый РеА.

Материал и методы

Проведен анализ 37 случаев течения РеА, средний возраст пациентов – $32,4 \pm 4,1$ года, преобладали пациен-

ты мужского пола (86,5%). Наличие олигоартрита – у 78,4%, поражение глаз – у 35,1% пациентов. Всем больным проводилось клинико-лабораторное исследование с определением этиологического фактора, острофазовых показателей и рентгенологическим исследованием. При повторных эпизодах артрита дополнительно проводилось выявление антигена гистосовместимости HLA-B27 и специфических антител – ревматоидного фактора (РФ) и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП).

Результаты/обсуждение

Среди этиологических факторов в 48,7% случаев выявлялась *Chlamidia trachomatis*, в 8,1% – *Ureaplasma urealyticum*, в 13,5% – *Yersinia Enterocolitica*, в 5,4% – *Salmonella enteritidis*, в 10,8% – *Streptococcus Haemolyticus*. В оставшихся случаях этиологический фактор выявить не удалось. В течение 5-летнего периода наблюдения у 51,3% пациентов были отмечены повторные эпизоды артритов и энтезитов, в 27% (n=10) – вовлечение суставов позвоночника с последующим подтверждением диагноза «серонегативный СпА». У 8 из 10 пациентов диагностировалось носительство HLA-B27. В 13,5% (n=5) отмечалось развитие ревматоидного артрита, причем у пациентов данной группы HLA-B27 не обнаруживался. У 4 пациентов выявлялась серопозитивность по РФ и/или АЦЦП, что подтверждало диагноз и требовало назначения болезнью-модифицирующих антиревматических препаратов (БМАРП). У оставшихся 10,8% пациентов сохранялся диагноз «недифференцированный артрит».

Выводы/заключение

У 51,3% больных отмечалась хронизация процесса, в 27% с трансформацией в серонегативный СпА, что обосновывает необходимость обследования всех пациентов с РеА на носительство HLA-B27 и назначением БМАРП на начальных этапах заболевания при положительных результатах тестирования для улучшения качества лечения и предотвращения инвалидизации пациентов.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ VDR И MCP-1 НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СТРОНЦИЕМ РАНЕЛАТА В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ

Крылов М.Ю., Никитинская О.А., Самаркина Е.Ю., Торопова Н.В.

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

Введение/цель

Одной из важных проблем терапии остеопороза (ОП) является выбор антиостеопоротического препарата у конкретного больного, способного в наибольшей степени предотвратить появление новых низкоэнергетических переломов. Поэтому в последнее время разрабатываются персонализированные подходы в лечении пациентов ОП, позволяющие его оптимизировать. Цель – изучить влияние полиморфизмов генов VDR и MCP-1 на эффективность 12-месячного лечения стронцием ранелата (СР) женщин с постменопаузальным ОП.

Материал и методы

Включены 34 пациентки с постменопаузальным ОП (средний возраст 65±8 лет). Все женщины получали СР в дозе 2 г/сут в течение 12 мес. Оценка эффективности терапии осуществлялась с помощью суррогатного критерия – динамики минеральной плотности кости (МПК)

в поясничном отделе позвоночника (МПК L1-L4), в шейке бедренной кости (МПКШБ) и во всем бедре (МПК ВБ). Полиморфизмы генов VDR и MCP-1 были определены методом PCR-RFLP.

Результаты/обсуждение

На фоне лечения СР средняя динамика МПК L1-L4 составила 6,8%±5,3%, МПКШБ – 2,2%±6,6% и МПК ВБ – 3,0%±4,3%. Параметрический корреляционный анализ Пирсона показал статистически достоверную положительную корреляцию между полиморфизмом BsmI гена VDR и показателем динамики МПК L1-L4 ($r=0,35$, $p=0,044$), между полиморфизмом MCP-1 гена и динамикой МПК ВБ ($r=0,50$, $p=0,005$), а также МПКШБ ($r=0,31$, $p=0,08$). Промонстрирована статистически достоверная связь полиморфизма BsmI гена VDR с динамикой МПК L1-L4 ($p=0,013$) и полиморфизма (-2518A/G) гена MCP-1 с динамикой МПК ВБ ($p=0,011$). Так носители генотипов ВВ + Вb имели более низкий прирост МПК L1-L4 (4,2±4,4% и 4,3±4,1% соответственно) по сравнению с гомозиготными носителями bb генотипа (9,2±4,5%), $p=0,024$ и $p=0,008$, соответственно). Обнаружена связь полиморфизма (-2518A/G) гена MCP-1 с эффектом терапии СР на динамику МПК ВБ: так, носители GA генотипа имели достоверно более низкий средний прирост минеральной плотности через 12 мес лечения по сравнению с носителями AA генотипа (0,2±2,5% и 4,4±4,4%, $p=0,004$).

Выводы/заключение

Таким образом, нами было впервые установлено, что у больных ОП при лечении СР носительство аллеля В (ВВ + Вb генотипы) BsmI полиморфизма гена VDR ассоциировалось с более чем в 2 раза меньшей динамикой МПК в позвоночнике по сравнению с лицами, имевшими рецессивный генотип bb. Сходный эффект недостаточного изменения МПК в проксимальном отделе бедра был показан для гетерозиготных носителей GA генотипа (-2518G/A) полиморфизма MCP-1 гена. Выявленные генетические закономерности являются первым шагом к применению персонализированного подхода к выбору противоостеопоротической терапии у конкретного больного.

РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Кузин А.В.¹, Головенко О.В.²

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

Введение/цель

Охарактеризовать спектр ревматологических проявлений при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК).

Материал и методы

В исследование были включены 82 пациента с достоверным диагнозом ВЗК: 35 с болезнью Крона (БК), 47 с язвенным колитом (ЯК) – в возрасте от 18 до 80 лет, предъявлявшие жалобы на боли в различных отделах опорно-двигательного аппарата (ОДА). Проведено клиническое и инструментальное обследование больных, включая рентгенографию суставов и позвоночника, артросонографию. Кроме того, уточнялось наличие узловой эритемы (УЭ)

и увеита на момент обследования и в анамнезе. Диагноз ВЗК всем пациентам был установлен в ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

Результаты/обсуждение

Выявленная патология суставов и позвоночника была четко связана с длительностью ВЗК (при ЯК $r=0,42$, $p=0,02$, при БК $r=0,44$, $p=0,03$).

Выделены следующие варианты поражения ОДА: изолированный периферический артрит (48,8%), сакроилиит изолированный (8,5%) или сочетающийся с периферическим артритом (11%), анкилозирующий спондилит (АС) (12,2%), энтезиты (7,3%), изолированные артралгии (12,2%). Не выявлено статистически значимых различий во всех группах между ЯК и БК ($p>0,05$). У 70,7% заболевание дебютировало с симптомов ВЗК, у 17,7% — одновременное поражение кишечника и суставов, а у 12,2% артрит развивался до появления симптомов поражения кишечника. Преобладал олигоартрит (57,5% больных) с преимущественной локализацией в суставах нижних конечностей. Длительность периферического артрита (ПА) у 76,8% больных составляла не более 6 мес. У большинства пациентов (85%) выявлена хронологическая взаимосвязь ПА с активностью ВЗК. Все пациенты с АС (12,2%) соответствовали Нью-Йоркским модифицированным критериям, индекс BASDAI составил $4,5 \pm 2,3$ балла. HLA-B27 антиген в группе выявлен у 50% больных. Хронологическая связь между активностью ВЗК и АС отсутствовала во всех случаях. Наиболее частыми внекишечными проявлениями ВЗК, ассоциированными с суставным синдромом, были УЭ и увеит, выявленные у 22% пациентов. Установлено, что УЭ встречалась только при ПА и артралгиях, а увеит чаще выявлялся при поражении аксиального скелета в отличие от пациентов с ПА ($p=0,001$).

Выводы/заключение

Поражение ОДА при ВЗК было представлено гетерогенной группой, в которую вошли периферический артрит, изолированный сакроилиит, анкилозирующий спондилит, энтезиты, артралгии. Увеит чаще встречался при аксиальном спондилоартрите, а узловая эритема — при поражении периферических суставов.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ДНКазной СЫВОРОТОЧНОЙ АКТИВНОСТИ И УРОВНЕЙ АНТИНУКЛЕАРНЫХ АРТИТЕЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ИНФЛИКСИМАБОМ

Кундер Е.В., Петрович Д.М.,
Буглова А.Е., Генералов И.И.

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

Введение/цель

В настоящее время большое внимание уделяется изучению новых маркеров ответа на лечение при ревматоидном артрите (РА), потому что до 40% пациентов не достигают ремиссии даже с использованием биологической терапии. Целью данной работы является изучение динамики ДНКазной активности сыворотки и АНА до и во время лечения РА инфликсимабом (ИНФ) и их потенциала в прогнозировании ответа на ИНФ.

Материал и методы

24 пациента с РА были включены в исследование. Все пациенты соответствовали критериям РА EULAR/ACR

(2010). 22/24 пациента получили 6 инфузий ИНФ в дозе 3 мг/кг в соответствии со стандартным протоколом. 2/24 пациента получили 4 инфузии ИНФ. Все пациенты получали метотрексат (10–17,5 мг/нед), 18/24 пациенты — глюкокортикоиды (метилпреднизолон 4–8 мг/сут). До начала лечения пациентов ИНФ не получали каких-либо биологических агентов. Все пациенты имели высокую активность заболевания до начала лечения ИНФ ($DAS28 < 5,1$). Определение АНА проводили методом непрямой иммунофлуоресценции на клетках Her-2 с использованием цифровой системы AKLIDES. АНА измеряли в образцах сыворотки до 1-го введения ИНФ, в течение 22–30 нед после 1-го введения ИНФ. Для определения ДНКазной активности использовали метод риванолового сгустка. ДНКазную активность измеряли в образцах сыворотки до 1-го введения ИНФ, через 6 нед после 1-го введения ИНФ и на 30-й нед лечения.

Результаты/обсуждение

На 30-й нед улучшение ACR70 достигли 5/22 из пациентов, ACR50 — 10/22 из пациентов, ACR20 — 4/24. 13/24 пациента были АНА-положительными до лечения ИНФ, 12/22 — после 24-й нед лечения. Уровни сывороточной ДНКазной активности не отличались до и во время лечения ИНФ ($p>0,05$). Для оценки прогностической ценности лабораторных признаков при прогнозировании ответа на ИНФ использовали метод логистической регрессии. Прогностическая модель, которая включала изменения в АНА (Δ АНА) и уровне ДНКазной сывороточной активности (Δ ДНКазная активность сыворотки), негативность по АЦЦП и РФ была лучше ($p=0,02$) (площадь под ROC-кривой=1,0; 95% ДИ — 0,84–1,00, $p=0,0001$), чем модель, которая включала только негативность АЦЦП и РФ (площадь под ROC-кривой=0,795; 95% ДИ 0,59–0,92, $p=0,0141$).

Выводы/заключение

Результаты исследования подтвердили эффективность лечения РА инфликсимабом для АЦЦП и РФ негативных пациентов. ДНКазная сывороточная активность и АНА могут быть использованы в качестве дополнительных прогностических биомаркеров ответа на ИНФ. Требуется дальнейшее исследование этих показателей в качестве биомаркеров с большим количеством пациентов.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ (Т2Т)

Кунст М.А.^{1,2}, Шевнина Я.О.¹,
Новичкова Н.Л.¹, Абдракипов Р.З.²,

Гимадеева А.М.¹, Лапшина С.А.^{1,2}, Абдулганиева Д.И.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

²Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

Введение/цель

Изучить особенности течения ревматоидного артрита (РА) в Республике Татарстан на примере регионального регистра, эффективность проводимой терапии, результативность динамического наблюдения в рамках концепции Т2Т.

Материал и методы

На базе ревматологического отделения РКБ МЗ РТ в региональную часть российского регистра было включено

но 100 человек (мужчин – 16%, женщин – 84%) в возрасте от 20 до 84 лет (средний возраст $45 \pm 16,2$) с достоверным РА, находящихся под динамическим наблюдением не менее 6 мес с оценкой активности заболевания и коррекцией терапии.

Результаты/обсуждение

В целом диагноз РА устанавливается достаточно поздно, в среднем через $9,2 \pm 2,6$ года, при этом ранняя стадия РА была у 11% больных, развернутая – у 41%, наличие эрозивных изменений по рентгенографии – у 75%. Среднее значение DAS28 составило $4,66 \pm 1,49$ (высокая активность была у 30% пациентов, умеренная – у 55% и низкая – у 15%). Системные проявления РА в виде ревматоидных узелков были выявлены у 25% наблюдаемых. Позитивность по РФ/АЦЦП – у 65% пациентов. Коморбидные заболевания встречались у 58%: гипертоническая болезнь и ИБС (42%), поражение желудочно-кишечного тракта (18%), аутоиммунный тиреоидит (9%), остеопороз (4%), поражение почек (4%), анемии (2%). Базисные препараты принимали 95% больных: метотрексат (средняя доза – $12,8 \pm 7,2$ мг) – 79%, лефлуномид (13%), азатиоприн (3%). При повторных визитах доза метотрексата по необходимости была увеличена и составила $15,9 \pm 8,5$ мг. Глюокортикостероиды (ГК) получали 49% человек в средней дозе $8,3 \pm 6,3$ мг. Терапия биологическими препаратами проводилась у 10% – ритуксимабом, у 1% – тоцилизумабом, у 10% – тофацитинибом. При динамическом наблюдении отмечено снижение активности заболевания (DAS 28 в среднем до $3,52 \pm 1,83$) и дозы ГК у 37% пациентов (в среднем до $4,7 \pm 1,9$ мг/сут).

Выводы/заключение

Диагноз РА продолжает устанавливаться достаточно поздно. При этом появилась группа пациентов с ранним РА, когда лечение наиболее эффективно. Течение заболевания у пациентов характеризуется высокой активностью, наличием внесуставных проявлений и высоким процентом коморбидной патологии. В целом соблюдаются базовые стратегии терапии РА с обязательным назначением базисной терапии при постановке диагноза. Динамическое ведение пациентов в рамках лечения до достижения цели (T2T) обосновано и приводит к хорошему терапевтическому эффекту в виде снижения активности РА.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Курбанова Ш.Р., Ризамухамедова М.З.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Определить основные факторы риска (ФР) развития кардиоваскулярных заболеваний у больных остеоартрозом (ОА).

Материал и методы

Объектом исследования явились 60 больных ОА в возрасте от 50 до 70 лет с продолжительностью заболевания 1–9 лет (в среднем $6,8 \pm 1,7$ года), получающих стационарное лечение. Обследование включало рентгенологическое исследование суставов, антропометрические измерения: рост (см), масса тела (кг), окружность талии (ОТ) и бедра (ОБ); вычисление индекса массы тела (ИМТ) по формуле Кетле, соотношение ОТ/ОБ (норма < 1), измерение липидного спектра сыворотки крови, рассчитывался индекс атерогенности (ИА).

Результаты/обсуждение

Среди основных ФР чаще выявились повышение уровня общего холестерина $> 6,5$ ммоль/л у 46 пациентов (76,6% случаев) и триглицеридов $> 2,3$ ммоль/л у 48 больных ОА (80% случаев), против снижения уровня холестерина липопротеидов высокой плотности 140 мм. рт. ст. у 34 (56,6%). Из дополнительных ФР у подавляющего большинства больных выявлено увеличение ИМТ: у 18 (30%) – избыточная масса тела, у 15 (25%) – ожирение I степени, у 9 (15%) – II степени и у 3 (5%) – III степени. Из всех пациентов с ОА нормальная масса тела имела только у 15 пациентов, что составило 25%. Висцеральный тип ожирения (ОТ > 102 см) установлен у 19 (31,6%) больных ОА, страдающих ожирением.

Выводы/заключение

Таким образом, к основным ФР кардиоваскулярных заболеваний относятся повышение уровня холестерина, триглицеридов, систолического артериального давления, увеличение ИМТ – ожирение, с которым связывают повышение риска развития кардиоваскулярных заболеваний.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НА ТОЛЕРОГЕННЫЕ СВОЙСТВА ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Курочкина Ю.Д., Тихонова М.А.,

Тыринова Т.В., Леплина О.Ю.,

Сизиков А.Э., Сулутьян А.Э., Коненкова Л.П.,

Чумасова О.А., Останин А.А., Черных Е.Р.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт фундаментальной и клинической иммунологии», Новосибирск, Россия

Введение/цель

Дендритные клетки (ДК) играют важную роль в патогенезе ревматоидного артрита (РА), обладая способностью презентировать хрящевые гликопротеины, продуцировать провоспалительные цитокины и активировать Т-клетки к продукции Th1 и Th17 цитокинов. Наряду со стимулирующей активностью ДК могут оказывать толерогенный эффект, в связи с чем ДК рассматривается в качестве новой стратегии лечения РА. Цель нашего исследования – оценить влияние медикаментозной терапии на свойства ДК *in vivo* у больных РА.

Материал и методы

В исследование включено 39 пациентов с высокой и умеренной активностью заболевания. Диагноз РА соответствует критериям ACR/EULAR (2010). Пациенты получали метотрексат, лефлуномид или сульфасалазин в стандартных дозах (РА1) или пульс-терапию метилпреднизолоном 500 мг № 3/ГИБП – адалимумаб или ритуксимаб (РА2). ДК генерировали путем культивирования моноцитов в течение 5 сут с GM-CSF и IFN- α в отсутствие и присутствии дексаметазона, вносимого на 3 сут. LPS в качестве дозревающего стимула вносили на 4 сут. Экспрессию CD14, CD 83, CD86, HLA-DR и TLR2 на ДК определяли методом проточной цитометрии. Функции ДК оценивали по продукции цитокинов и аллостимуляторной активности ДК смешанной культуры лимфоцитов (СКЛ).

Результаты/обсуждение

Общей особенностью ДК в группах РА1 и РА2 являются признаки незрелости ДК, проявляющиеся усилением экспрессии CD14 и снижением доли зрелых (CD14-CD83⁺) ДК. При этом ДК-РА2 имеют ряд отличий – хара-

ктеризуются достоверно повышенным (по сравнению с ДК доноров) содержанием промежуточных по степени зрелости CD14+CD83+ клеток, более высокой (в сравнении с ДК-доноров и ДК-РА1) экспрессией коингибиторной молекулы В7-Н1 (PD-1L), а также тенденцией к более низкой экспрессии CD86 и более высокому содержанию ДК, экспрессирующих TLR-2. Также ДК-РА2 в сравнении с ДК-РА1 обладают повышенной продукцией IL-6 и двукратно сниженной аллостимуляторной активностью, что в совокупности с фенотипическими изменениями свидетельствует о более выраженных «толерогенных» свойствах ДК в группе РА2. Несмотря на различия ДК в группах РА1 и РА2, оба типа клеток сохраняют *in vitro* чувствительность к действию дексаметазона, обработка которым приводит к значительному угнетению продукции TNF- α и снижению аллостимуляторной активности ДК.

Выводы/заключение

IFN-ДК у больных РА, получающих медикаментозную терапию, характеризуются наличием толерогенных свойств, которые наиболее выражены при использовании в программе лечения биологических препаратов или пульс-терапии кортикостероидами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ: ОПЫТ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ОБСЕРВАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кучинская Е.М., Костик М.М., Абдурагимова Ф.Н., Дубко М.Ф., Калашникова О.В., Часнык В.Г.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Системная красная волчанка (СКВ) у детей является системным заболеванием с непредсказуемым и более тяжелым, по сравнению со взрослыми пациентами, течением. В настоящее время не существует стандарта терапии СКВ у детей. Несколько исследований продемонстрировали высокую эффективность анти-В-клеточной терапии ритуксимабом (РТ) в терапии различных аутоиммунных заболеваний у взрослых. Данные по применению РТ у детей немногочисленны и основаны на исследованиях, включающих небольшое количество пациентов. Цель – оценить эффективность и безопасность применения РТ у детей с СКВ.

Материал и методы

Настоящее ретроспективное исследование включает 16 пациентов с СКВ, с дебютом заболевания в возрасте от 5 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в СПб ГПМУ. Всем пациентам проводилась терапия РТ в дозе 375 мг/м² еженедельно в течение 4 нед, 10 из 16 получили повторные курсы через 6–12 мес после первого, в зависимости от активности заболевания и тяжести побочных эффектов кортикостероидной терапии. Терапия РТ назначалась пациентам с тяжелым жизнеугрожающим течением СКВ, в случае неэффективности гормонально-цитостатической терапии или же невозможности снижения суточной дозы кортикостероидов. Для оценки эффективности терапии РТ использовались динамика основных лабораторных показателей активности заболевания (иммунологические маркеры – антинуклеарный фактор, антитела к двуспиральной ДНК, субпопуляционный состав

лимфоцитов; суточная потеря белка с мочой, мочевины, креатинин, С-реактивный белок, показатели гемограммы), суточной дозы кортикостероидов, индексов активности SLEDAI, ECLAM, а также индекса повреждения SLICC/ACR. Использовались методы описательной статистики (определялись медиана и интерквартильный размах), χ^2 , точный критерий Фишера. Для сравнения двух зависимых групп использовались парный тест Вилкоксона, для сравнения более двух зависимых групп – тест Фридмана.

Результаты/обсуждение

На фоне терапии РТ отмечено значимое снижение показателей активности патологического процесса. Медиана индекса SLEDAI снизилась с 12 (6–26) до 2 (0–4); $p=0,001$, ECLAM с 3 (1,5–5,5) до 1 (0–1); $p=0,002$, SLICC/ACR Damage Index с 1 (0,5–3) до 1 (0–1); $p=0,015$, уровень антител к двуспиральной ДНК с 126,6 IU/l (21–214) до 14 IU/l (1–60); $p=0,046$, суточная доза кортикостероидов с 0,9 (0,2–1,1) до 0,17 (0,1–0,25) мг/кг; $p=0,0015$ и с 33,75 (7,5–50,0) до 10,0 (7,5–13,75) мг/сут; $p=0,0018$, количество CD19-лимфоцитов с 26% (11–35,2) до 2% (0,3–7,7); $p=0,04$. При этом отмечено 3 случая серьезных нежелательных явлений: один случай пневмонии и 2 летальных исхода у пациентов с высокой активностью заболевания и присоединением генерализованной микотической инфекции.

Выводы/заключение

Терапия РТ эффективна и относительно безопасна для пациентов с тяжелыми формами СКВ, резистентными к гормонально-цитостатической терапии.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АРТРОПЛАСТИКИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Лапшина С.А.^{1,2}, Ахтямов И.Ф.^{1,2}, Ардашев С.А.¹, Гильмутдинов И.Ш.², Мясоутова Л.И.¹

¹ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

²Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

Введение/цель

Синовиальная оболочка при ревматоидном артрите (РА) продуцирует множество цитокинов, вызывающих деструкцию суставного хряща, определяя в ряде случаев необходимость эндопротезирования (ЭП) сустава. Воспалительный субстрат внутри сустава может являться источником высокой активности РА. При этом в большинстве центров берут пациентов на ЭП суставов лишь в период минимальной активности заболевания. Цель – оценить результаты ЭП коленных и тазобедренных суставов у пациентов с высокой активностью РА и качество жизни пациентов в течение первого года после операции.

Материал и методы

ЭП коленных и тазобедренных суставов выполнено 36 пациентам (средний возраст – 55,8±9,4 года) с РА высокой активности по DAS28 (средняя – 5,53±0,67 балла). На момент операции продолжительность заболевания – 11,86±4,92 года, серопозитивность по ревматоидному фактору – у 27 (75%) человек. Принимали базисные противоревматические препараты (БПВП) на момент операции 30 (83,3%) пациентов (метотрексат – 25 (69,4%), лефлуно-

мид – 3 (8,3%), сульфасалазин 2 (5,6%), ГКС (преднизолон в средней дозе $4,2 \pm 4,3$ мг/сут) – 16 (44,4%) человек, из них в сочетании с БПВП – 8 (22,2%). Объем терапии не менялся после операции. Биологические препараты (инфликсимаб, адалимумаб, ритуксимаб, этанерцепт) до ЭП получали 7 (19,4%) пациентов. До операции, после нее, через 6 и 12 мес оценена боль в суставах (ВАШ), активность заболевания – DAS28, функциональная способность по индексу HAQ.

Результаты/обсуждение

Уменьшение интенсивности боли по ВАШ наблюдалось уже в первый месяц после ЭП ($47,3 \pm 18,6$ мм), изначально она составляла $72,6 \pm 14,2$ мм, через 6 мес снизилась в 1,5 раза до $48,7 \pm 11,2$ мм ($p < 0,05$), через 12 мес – до $29,8 \pm 10,3$ мм ($p < 0,05$). Через 6 мес после ЭП достоверно ($p < 0,05$) снизилась активность заболевания по DAS28 с $5,53 \pm 0,67$ до $3,84 \pm 0,56$; к 12 мес DAS28 – $3,24 \pm 0,61$. Отмечена положительная динамика функциональной способности по индексу HAQ: до операции – $1,74 \pm 0,25$, через месяц после ЭП – $1,64 \pm 0,28$, через 6 мес – $1,22 \pm 0,28$ ($p < 0,05$), через 1 год – $1,03 \pm 0,18$ балла ($p < 0,05$). Осложнений после операций не зарегистрировано.

Выводы/заключение

ЭП суставов у пациентов с высокой активностью РА может быть обоснованным и эффективным в плане улучшения функциональной способности и купирования боли. Удаление патологически измененных тканей сустава способствует снижению активности РА в целом.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Леушина Е.А., Веджижева М.М.

ФГБОУ ВО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров, Россия

Введение/цель

Провести анализ приверженности к терапии больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Материал и методы

Исследование было проведено в терапевтической клинике г. Кирова. Включено 30 больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Пациенты были как трудоспособного, так и пожилого возраста (от 22 до 75 лет), как женского, так и мужского пола. Из них 12 мужчин и 18 женщин. Средний возраст составляет $60,7 \pm 5,6$ года, что по новой возрастной классификации Всемирной организации здравоохранения: молодой возраст (16,3%), средний возраст (20,7%), пожилой возраст (50%), старческий возраст (13%). Средний возраст мужчин составил $56,7 \pm 4$ лет; женщин – $61 \pm 3,5$ лет. Проводился опрос пациентов для выяснения комплаенса рекомендованного лечения.

Результаты/обсуждение

По данным анкетирования было выявлено, что: полиартроз наблюдался у 46,6% больных, гонартроз – у 46,6%, коксартроз – в 20% случаев, болезнь Бехтерева – у 6,6% больных, дорсопатия – у 3,3%, ревматический артрит – у 3,3% больных, с полипатологией опорно-двигательного аппарата – 16,6% больных. По результатам исследования было обнаружено, что лишь 50% мужчин и 88,8% женщин регулярно принимают назначенную терапию. Ситуационно принимают препараты: 41,6% мужчин и 16,6% женщин. Вообще не принимают препараты: 6,6% больных: 8,3% мужчин, 5,5% женщин. Основными причинами несо-

блюдения комплаенса лечения являются: забывчивость пациентов принимать лекарственные средства – 6,6%, не устраивает стоимость лечения – 90%, пациенты считают, что лишь при сильных болях нужно специализированное и постоянное лечение – 13,3%.

Выводы/заключение

В периоды ремиссии заболеваний у больных создается ошибочное впечатление состояния своего здоровья. Поэтому типичная модель терапевтического поведения больных с патологией опорно-двигательного аппарата заключается в редком приеме лекарств только при ухудшении состояния. Для повышения приверженности к терапии больных с патологией опорно-двигательного аппарата необходимо использовать образовательные программы, упростить лекарственный режим (назначать препараты длительного действия), рекомендовать препараты, указывая фармацевтическое название, в целях экономии бюджета пациента, достичь доверия больного и врача. Также обязательно проинформировать пациента о возможных осложнениях при патологии опорно-двигательного аппарата и методах профилактики (правильное питание, умеренная физическая нагрузка, защита суставов от переохлаждения, ношение обуви на удобном каблуке, исключение скрещивания ног в положении сидя, контроль за весом, здоровый образ жизни, режим отдыха и сна, исключение стрессовых факторов).

ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ В ЭТИОЛОГИИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Лигостаева Е.А., Цурикова Н.А.,

Цыганок И.А., Кобзева Н.Н., Авдеенко В.Ю.

ГБУ РО «Областная детская клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия

Введение/цель

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – хроническое заболевание длительностью более 6 нед, развивающееся у детей в возрасте до 16 лет и характеризующееся воспалительным поражением суставов. Этиология и патогенез ЮИА в настоящее время до конца не изучены. Целью нашего исследования явился анализ триггерных факторов в этиологии ЮИА у детей Ростовской области.

Материал и методы

Проведен детальный анализ анамнеза, клинической картины, результатов лабораторно-инструментальных методов обследования у 244 детей с установленным диагнозом ЮИА, госпитализированных в педиатрическое отделение ГБУ РО «ОДКБ».

Результаты/обсуждение

Было установлено, что преимущественно заболевали девочки (64,7%) в возрасте от 5,6 до 14,3 года (средний возраст на момент дебюта $12,3 \pm 1,8$ года). У большей части детей – 166 (68,1%) триггерный фактор в этиологии ЮИА не был установлен; 30 детей (12,3%) заболевали после вакцинации, у 23 (9,4%) пациентов дебют ЮИА был зарегистрирован после лечения ОРЗ противовирусными препаратами с иммуномодулирующим эффектом, в 22 (9,0%) случаях дети заболевали после инсоляции, у 3 детей (1,2%) триггерным фактором была травма суставов.

Выводы/заключение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в большинстве случаев триггерный фактор в этиологии

ЮИА не установлен, в остальных случаях с установленным триггерным фактором наибольшее число детей заболели после вакцинации, инсоляции и лечения ОРЗ с применением противовирусных препаратов с иммуномодулирующим эффектом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Лисицкий И.Ю., Киселев А.М., Киселев С.Е.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Введение/цель

Патологические процессы КВО, как правило, сопровождаются дислокационными осложнениями, приводящими к грубым неврологическим расстройствам, а иногда и к смертельному исходу. Одним из заболеваний, поражающих КВО и приводящих к атлантоаксиальным дислокациям (ААД), является ревматоидный артрит. Ошибки, допущенные при диагностике и выборе тактики лечения ревматоидного поражения КВО, являются причиной неблагоприятных исходов. Цель исследования – определить тактику хирургического лечения ААД при ревматоидном поражении КВО с учетом ригидности деформации.

Материал и методы

В 2015–2016 гг. нами оперировано 7 пациентов с ААД ревматоидного генеза. Из них у 2 больных деформация была фиксированной и сочеталась с базилярной инвагинацией. Грубые проводниковые расстройства наблюдались у всех пациентов. Инструментальная коррекция деформации и атлантоаксиальный спондилодез с использованием винтовых металлоконструкций из заднего доступа выполнен у 3 больных. Комбинированные оперативные вмешательства из заднего и переднего трансорального доступа выполнены в 2 случаях.

Результаты/обсуждение

У всех пациентов в послеоперационном периоде удалось достичь значимого регресса неврологических расстройств. Существенные ограничения движений в шейном отделе позвоночника наблюдались только в случаях выполнения окципитоспондилодеза. Результаты прослежены в течение 1 года. Раннее формирование ААД характерно для ревматоидного поражения КВО. Тяжелые неврологические осложнения, а также риск их развития определяют показания к оперативному лечению. Учитывая прогноз, оперативное лечение в этих случаях должно проводиться как можно раньше. Целью хирургического лечения ААД ревматоидного генеза является устранение сдавления ствола мозга и надежная фиксация пораженной области. Тактика хирургического лечения ААД определяется стабильностью деформации. При манифестации ревматоидного поражения дислокационные осложнения имеют нефиксированный характер. Неврологические осложнения обусловлены дислоцированным зубовидным отростком и ревматоидной гранулемой.

Выводы/заключение

Использованная тактика хирургического лечения ААД позволяет воссоздать нормальные анатомические взаимоотношения в КВО, устранить компрессионное воздействие на ствол мозга, минимизировать функциональные потери в послеоперационном периоде.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Лисицына Т.А.¹, Вельтишев Д.Ю.², Серавина О.Ф.², Ковалевская О.Б.², Старовойтова М.Н.¹, Десинова О.В.¹, Абрамкин А.А.¹, Овчаров П.С.¹, Васильев В.И.¹, Алекберова З.С.¹, Краснов В.Н.², Насонов Е.Л.¹

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ²ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

Введение/цель

Сравнительный анализ частоты встречаемости и структуры психических расстройств (ПР) у больных с различными ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материал и методы

Обследован 601 пациент с различными РЗ: 180 – с достоверным диагнозом СКВ, 125 – РА, 110 – ССД, 106 – ББ, 80 – БШ. Во всех группах, за исключением ББ (71,7% – мужчины), преобладали женщины (95% больных БШ, 88,2% – ССД, 87,2% – РА, 85,5% – СКВ). Средний возраст был несколько меньше у больных ББ (33,3±0,98 года) и СКВ (34,6±0,93 года) при сравнении с пациентами с ССД – 49,9±2,47, РА – 47,4±1,01 и БШ – 46,2±2,3 года. Средняя длительность РЗ была больше при ББ – 148,5±10,4, БШ – 141,6±8,92, РА – 138,4±10,1 мес, и меньше при СКВ – 134,9±8,8 и ССД – 87,0±5,04 мес. Средняя активность СКВ по индексу SLEDAI – 9,13±0,63 балла (высокая), активность РА по индексу DAS28 – 5,26±0,17 балла (высокая), ББ по индексу BDCAF – 3,79±0,2 балла (умеренная), ССД по G. Valentini – 1,10±0,20 балла (умеренная). 100% больных БШ, 91,1% – СКВ, 90% – ССД, 86,8% – ББ и 67,2% – РА принимали ГК внутрь. БПВП принимали 90% пациентов с ССД, 84% – ББ, 79,2% – РА, 68% – БШ, 40,6% – СКВ. ПР диагностированы психиатром с использованием полуструктурированного интервью на основании критериев МКБ-10. Для диагностики КН использованы клинико-психологические методики.

Результаты/обсуждение

ПР преимущественно тревожно-депрессивного спектра (РТДС) выявлены у большинства пациентов, чаще при БШ (97,5%), РА (94,4%), ССД (83%), реже при СКВ (78,8%) и ББ (77,3%). При всех РЗ преобладали хронические варианты РТДС – рекуррентная депрессия и дистимия, которые были провоцированы хроническими стрессовыми факторами и часто предшествовали РЗ (в 78% при ССД, 75% – БШ, 58% – РА, 40% – СКВ, 21,5% – ББ). Большая депрессия значимо чаще ($p < 0,05$) наблюдалась при ССД (43,5%) и РА (34,4%), реже – при БШ (27,5%), СКВ (20%) и ББ (11,2%). Малая депрессия преобладала среди больных с ББ (49%), ССД (46%) и РА (35,2%), реже выявлялась при СКВ (30%) и БШ (21%). Тревожные расстройства встречались реже, чем депрессивные, и выявлены преимущественно при БШ (25%), СКВ (24,4%), РА (24%) и ББ (17%). Помимо РТДС, для больных РЗ характерны когнитивные нарушения (КН) различной степени выраженности. КН преобладали среди больных ССД (выявлены у 100%), ББ (77%), БШ (69%) и РА (67%). У пациентов с ССД, БШ и РА КН проявлялись преимущественно

нарушением логического мышления и ассоциативной памяти, а при ББ и СКВ – нарушением механической памяти и концентрации внимания. У 40% пациентов с ССД, 24% – БШ и 7% – РА выявлено шизотипическое расстройство, не характерное для больных СКВ и ББ. Делирий наблюдался только у больных СКВ в единичных случаях (3,3%).

Выводы/заключение

ПР, чаще РТДС и КН, характерны для большинства больных РА, СКВ, ССД, БШ и ББ. Выявлены особенности психопатологической структуры ПР и КН при различных РЗ, что предполагает особенности терапевтической тактики и прогноза заболеваний.

ДИНАМИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ РАННЕМ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ЧЕРЕЗ ГОД ЛЕЧЕНИЯ В РАМКАХ СТРАТЕГИИ «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ» (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ «РЕМАРКА»)

Логина Е.Ю., Кортаева Т.В., Смирнов А.В., Колтакова А.Д., Каратеев Д.Е. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Рентгенологическое прогрессирование у больных ранним псориатическим артритом (рПсА) в рамках стратегии лечения до достижения цели – Treat-to-target (T2T) изучено недостаточно. Цель – изучить рентгенологические изменения у больных рПсА через 1 год лечения по принципам T2T.

Материал и методы

Обследовано 40 пациентов (22 женщины) с активным рПсА, соответствующих критериям CASPAR, средний возраст 38,4±11,1 года, длительность ПсА 11,9±10,6 мес, длительность псориаза 73,8±84,6 мес, медиана DAS 3,8 [3,2; 4,7], включенных в исследование РЕМАРКА. На старте всем пациентам назначался метотрексат (МТ) 20–25 мг/нед п/к. При сохранении высокой или умеренной активности через 3–6 мес пациентов переводили на комбинированную терапию МТ+биологическая терапия (БТ) (n=21). 19 пациентов продолжили монотерапию МТ. На старте и через год выполняли рентгенографию кистей и стоп. Рентгенологическое прогрессирование оценивал независимый рентгенолог по методу Sharp/van der Heijde (Sh.-v.d.H): общий суммарный балл (ОСБ) Sh.-v.d.H=суммарный балл количества эрозий (СБЭ) + суммарный балл сужения щелей (СБСЩ). Рассчитывали M±SD, Me [Q75; Q50], критерий Вилкоксона. Статистически достоверными считали результаты при p<0,05.

Результаты и обсуждение

На момент включения 23 пациента (57%) с рПсА имели эрозии. Через год число больных с эрозиями возросло до 26 (65%). Медиана ОСБ Sh.-v.d.H значимо выросла с 91,5 [72–108,5] до 91,5 [73,5–111,5] (p<0,01), СБЭ с 2 [0–4,5] до 2,5 [0–5] (p<0,05) и СБСЩ с 85 [69–105] до 87 [71,5–107] (p<0,01). Через год не было выявлено существенных различий между пациентами, получавшими монотерапию МТ и МТ+БП по значению ОСБ Sh.-v.d.H (p>0,05). У 29 из 40 пациентов (72,5%) не было выявлено рентгенологической прогрессии ни по эрозиям, ни по сужению суставной щели. 13 из них (45%) получали МТ и 16

(55%) – МТ+БТ. Отрицательная рентгенологическая динамика была выявлена у 11 из 40 (27,5%): 6 из них (54,5%) лечились МТ и 5 (45,5%) – МТ+БТ.

Выводы/заключение

В российской когорте больных рПсА эрозии определялись более чем в половине случаев. Через год лечения в рамках стратегии T2T у 72,5% больных рПсА не было выявлено рентгенологической прогрессии, четверть больных (27,5%) имели отрицательную рентгенологическую динамику независимо от характера терапии.

АНАЛИЗ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОК С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПО ДАННЫМ СПБ ГБУЗ

«КРБ № 25» ЗА ПЕРИОД С 1988 ПО 2015 г.

Ломарева Н.И., Петрова М.С., Инамова О.В.

СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Беременность у пациенток с системной красной волчанкой (СКВ) представляет определенный риск для матери и плода, влияние заболевания неблагоприятно сказывается на течении беременности. Частота осложнений – прерывание беременности, преждевременные роды, внутриутробная гибель плода – очень высока. Цель – оценка исходов беременностей у пациенток с СКВ.

Материал и методы

Исследование выполнялось на базе СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25». Проведен ретроспективный анализ 18 карт пациенток с СКВ, 25 случаев беременности.

Результаты/обсуждение

Группы: возраст до 20 лет – 8 (44,4%), до 30 лет – 8 (44,4%), старше 30 лет – 2 (11,2%). Средний возраст дебюта СКВ – 21,1 года (4 случая) дебюта заболевания на фоне наступления беременности). Средняя длительность болезни до первой беременности – 9,5 года. Частота проявлений СКВ в период беременности: аллопеция 6 (24%), язвы слизистой оболочки 1 (4%), перикардит 2 (8%), низкий комплемент 7 (28%), повышенное связывание ДНК 21 (84%), лихорадка 14 (56%), тромбоцитопения 1 (4%), лейкопения 12 (48%). Активность по шкале SELENA-SLEDAI: в дебюте заболевания 9–47 баллов (средний 21,6), в период беременности 33–2 балла (средний 6,5). Поражение почек и ЦНС отмечены у 14% пациенток. Патогенетическая терапия в период беременности: пульс-терапия в 5 случаях (20,8%), гкс *per os* 18 случаев от 2,5 мг/сут до 70 мг/сут (средняя доза 12,8 мг/сут). В 19 случаях беременность наступила на фоне клинико-лабораторной ремиссии, в т.ч. в 3 случаях с отменой патогенетической терапии. У 1 пациентки применялся экстренный диализ в связи с быстро прогрессирующим гломерулонефритом и почечной недостаточностью. Благоприятные исходы: роды, закончившиеся рождением здорового ребенка, – 17 случаев (68%). Неблагоприятные исходы: 8 случаев (32%): прерывание беременности по медицинским показаниям – 2 (активная СКВ – 1, сопутствующая патология – 1), гибель недоношенного ребенка в первые сутки после родов – 1, смерть пациентки – 1, не вынашивание беременности в сроки 6/8–20 недель – 4.

Выводы/заключение

Одним из благоприятных факторов прогноза исходов беременности является минимальная активность СКВ,

в т.ч. у пациенток с острым вариантом дебюта заболевания с поражением почек и ЦНС.

ПРЕПАРАТЫ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА, В ТОМ ЧИСЛЕ НА РАННИХ СТАДИЯХ ПРОЦЕССА

Лучкина О.Е., Щендригин И.Н.

ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница» Минздрава России, Ставрополь, Россия

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) — одно из самых распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата, приводящих к снижению качества жизни. Цель работы — изучение эффективности препарата Синвиск I при артрозе голеностопных суставов и Синвиск оне при гонартрозе при различных вариантах остеоартроза.

Материал и методы

В исследование включен 51 больной с достоверным ОА, из них 36 — с двусторонним гонартрозом, 15 — с артрозом голеностопных суставов. Из 36 пациентов с двусторонним гонартрозом у 11 наблюдался артроз начальной стадии в рамках синдрома дисплазии соединительной ткани с поражением опорно-двигательного аппарата. Женщины составили 88,8%, мужчины — 11,1%. Средний возраст 45,1±9,4 года, длительность заболевания 24,8±11,1 мес. Диагностика заболевания основывалась на критериях АСК 1987 г.

Результаты/обсуждение

Через месяц после первого курса лечения: (Синвиск I — по 2 мл № 2 с промежутком в неделю в голеностопные суставы и Синвиск оне 6 мл № 1 в коленные суставы) у пациентов отмечалась положительная динамика. Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ в покое и при нагрузке снизилась в сравнении с данными до лечения с 29,3±4,06 и 71,3±10,4 мм до 14,7±3,2 и 32,4±6,2 мм соответственно ($p < 0,05$). Также уменьшились показатели индекса Лекена. До начала лечения уровень индекса Лекена составлял 18,6±3,8 балла. Спустя месяц после первого введения синвиска как в коленные, так и в голеностопные суставы индекс Лекена составил 7,2±1,3 балла ($p < 0,05$). Шкалы индекса Womac (боль, скованность, функции сустава) исходно — 142,4±28,5; 69,4±10,6; 406,7±84,6; 516,8±91,2 мм. А через месяц после первого введения — 84,26±21,6; 36,7±5,4; 245,6±42,4; 334,3±79,9 мм ($p < 0,01$). Основными рентгенологическими показателями прогрессирования остеоартроза являются сужение суставных щелей и остеофитоз. Через 6 мес после повторного введения синвиска, отмечена следующая динамика — у 44 пациентов без прогрессирования снижения высоты рентген щели (как при II, так и при III стадии остеоартроза). В этой же группе не обнаружено появление «новых» остеофитов (у 86%). Надо отметить, что все 11 человек с начальными стадиями остеоартроза в рамках синдрома дисплазии соединительной ткани попали в это число без рентгенологического прогрессирования.

Выводы/заключение

Препараты гиалуроновой кислоты (в частности, синвиск) положительно влияют как на клиническое течение ОА, так и на рентгенологическое прогрессирование процесса, и, вероятно, целесообразно их использовать и при первой (начальной) стадии ОА, возникшего в рамках синдрома дисплазии соединительной ткани.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ, СОДЕРЖАЩИМ ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТ И ГЛЮКОЗАМИН ГИДРОХЛОРИД

Майко О.Ю.

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

Введение/цель

Оценить в сравнительном аспекте клиническую эффективность курсового лечения с использованием комбинированного препарата, содержащего хондроитин сульфат и глюкозамин гидрохлорид (артра) у больных остеоартрозом коленных и тазобедренных суставов по клиническим показателям и параметрам качества жизни (КЖ).

Материал и методы

Обследовано 60 амбулаторных больных с обострением гонартроза (ГА) и коксартроза (КА) I–III стадий, обратившихся в поликлинику. Преобладали женщины (91%), с выраженной болью болевого синдрома по ВАШ более 40 мм. Средний возраст пациентов составил 58 (54; 60) лет, средняя длительность ОА — 7 (5; 12) лет. Диагностирована II стадия ОА у 32 (54%) пациентов, I — у 17 (28%) и III — у 11 (18%). У больных ГА (n=40) и КА (n=20) лечение проводилось препаратом артра по схеме: по 1000 мг 2 раза/сут в течение 3 нед, затем 1 раз/сут до 3 мес по 2 курса терапии в течение 12 мес.

Результаты/обсуждение

Начиная с 1-го мес от начала терапии уменьшалась выраженность болевого синдрома при ходьбе и в покое по ВАШ и функциональное состояние суставов. Параметры КЖ по индексу EQ-5D улучшились у больных ГА, а при КА сохранились на прежнем уровне. Через 3 мес от начала лечения с использованием артры был достигнут статистически значимо выраженный эффект в отношении всех клинических показателей по сравнению с исходными значениями, причем выявлена тенденция более выраженной положительной динамики при ГА, чем при КА. Так, боль при ходьбе по ВАШ у больных ГА снизилась на 48%, а при КА на 38% по сравнению с исходным уровнем. Выраженность боли в покое по ВАШ уменьшилась при ГА на 67%, при КА — на 50%. У больных ГА аналогичная положительная динамика была выявлена при оценке индексов Лекена и WOMAC соответственно на 45% и 50%. При КА отмечались менее выраженные изменения показателей по индексу Лекена — на 42% и WOMAC — на 34% соответственно. Статистически значимо улучшились параметры КЖ по индексу EQ-5D у больных ГА на 45%, чем при КА — 34%, причем при ГА значения стали достоверно лучше по сравнению с показателями у больных КА и приблизились к популяционной норме.

Выводы/заключение

Полученные данные клинической эффективности курсового лечения с использованием препарата артра у больных ГА и КА, свидетельствуют о целесообразности проведения длительного курсового лечения. У больных гонартрозом наиболее выраженный клинический эффект отмечался преимущественно при I–II стадиях, по сравнению с коксартрозом. Также на фоне курсовой терапии при гонартрозе отмечался более продолжительный эффект последствие по влиянию на клинические проявления ОА.

ПОЛИМОРФИЗМ RS9594738 ГЕНА TNFSF11 И РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Майлян Э.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

Введение/цель

Высокая актуальность постменопаузального остеопороза, в том числе в ревматологической практике, свидетельствует о необходимости разработки современных способов выявления предрасположенности к заболеванию. Оценка индивидуального риска формирования патологии может базироваться на результатах молекулярно-генетических исследований. Цель исследования – изучить ассоциации генотипов и аллелей полиморфизма rs9594738 (C>T) гена TNFSF11 с развитием остеопороза шейки бедренной кости у женщин в постменопаузальном возрасте.

Материал и методы

Обследование женщины в постменопаузе (возраст $61,0 \pm 0,50$ года) включало проведение остеоденситометрии методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии шеек левого ($n=384$) и правого ($n=303$) бедра, а также детекцию полиморфизма rs9594738 гена TNFSF11 методом ПЦР в режиме реального времени. Достоверность различий в распределении генотипов и аллелей между группами оценивалась при помощи χ^2 и методом углового преобразования Фишера.

Результаты/обсуждение

Наличие остеопороза шейки левого бедра сочеталось с пониженной частотой генотипа CC (OR=0,41; 95% CI: 0,18–0,93; $p=0,046$) и аллеля C (OR=0,46; 95% CI: 0,28–0,75; $p=0,003$) по сравнению с данными, полученными в группе женщин с нормальными показателями денситометрии. Кроме того, при остеопорозе шейки левого бедра значительно чаще, чем в контрольной группе, обнаруживались генотип TT (OR=2,99; 95% CI: 1,39–6,45; $p=0,013$) и аллель T (OR=2,20; 95% CI: 1,34–3,60; $p=0,003$). В группе больных остеопорозом шейки правого бедра также была повышена по сравнению со здоровыми женщинами частота регистрации генотипа TT (OR=5,02; 95% CI: 2,23–11,30; $p<0,001$).

Выводы/заключение

Полученные данные свидетельствуют о важной роли полиморфизма rs9594738 (C>T) гена TNFSF11 в формировании постменопаузального остеопороза шейки бедренной кости и могут быть использованы для разработки прогностических критериев с целью выявления предрасположенности к заболеванию и повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

Мальшенко О.С., Раскина Т.А., Пирогова О.А., Аверкиева Ю.В.

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

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) – заболевание, характеризующееся развитием хронического системного воспалительного процесса с преимущественным поражением осевого скелета. Пациенты с хроническими костно-мышечными болезнями часто страдают сопутствующими

заболеваниями, которые могут иметь причинно-следственную связь с основным заболеванием (воспалительные заболевания кишечника, увеит или псориаз), могут возникать вследствие хронического воспаления (сердечно-сосудистые болезни), развиваться как осложнения лекарственной терапии (язвенная болезнь желудка или инфекции) или случайно возникать одновременно с основным заболеванием. Цель – оценить частоту сопутствующих заболеваний при АС.

Материал и методы

Обследовано 86 пациентов с достоверным диагнозом АС (59 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 21 года до 62 лет (медиана [25-й; 75-й перцентили] – 44 [34,25; 49,5] года). Длительность заболевания составила 10 (4; 28) лет. У 68,9% больных определялся HLA-B27. В 29% случаев имелись внескелетные проявления болезни: увеит – 10,5%, кардит – 8,1%, псориаз – 4,7%. Все пациенты получали НПВП, 35 – сульфасалазин; 9 – метотрексат; 4 пациентам, с неэффективностью НПВП, назначался инфликсимаб по стандартной схеме (5 мг/кг массы тела пациента).

Результаты/обсуждение

Сопутствующие заболевания имели 72 (83,7%) пациента с АС, из них 31 (36%) – одно, 12 (14%) – два, 28 (32,5%) – три, 1 (1,2%) – четыре. Чаще всего регистрировались заболевания пищеварительной системы: хронические воспалительные поражения слизистой оболочки желудка и ДПК (гастриты, дуодениты и гастродуодениты) – у 36 (41,9%), язвенные поражения верхних отделов ЖКТ в стадии ремиссии – у 8 (9,3%), ГЭРБ – у 5 (5,8%), хронический холецистит – у 12 (14%), ЖКБ – у 5 (5,8%). Кардиоваскулярная патология отмечена у 36 (41,9%) больных, наиболее часто определялась АГ – у 34 (39,5%). Заболевания мочевыделительной системы выявлены у 6 пациентов – хронический пиелонефрит в сочетании с МКБ. Патология органов дыхания регистрировалась достаточно редко (у 2 (2,3%) пациентов анамнестически выявлен хронический бронхит), как и поражение ЛОР-органов (хронический тонзиллит – у 3 (3,5%), хронический гайморит – у 2 (2,3%)). Вирусный гепатит выявлен у 4 (4,7%); туберкулез – у 2 (2,3%) и расценен как осложнение терапии инфликсимабом.

Выводы/заключение

АС характеризуется высокой коморбидностью, что требует комплексного подхода в вопросах лечения и наблюдения больных.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ АРТРОСОНОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Маманазарова Д.К.,

Искандерова С.Дж., Максудова М.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) является заболеванием, приводящим к поражению всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околосуставных мышц.

Цель – оценка показателей суставного синдрома, а также анализ артрозонографических параметров у пациентов с гонартрозом (ГА) и избыточной массой тела или ожирением в сравнении с пациентами с ГА и нормальной массой тела.

Материал и методы

В исследование были включены 48 больных с ГА (15 мужчин и 33 женщины, средний возраст $56,1 \pm 5,6$ года, длительность болезни $10,4 \pm 5,6$ года). Преобладали пациенты со II стадией ГА (Kellgren, Laurence). Больные были рандомизированы по значению индекса массы тела (ИМТ). Основную группу составили 28 больных, ИМТ был равен $41,4 \pm 2,2$ кг/м², в контроль вошли 20 больных ГА с нормальной массой тела, ИМТ составил у них $23,1 \pm 2,1$ кг/м². В обеих группах оценивали выраженность боли (Lequesne), скованности, ограничения функции суставов, а также дозы принимаемых НПВС (ацеклофенак в сутки). Всем больным проведена артросонография коленных суставов (размеры суставного хряща, наличие синовита).

Результаты/обсуждение

Выраженность болевого синдрома в основной и контрольной группах была различной и составляла $25,2 \pm 2,3$ и $15,4 \pm 2,6$ балла ($P < 0,05$) соответственно. Это сказалось в том, что пациенты основной группы принимали НПВС в два раза больше, чем в контроле. Высота суставного хряща в основной группе была меньшей ($1,1 \pm 0,5$ и $2,1 \pm 0,3$ мм, $P < 0,05$), чем в контрольной. В различных зонах коленного сустава характер и глубина повреждения хряща неоднородны: разлокавание суставного хряща, эрозии, глубокие трещины с обнажением субхондральной кости, нарушение целостности надколенника более выражены в основной группе. Синовиты различной степени выраженности были выявлены у 15 (53,6%) больных основной группы (в основном экссудативный) и у 7 (35,0%) больных контрольной (в основном пролиферативный).

Выводы/заключение

При избыточной массе тела и ожирении у больных ГА заболевание отличается более тяжелым течением, частым развитием экссудативного и пролиферативного синовитов и достоверным снижением высоты суставного хряща по данным артросонографии по сравнению с пациентами с сохранившейся нормальной массой тела. Снижение массы тела ведет к уменьшению нагрузки на суставы нижних конечностей и имеет патогенетическое значение, способствует уменьшению темпов прогрессирования остеоартроза.

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО И ПИРИМИДИНОВОГО ЦИКЛОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Мартемьянов В.Ф., Бедина С.А.,

Мозговая Е.Э., Зборовская И.А.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», Волгоград, Россия

Введение/цель

В клинической практике диагностика системной красной волчанки (СКВ) нередко вызывает затруднения. Цель – повышение качества диагностики активности иммуно-воспалительного процесса у больных СКВ с использованием энзимных показателей.

Материал и методы

В условиях стационара под наблюдением находились 50 больных СКВ, из них 4 (8%) мужчины и 46 (92%) женщин. I степень диагностирована у 13 (26%) больных, II степень – у 30 (60%) больных, III степень – у 7 (14%) больных. Диагностика СКВ проводилась на основании диагности-

ческих критериев Американской ревматологической ассоциации и отечественных диагностических критериев. Контрольную группу составили 35 здоровых людей. Активность ферментов: аденозиндезаминазы (АДА), аденозинкиназы (АК), пурииннуклеозидфосфорилазы (ПНФ), гуанилаткиназы (ГК), дигидрооротатдегидрогеназы (ДОДГ), цитидиндезаминазы (ЦДА), тимидинкиназы (ТК), тимидинфосфорилазы (ТФ), урацилдегидрогеназы (УДГ), ИМФ-дегидрогеназы (ИМФДГ) определяли по оригинальным методикам, выражали в нмоль/мин/мл. Статистическая обработка проводилась с использованием программы «Statistica 6.0» Достоверность различий считали при $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

У больных СКВ с I степенью активности патологического процесса при поступлении на лечение в плазме выше активность ПНФ, АК, ИМФДГ, ТК, ТФ (все $p < 0,001$), УДГ ($p = 0,016$), ДОДГ ($p = 0,013$), ниже активность АДА ($p < 0,001$), ГК ($p = 0,045$); у больных СКВ со II степенью – выше активность ПНФ, АК, УДГ, ИМФДГ, ЦДА, ТК, ДОДГ (все $p < 0,001$), ниже активность АДА ($p < 0,001$), ГК ($p = 0,016$); у больных СКВ с III степенью – выше активность ПНФ, АК, УДГ, ИМФДГ, ТК (все $p < 0,001$), ДОДГ ($p = 0,007$), ЦДА ($p = 0,003$), ниже активность АДА, ТФ ($p < 0,001$), ГК ($p = 0,009$). У больных СКВ с I степенью по сравнению с больными СКВ со II степенью ниже активность ПНФ, АК, УДГ, ИМФДГ, ТК (все $p < 0,001$), ЦДА ($p = 0,007$), выше активность АДА, ТФ ($p < 0,001$), а по сравнению с III – ниже активность ПНФ, АК, УДГ, ИМФДГ, ТК (все $p < 0,001$), ЦДА ($p = 0,007$), ДОДГ ($p = 0,041$), выше активность АДА, ТФ ($p < 0,001$) и ГК ($p = 0,004$). У больных СКВ со II степенью по сравнению с больными СКВ с III степенью ниже активность ПНФ, АК, УДГ, ИМФДГ, ТК (все $p < 0,001$), ЦДА ($p = 0,007$), ДОДГ ($p = 0,041$), выше активность АДА, ТФ ($p < 0,001$), ГК ($p = 0,004$). Чем выше степень активности патологического процесса, тем в плазме выше активность ПНФ, АК, УДГ, ИМФДГ, ЦДА, ТК, ДОДГ и ниже активность АДА, ТФ.

Выводы/заключение

Таким образом, у больных СКВ в плазме крови обнаружены существенные изменения активности энзимов пуринового и пиримидинового метаболизма, зависящие от активности патологического процесса.

ОСТЕОПОРТИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП ОСТЕОАРТРИТА: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Мартусевич Н.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Введение/цель

Разработка персонализированного подхода к терапии остеоартрита (ОА) с учетом доминирующего фенотипа представляется важным направлением современной ревматологии. Мы постулировали, что выделение остеопоротического фенотипа (ОПФ) с учетом особенностей субхондрального ремоделирования (СР) является значимой составляющей успешной фармакотерапии ОА.

Материал и методы

Нами были проанализированы имеющиеся зарубежные и отечественные публикации, посвященные изучению СР у пациентов с ОА, особенностям обмена в зависимости от стадии болезни, минеральной плотности костной ткани, а также оценены результаты фармакотерапии.

Результаты/обсуждение

ОПФ характеризуется снижением плотности и высоким уровнем ремоделирования субхондральной кости (СК) у группы пациентов с ОА. При этом СК при ОА гипоминерализована и ее качество значительно ниже, чем у здоровых лиц. Гипоминерализация коллагенового матрикса обусловлена наличием атипичных остеобластов с измененным фенотипом, которые продуцируют аномальный коллаген I типа, который обладает низкой аффинностью для кальция. Центральная роль в механизмах скелетных адаптивных изменений при ОА в ответ на механическую нагрузку принадлежит остеоцитам (ОЦ). ОЦ функционируют как механосенсоры и регулируют костное ремоделирование путем синтеза молекул, которые контролируют дифференцировку остеокластов (ОК) и остеобластов (ОБ) при помощи сигнального пути Wnt β -catenin. Значимая роль в механизмах СР отводится склеростину и RANKL, продуцируемым в зависимости от нагрузки. Выделяют формирование трех фенотипов СК, которые развиваются в зависимости от воздействующего фактора. При механической перегрузке остеохондрального сочленения снижается экспрессия склеростина с формированием склеротического фенотипа. При «стрессовом экранировании» или воспалении в формировании остеопоротического фенотипа важная роль отводится RANKL и воспалительным факторам. Смешанный фенотип формируется в случае совместного воздействия этих факторов. Персонализированная терапия ОА с учетом ОПФ включает лекарственные средства, которые оказывают влияние на СР. В настоящее время наибольшая доказательная база накоплена в отношении стронция ранелата, эстроген-связанных лекарственных средств и бисфосфонатов (золендроновой кислоты).

Выводы/заключение

Выделение ОП фенотипа позволяет дифференцированно подойти к назначению фармакотерапии ОА, улучшив исходы заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОРНОКСИКАМА ПРИ СУСТАВНОМ СИНДРОМЕ

Матчанов С.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в ревматологии занимает особое место в лечении больных с заболеваниями опорно-двигательной системы. Целью настоящей работы является изучение эффективности НПВП лорноксикама при подагре, реактивном артрите (РеА) и ревматоидном артрите (РА).

Материал и методы

Обследованы 67 больных, из них 19 с подагрой, 25 с РеА, 23 с РА. У всех больных диагноз установлен на основании диагностических критериев, разработанных Американской ревматологической ассоциацией с дополнением Института ревматологии Российской Федерации. При поступлении больных проводились клинико-лабораторные исследования для определения степени выраженности воспалительного процесса, болевой синдром оценен по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), также проведены тесты для определения функциональных возможностей пораженных суставов. В каждой группе больным назначался лорноксикам 8 мг внутрисуставно 1–2 инъекций в неде-

лю, при необходимости применяли внутримышечное введение препарата. У части больных изучен характер синовиальной жидкости. Эффективность лорноксикама оценивалась по 5-балльной шкале, как по мнению больного, так и по мнению врача. Контрольной группой служили по 10 больных с каждой нозологией, получавшие традиционное лечение без лорноксикама. При этом рандомизация проведена по возрасту, давности болезни, выраженности воспалительных изменений.

Результаты/обсуждение

Во всех 3 группах больных после инъекций 8 мг лорноксикама внутрисуставно (после соответствующей локальной подготовки) отмечалось резкое снижение болевого синдрома и воспалительных реакций. По ВАШ отмечалось снижение в среднем до 0 см при подагре, до 1 см при РеА, до 2 см при РА, при исходном ВАШ 9,8 и 7 соответственно группам. Стойкий эффект наблюдался от 7 до 9 дней. Также были снижены показатели острофазовых проб. Функциональные пробы больных указывали на существенное расширение функциональных возможностей пораженных суставов. Существенно улучшились показатели качества жизни, в том числе увеличилась минимальная дистанция ходьбы без боли в среднем на 70%. При подагре через неделю повторное введение препарата осуществлено у 5 больных, при РеА – у 10, а при РА – у 9 больных. Каких-либо осложнений на месте введения препарата или отклонения в общем состоянии больных не отмечалось.

Выводы/заключение

Лорноксикам является мощным противовоспалительным, анальгезирующим препаратом, которое особенно эффективно при суставном синдроме. В связи с этим он может быть широко применен при лечении ревматических заболеваний и является перспективным как для локального, так и системного применения.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ, НА ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Матьянова Е.В., Кошелева Н.М.

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

Введение/цель

Большинство из препаратов базисной терапии (БПВП) ревматоидного артрита (РА) противопоказаны беременным, поэтому рекомендуется коррекция лечения на стадии планирования беременности. Цель – оценить влияние терапии, предшествующей беременности, на динамику активности РА в период гестации и после родов.

Материал и методы

Проспективно прослежено 32 беременности у 29 женщин с РА (критерии ARA, 1987). Медиана возраста пациенток 29 (20–37) лет, длительности болезни 8 (1–28) лет. Преобладали серопозитивные по РФ (62,1%) и АЦЦП (58,6%) варианты РА, 2–3 рентгенологические стадии (72,4%), 1–2 функциональные классы (86,2%). Обследованные пациентки с определением DAS28CRP производилось в каждом триместре беременности (на 10–12, 21–22 и 31–33 неделях гестации) и через 1, 3, 6 и 12 мес после родов. В период зачатия без лекарственной терапии были 6 (18,8%) больных, принимали НПВП – 3 (9%), глюкокор-

тикоиды (ГК) – 19 (59%). У 10 (31,25%) пациенток беременность наступила на фоне приема БПВП: метотрексата (n=3), лефлуномида (n=3), гидроксилорохина (n=2), хлорамбуцила (n=1), сульфасалазина (n=1); у 4 (12,5%) и/или генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП): адалимумаб (n=2), инфликсимаб (n=1), тоцилизумаб (n=1), которые отменялись при установлении факта беременности.

Результаты/обсуждение

Сравнение динамики DAS28СРБ у 20 (62,5%) пациенток, планировавших беременность (1 группа), и 12 (37,5%) больных с не планируемой беременностью, наступившей на фоне лечения БПВП и/или ГИБП (2 группа; группы 1 и 2 были сопоставимы по возрасту, длительности и варианту РА) показало, что активность заболевания в период гестации у пациенток 2 группы была достоверно выше, чем в 1-й. Медианы DAS28СРБ 1 и 2 групп были соответственно: в I триместре 3 [2,2; 4]/5 [2,1; 5,6] (p=0,04), во II триместре 2,6 [2,1; 3,2]/4,8 [2,8; 5,3] (p=0,02), в III триместре 2,3 [1,8; 3,2]/3,7 [2,9; 4,9] (p=0,004). После родов активность РА по DAS28СРБ в 1 группе оставалась ниже, чем во 2-й, но различия не достигали статистической значимости. Примечательно, что, по данным опроса и медицинских документов, при зачатии больных с артритами во 2 группе (5/41,7%) было несколько меньше, чем в 1-й – с планируемой беременностью (10/50%). У беременных 2 группы в период гестации повышалась доза системных ГК, и к III триместру она была достоверно выше, чем у пациенток 1 группы (p=0,04).

Выводы/заключение

Наступление не планируемой беременности на фоне нестабильной активности РА и отмена БПВП и/или ГИБП способствовали обострению заболевания с ранних сроков гестации. Под влиянием коррекции терапии активность РА снижалась, оставаясь на уровне умеренной, и была выше, чем у пациенток с планируемой беременностью.

СИНДРОМ РЕЙНО ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КАПИЛЛЯРОСКОПИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ БОЛЕЗНЕЙ СУСТАВОВ ГОРОДА ШЫМКЕНТА

Махмудов Ш.А., Баймухамедов Ч.Т.

«Медицинский центр болезней суставов города Шымкента», Шымкент, Казахстан

Введение/цель

Синдром Рейно – одно из характерных и ранних проявлений системной склеродермии (ССД). Цель – изучить клинические особенности и тяжесть течения синдрома Рейно при ССД и определение диагноза и всех проявлений на фоне исследования капилляроскопии ногтевого ложа.

Материал и методы

В исследование включено 62 больных (57 (91,9%) женщин и 5 (8,1%) мужчин, средний возраст 52,3±12,6, продолжительность заболевания – 6,7±5,4 года). У 47 (75,8%) больных определялась лимитированная форма болезни, у 15 (24,1%) – диффузная. Синдром Рейно диагностирован у 62 (100%) больных: 1 степени – у 18 (29,1%) пациенток, 2 степени – у 31 (50%), 3 степени – у 13 (20,9%). Всем больным проводилось капилляроскопия ногтевого ложа.

Результаты/обсуждение

Количество капилляров в группе больных ССД составило в среднем 5,7±2,3, аваскулярных зон – 1,4±0,8, кустовидных капилляров – 1,5±1,2, расширенных капилляров – 2,3±1,6. Все показатели больных ССД статистически значимо отличались от показателей здоровых и больных с первичным синдромом Рейно. Нами выявлены статистически значимые отличия между диффузной и лимитированной формами ССД по признаку выраженности кустовидной деформации сосудов. Характерными для ССД капилляроскопическими признаками являются разной степени выраженности дилатации капилляров, от незначительной до мегакапилляров, снижение числа капилляров, часто с формированием аваскулярных участков, микрогеморрагии, обычно ассоциированные с мегакапиллярами, рост кустовидных капилляров.

Выводы/заключение

В настоящее время общепризнано, что капилляроскопические изменения у больных синдромом Рейно являются предиктором развития заболевания соединительной ткани в дальнейшем (в том числе ССД). Синдром Рейно при ССД имеет четкие клинические и капилляроскопические признаки, более выраженные при тяжелых формах болезни.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА ШЫМКЕНТА ЗА 2014–2016 гг.

Махмудов Ш.А., Баймухамедов Ч.Т.

«Медицинский центр болезней суставов города Шымкента», Шымкент, Казахстан

Введение/цель

Болезни костно-мышечной системы (БКМС) во всем мире являются одной из главных причин потери трудоспособности. Большинство ревматических болезней (РБ) входят в БКМС (13 класс по МКБ-10), кроме ревматизма (9 класс) и некоторых васкулитов. Заболеваемость БКМС отражает заболеваемость РБ в целом, хотя есть и исключения (например, остеомиелит). Распространенность БКМС в Республике Казахстан (РК) мало изучена, поэтому анализ заболеваемости БКМС за 3 года на примере одной из поликлиник города Шымкента представляет определенный интерес.

Материал и методы

Проанализированы данные первичной заболеваемости БКМС взрослого населения, прикрепленного к городской поликлинике № 2 (66 500 взрослого населения) по обращаемости (форма № 12) за 2014–2016 гг. Изучена динамика заболеваемости БКМС в целом и по отдельным нозологиям: остеоартроз (ОА), ревматоидный артрит (РА), подагра, анкилозирующий спондилит (АС), системная красная волчанка (СКВ), системная склеродермия (ССД). Показатели рассчитаны на 100 000 взрослого населения. Полученные данные сравнивали с показателями по РК и России (РФ).

Результаты/обсуждение

Отмечается небольшой рост (6,1%) первичной заболеваемости БКМС: с 864 случаев (382 на 100 000 населения) в 2014 г. до 904 (413 на 100 000) в 2016 г. Незначительно снизилась заболеваемость ОА на 1,8% с 642 случаев (427 на 100 000) до 629 (421). Заболеваемость остальными болезнями, включенными в форму № 12, увеличилась. Так, РА

вырос более чем на 32%: с 126 случаев (31,7 на 100 000) до 172 (52,6), заметно выросла заболеваемость АС – в 1,5 раза. В 4 раза (с 3 до 12) увеличилась заболеваемость подагрой, хотя и остается очень низкой (2,6 на 100 000). В 2,5 раза увеличилась заболеваемость ССД (с 3 до 7 случаев), заболеваемость СКВ (с 3,8 на 100 000 до 7,6).

Выводы/заключение

Рост заболеваемости по наиболее тяжелым РБ (РА, АС, СКВ), возможно, связан с началом работы ревматолога в поликлинике, лучшей выявляемостью патологий. Однако общая первичная заболеваемость БКМС остается значительно меньше (почти в 8 раз) аналогичных показателей в РФ (Балабанова Р.М., 2014), как меньше российских показателей заболеваемости БКМС по РК в целом (Баймухамедов Ч.Т., 2007). Для получения истинной картины распространенности БКМС и РБ необходимо проведение в РК крупномасштабного эпидемиологического исследования.

РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ БОЛЕЗНИ ФАБРИ

Машкунова О.В.,

Беркинбаев С.Ф., Джунусбекова Г.А.

ГКП на ПХВ «Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней» Минздрава Республики Казахстан, Алматы, Казахстан

Введение/цель

Болезнь Фабри – болезнь накопления; представляет прогрессирующее мультиорганное, мультисистемное, X-сцепленное заболевание, опосредованное мутацией гена лизосомального фермента α -галактозидазы А (α -ГА). Ген GLA, кодирующий α -галактозидазы А (α -ГА), картирован на X-хромосоме, на длинном плече Xq22. Тип наследования – X-сцепленный рецессивный. Типичными являются поражение почек, ЦНС, сердца, органов зрения. Цель исследования – описать случай болезни Фабри, в дебюте которого наблюдались ревматологические признаки.

Материал и методы

С использованием стандартных методов диагностики, согласно международному клиническому протоколу, и измерения активности фермента α -галактозидазы А в сухих пятнах крови методом тандемной масс-спектрометрии и молекулярно-генетического секвенирования мутации в гене, кодирующего α -галактозидазу А, поставлен диагноз болезни Фабри мужчине 36 лет после проведения дифференциальной диагностики с системными васкулитами и системными заболеваниями соединительной ткани.

Результаты/обсуждение

Дебют заболевания с мелкоточечных незудящих высыпаний на туловище, ягодицах, бедрах, лице в течение 10 лет, по поводу которых к врачу не обращался; полиартралгии крупных и мелких суставов, похолодание и побеление пальцев рук и ног, послабление стула. В течение 4 мес отмечает похудение на 5 кг и повышение температуры до 38°C один раз в неделю без видимой причины, сжимающие боли за грудиной, головокружение. При осмотре: ангиокератомы на бедрах, ягодицах, боковых поверхностях туловища, щеках, гипертрофированные черты носа, губ. Наблюдается синдром Рейно, экссулятивные явления в суставах нет, полинейропатия. По другим органам – без патологических объективных и инструментальных изменений. В ОАК – без изменений, СОЭ – 12 мм/ч, маркеры острой фазы воспаления

не увеличены, иммунологический профиль аутоантител отрицательный. При осмотре глаз щелевой лампой обнаружено спицеобразное помутнение роговицы, хориосклероз. На колоноскопии с биопсией – геморагии слизистой купола слепой кишки, субатрофический илеит. Гистология кожно-мышечного лоскута: ангиокератомы. Результаты генетических анализов: снижение лизосомной активности фермента: α -галактозидаза – 0,1 $\mu\text{mol/l/h}$ (cut-offvalue >1,2) и обнаружение мутации гена с/[313A>T] (p.[R105*]).

Выводы/заключение

Полиорганность поражения: кожно-суставной, лихорадочный, конституциональный синдромы, синдром Рейно, полинейропатия, при отсутствии изменений со стороны лабораторных и иммунологических показателей на аутоиммунные заболевания, атипичность клинической картины, требует обследования на группу орфанных болезней накопления и болезнь Фабри.

ДИНАМИКА СУБПОПУЛЯЦИЙ В-ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ РИТУКСИМАБОМ

Меснянкина А.А., Соловьев С.К.,

Александрова Е.Н., Супоницкая Е.В., Алексанкин А.П., Новиков А.А., Асеева Е.А., Насонов Е.Л.

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

Введение/цель

Исследовать динамику субпопуляций В-лимфоцитов у больных системной красной волчанкой (СКВ), получающих терапию ритуксимабом (РТМ).

Материал и методы

31 больной СКВ (3 мужчины, 28 женщин) с высокой (SLEDAI2K \geq 10 – 28 пац.) и средней (SLEDAI2K<10- 3 пац.) степенью активности заболевания; из них 12 пациентов с волчаночным нефритом, 5 – с нейро-люпусом, 9 – с васкулитом. Показанием к РТМ была неэффективность глюкокортикоидов (ГК) и цитостатиков (ЦТ). Исследование субпопуляций лимфоцитов осуществлялось до терапии РТМ (0), через 3 и 6 мес. РТМ назначался в дозах от 500 до 2000 мг в зависимости от активности СКВ. Исследовали абсолютное количество CD19+В-клеток, В-клеток памяти (CD19+CD27+), «непереключенных» (CD19+IgD+CD27+) и «переключенных» (CD19+IgD-CD27+) В-клеток памяти, наивных (CD19+IgD+CD27-), плазматических клеток (CD19+,CD38+), двойных негативных В-клеток (CD19+CD27-IgD-). Все субпопуляции В-клеток определялись методом многоцветной проточной цитофлуориметрии с использованием панели моноклональных антител к поверхностным мембранным маркерам В-лимфоцитов.

Результаты/обсуждение

На фоне лечения РТМ в общей группе из 31 пациента выявлено уменьшение клинико-лабораторной активности СКВ к 3 и 6 мес наблюдения (SLEDAI-2K 0 мес – Me 15 [12; 18], 3 мес – Me 6 [4; 10], 6 мес – Me 4 [2; 8]), а также снижение абсолютных значений популяций В-лимфоцитов CD19+ (0мес – Me 0,119 • 10⁹/л [0,05; 0,26], 3 мес – Me 0 • 10⁹/л [0; 0,003], 6 мес – Me 0,004 • 10⁹/л [0; 0,02]). Популяция В-лимфоцитов к 6 мес была у 15 из 31 пациента без признаков рецидива, у 4 с обострением СКВ за счет двойных негативных (Me 0,001 • 10⁹/л [0,0002; 0,002] vs Me

0,0035 • 10⁹/л [0,0018; 0,005]), «переключенных» (Me 0,0005 • 10⁹/л [0,00008; 0,003] vs Me 0,0012 • 10⁹/л [0,0003; 0,0035]), «непереключенных» В-лимфоцитов памяти (Me 0,0006 • 10⁹/л [0,00007; 0,001] vs Me 0,0023 • 10⁹/л [0,0005; 0,005]).

Выводы/заключение

К 3 мес наблюдения после одного курса РТМ наблюдалось уменьшение клинико-лабораторной активности СКВ у всех (31) пациентов. У 4 пациентов с обострением через 6 мес выявлена репопуляция и значительное увеличение двойных негативных, «переключенных», «непереключенных» В-лимфоцитов памяти по сравнению с группой без рецидива СКВ.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Совершенствование комплексного подхода для ранней диагностики псориатического артрита (ПсА).

Материал и методы

В исследование включили 75 пациентов ПсА. Из них 36 (48%) мужчин, 39 (52%) женщин, в возрасте от 20 до 65 лет. Средний возраст составлял 45,4±14,5 года. Длительность ПсА в среднем равнялась 9,5±2,7 года, а псориаза – 14,5±2,2 года. Больных ПсА разделили на 2 группы: 1 группа – с длительностью заболевания до 2 лет (ранний ПсА) и 2 группа – более 2 лет. Пациентам проводили стандартное клиническое обследование и лучевую диагностику (УЗИ суставов и энтезисов). Эхография выполнена на аппарате Mylab-40 (Esuobe, Италия) с линейным датчиком частотой 7,5–12 МГц.

Результаты/обсуждение

У больных исследуемой группы отмечались все характерные для этого заболевания клинические проявления: артрит диагностирован у 100%, дактилит – у 44%, энтезит – у 40,0%, спондилит – у 17,3%. Ранний ПсА в сравнении с длительно текущим его вариантом характеризовался асимметричным моноолигоартритом. С увеличением длительности заболевания увеличивался симметричный и полиартритический вариант суставного синдрома до 60%. Частота рентгенологических изменений составила 36,3% у больных ранним и 92,8% поздним ПсА. У больных ранним ПсА единичные кисты и эрозии по данным рентгенографии встречались у 18,1%. Множественные костные эрозии, подвывихи в суставах отмечались у 69% больных поздним ПсА. По данным УЗИ наличие жидкости в суставах и диффузное утолщение синовиальной оболочки имели место у 90 и 92% пациентов соответственно. У 16% пациентов поздним ПсА определялась неровность, неоднородность кортикального слоя в области эпиметафизов костей суставных поверхностей. Эрозии были выявлены у 3,1% ранним и у 16,6% больных поздним ПсА. Энтезопатия (изменения в местах соединения сухожилий, связок или суставной капсулы с костью) по данным УЗИ наблюдалась у 56,2% больных ранним ПсА. Теносиновит сгибателей пальцев оказался самым часто встречающимся поражением и был обнаружен в 75% случаев с ранним ПсА. УЗИ позволяет выявить теносиновит сгибателей пальцев кистей и стоп достоверно (p<0,05) чаще, чем это можно

сделать с помощью рентгенографического метода и при клиническом осмотре.

Выводы/заключение

Полученные результаты позволяют утверждать, что одним из направлений ранней диагностики ПсА является использование УЗИ суставов.

HLA-B27 АНТИГЕН У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Мирахмедова Х.Т., Исламова Д.Н., Хакимова Р.А., Хан Т.А.

Ташкентская медицинская академия, АО «Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации» Минздрава Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Роль генетических факторов в развитии псориатического артрита (ПсА) в настоящее время не вызывает сомнений. Остается пока недостаточно изучена роль влияния HLA-B27 на формирование клинической картины болезни. Цель – изучение связи антигена HLA-B27 с вариантами суставного синдрома при ПсА у больных узбекской популяции.

Материал и методы

Было выполнено генетическое типирование на наличие HLA-B27 у 50 больных ПсА (24 (48%) мужчины, 26 (52%) женщин в возрасте от 20 до 65 лет). Контрольную группу составили 50 здоровых тест-доноров. Диагноз ПсА установлен на основании критериев CASPAR. Типирование HLA-B27 антиген проводили с помощью стандартного микролимфоцитотоксического теста с использованием специфических анти-HLA-сывороток.

Результаты/обсуждение

У 26% больных наблюдали моноолигоартритический вариант поражения суставов, у 56% полиартритический, у 18% выявлен спондилоартритический вариант ПсА. ПсА, ассоциированный с HLA-B27, развивался у 62,5% мужчин и 37,5% женщин. При моноолигоартритическом варианте B27 выявлялся с частотой 16,6%, при полиартритическом 29,2%. У больных спондилоартритом HLA-B27 имел место у 54,2%. В зависимости от степени выраженности деструктивного процесса распределение антигена было более выраженным при эрозивном ПсА, чем при неэрозивном, составляя соответственно 26 и 13,2%. Позитивный HLA-B27 наблюдался у 56% с системными проявлениями ПсА. Анализ встречаемости HLA-B27 в узбекской популяции позволил выявить определенную закономерность их частоты в зависимости от пола, варианта суставного синдрома, степени выраженности деструктивного процесса и тяжести течения заболевания. Так, HLA-B27 ассоциирован с более тяжелым поражением суставов, и особенно с развитием спондилоартрита.

Выводы/заключение

Проведенное исследование позволяет подтвердить влияние наследственной предрасположенности на особенности и тяжесть течения ПсА.

IMMUNOLOGICAL AND MOLECULAR ASPECTS OF ANKYLOSING SPONDYLITIS IN BULGARIAN POPULATION

Miteva L.D.¹, Ivanova M.G.²,

Manolova I.M.¹, Stoilov R.M.², Stanilova S.A.¹

¹Department of Molecular Biology, Immunology and Medical Genetics, Medical Faculty, Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria; ²Clinic of Rheumatology, University Hospital «St. Iv. Rilski», Medical Faculty, Medical University, Sofia, Bulgaria

Background

Ankylosing spondylitis (AS) is a chronic inflammatory disease primarily affecting the axial skeleton, peripheral joints, and entheses. Dysregulation of cytokine production or action is thought to have a central role in the autoimmune disease development, including AS. The aim of this study was to analyze the cytokine-expression profile into peripheral blood of patients with AS at mRNA and protein levels and to evaluate the role of the genetic polymorphisms within cytokine genes for disease predisposition.

Material and Methods

TNF- α , IL-18, IL-12p40, IL-17 and IL-23 in the serum of 75 patients, 57 men (76%) and 18 women (24%) with AS and age-sex-matched healthy controls were measured by ELISA assay. Genotyping of the two genetic polymorphisms in IL12B (+16974A/C and IL12Bpro) and in TNFA (-308A*G) was performed by PCR-based approaches. Gene expression of 7 target genes IL10, TGF β 1, IL23A, IL12B, TNFA, IL18, Foxp3 was quantified in peripheral blood by qPCR. The comparative $\Delta\Delta C_t$ method of qPCR data analysis was used.

Results

Serum levels of most of the studied pro-inflammatory cytokines were elevated in AS versus healthy subjects; IL23, IL-17 and IL-18 were significantly higher ($p < 0.001$), whereas TNF- α and IL12p40 were only marginally higher. We found a significant different genotype and allelic frequency of IL12Bpro polymorphism and -308A*G TNFA between cases and controls. Our results suppose that carrying of IL12Bpro-2.2 and IL12Bpro-1.2 genotypes and TNFA -308G allele could increase the risk of AS in Bulgarian population. Gene expression of Foxp3 was significantly down-regulated in AS versus controls ($p < 0.001$), unlike pro-inflammatory cytokines. IL23A and IL18 mRNA levels were significantly elevated in cases (approximately 1.6-folds; $p < 0.05$). IL12B mRNA level was detected in almost half of AS patients and found significantly up regulated compared to controls.

Conclusions

Our results show significant increase of certain pro-inflammatory cytokines at protein and mRNA levels in AS patients. In addition, the elevation of IL17 and IL23 cytokines simultaneously with the decreased expression of Foxp3 mRNA pointed out the disbalance of Th17/Treg axis. Dysregulation of cytokine production could be influenced by the functional genetic polymorphisms such as IL12Bpro and -308A*G TNFA.

NEUROPSYCHIATRIC MANIFESTATIONS OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: SOMETHING NEW IN THE DIAGNOSTIC ALGORITHM

Monov S.¹, Monova D.², Rashkov R.¹, Shumnalieva R.¹

¹Clinic of Rheumatology, Medical University, Sofia, Bulgaria; ²Medical Institute – MVR, Medical University, Sofia, Bulgaria

Background

The incidence of central nervous system involvement in SLE, called neuropsychiatric SLE (NPSLE), varies widely. We studied the neuropsychiatric manifestations in 225 Bulgarian patients with SLE and based on our results we propose a new set of criteria for NPSLE with high sensitivity and specificity for use in the clinical practice.

Material and Methods

Clinical, laboratory, and instrumental examinations were performed in a total number of 225 SLE patients in order to determine the type and incidence of nervous system (NS) damages. The patients were divided into three groups: with clinically manifested NS damages, without clinically manifested NS damages and with incomplete SLE. Patients with rheumatoid arthritis (RA) and healthy controls (HCs) matched for age and gender were used as control groups.

Results

We found high percentage (64.44%) of neuropsychiatric manifestations in the SLE patients. Cognitive dysfunctions were found in 49,33% of the SLE patients. We determined a set of criteria for the diagnosis of NPSLE. According to it the diagnosis of NPSLE should be made in the presence of at least one indicator from the first group of criteria (seizures, psychosis, cerebrovascular event, lesion of cranial nerves, motor disturbances, quantitative alterations of consciousness) and at least two indicators from the second group of criteria (cognitive dysfunction, headache due to lupus, peripheral neuropathy, MRI changes, EEG changes, ENMG changes, positive aRPA, positive aPL) after excluding other causes than SLE for their occurrence.

Conclusions

The proposed criteria of NPSLE showed with high specificity and sensitivity in the clinical practice which allows earlier detection of NS damages and a timely introduction of adequate pathogenic treatment in this subtype of SLE patients.

ВОЗМОЖНОСТИ УЗИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Морозова О.В., Просвиров Е.Ю.

Медицинский центр «Самарский», Самара, Россия

Введение/цель

Определить возможности УЗИ в оценке эффективности внутрисуставного введения препаратов гиалуроновой кислоты пациентам с остеоартрозом коленных суставов 2–3 стадий.

Материал и методы

96 пациентам (в возрасте после 40 лет) с гонартрозом 2–3 стадий по Kellgren и Lawrence (1957) проведено УЗИ коленных суставов до лечения, после введения препарата гиалуроновой кислоты в коленный сустав и в ходе динамического наблюдения. Использовались стандартные доступы для осмотра сустава: 1) передний и задний сагитальный доступы; 2) передний и задний (медиальный и латераль-

ный) доступы; 3) толщина и структура гиалинового хряща оценивалась при максимальном сгибании колена в пателло-фemorальной опоре. Вводили препарат гиалуроновой кислоты с молекулярной массой 1,6–2,0 кДа. Пациентам 1 группы УЗИ коленных суставов проводилось 1 раз в 8 нед; 2 группы – 1 раз в 16 нед; 3 группы – 1 раз в 24 нед. При необходимости исследование проводилось чаще, по желанию или необходимости. Оценивались количественные характеристики: толщина гиалинового хряща, объем жидкости в супрапателлярной сумке, ширина суставной щели. И качественные характеристики: четкость наружного контура гиалинового хряща, структура гиалинового хряща и однородность жидкости в суставных сумках и полости сустава.

Результаты/обсуждение

Было отмечено улучшение четкости наружного контура гиалинового хряща и снижение его эхогенности у пациентов первой группы после введения препарата гиалуроновой кислоты. У второй исследуемой группы, кроме вышеописанных изменений, наблюдалось утолщение гиалинового хряща от 0,1 до 1,5 мм, расширение суставной щели от 0,2 до 1 мм. В третьей группе все характеристики были сопоставимы со второй группой. Достоверные изменения количественных характеристик происходят при проведении обследования 1 раз в 16 нед. Качественные изменения происходят в течение первых 8 нед от введения препаратов гиалуроновой кислоты в коленный сустав и продолжают определяться на протяжении всего исследования.

Выводы/заключение

Для динамического наблюдения за состоянием гиалинового хряща и эффективностью внутрисуставного введения препаратов гиалуроновой кислоты целесообразно проводить УЗИ суставов 1 раз в 12–16 нед.

МОРФОЛОГИЯ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Мохаммади М.Т., Пашкевич Л.А., Герасименко М.А., Третьяк С.И.

ГУ «Республиканский научно-профилактический центр травматологии и ортопедии» Минздрава Республики Беларусь, Минск, Беларусь

Введение/цель

Одной из актуальных проблем современной ревматологии являются хронические воспалительные заболевания коленного сустава у детей. При ювенильном ревматоидном артрите (ЮРА) неконтролируемый воспалительный процесс может приводить к формированию контрактур и деформаций конечностей.

Материал и методы

Всего по поводу ЮРА было проведено 81 оперативное вмешательство на коленном суставе 71 пациенту детского возраста. Средний возраст пациентов составил 11 лет (6–14). Для верификации диагноза во время диагностической артроскопии выполнялась мультифокальная биопсия из 7 точек. Патоморфологическое исследование материала было выполнено по общепринятой гистологической методике изучения мягких тканей.

Результаты/обсуждение

Был проведен анализ результатов патоморфологического исследования на предмет временных рамок появления ЮРА. Обнаружены патоморфологические ранние и поздние критерии синовита. Ранние критерии (характерны для первых трех месяцев с момента дебюта ЮРА) – яв-

ление некроза в синовиоцитах и в субинтимальном слое, палисадообразные клеточные структуры в субинтимальном слое, пролиферация синовиоцитов, фибриноидные наложения на поверхности покровного слоя, продуктивные эндovasкулиты с эндотелиозом, инфильтрация лимфоцитами и плазмочитами. Поздние критерии (срок заболевания – более 3–6 мес): выраженная плазмочитарная инфильтрация с образованием лимфоидных узелков с герменативным центром, активизация фибриноидных и склеротических процессов с формированием обширных очагов фибриноидного некроза с перифокальным склерозом, формирование ревматоидных узелков, продуктивная гиперплазия синовиальной оболочки с полипозными ворсинками, содержащими фиброваскулярную ножку, отложение амилоидных масс, формирование паннусной грануляционной ткани с деструктивно-инвазивным ростом в суставной хрящ и в синовиальную оболочку, васкулит с эндотелиозом, перителелиозом, периваскулярным склерозом и амилоидозом, ангиоматоз, гиалиноз и хондроматоз.

Выводы/заключение

Определение стадии ЮРА имеет важное клиническое значение для раннего начала лечебного мероприятия и предупреждения необратимых деструктивных осложнений. Предложенный новый способ определения распространенности патологических изменений в синовиальной оболочке коленного сустава у детей с ЮРА с использованием сочетанной артроскопической и патоморфологической оценкой патологических изменений синовиальной оболочки сустава позволяет точно определить распространенность патологического процесса в синовиальной оболочке, имеющего макроскопически только локальные проявления.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Мохаммади М.Т., Пашкевич Л.А., Герасименко М.А., Третьяк С.И.

ГУ «Республиканский научно-профилактический центр травматологии и ортопедии» Минздрава Республики Беларусь, Минск, Беларусь

Введение/цель

Изучение синовиальной оболочки с использованием иммуногистохимии (ИГХ) позволяет специфически определить фенотип воспалительного инфильтрата и диагностировать ревматоидный артрит на ранних этапах заболевания, предотвращая агрессивное разрастание паннуса и синтез протеазы с последующим разрушением хряща.

Материал и методы

Материалом исследования послужили ткани биоптата синовиальной оболочки, полученные при артроскопии коленного сустава у 50 пациентов, средний возраст которых составил $19,38 \pm 2,13$ года (10–30 лет). Доля женщин составила 31 (65%) и доля мужчин – 19 (35%). ИГХ-исследование проводили с первичными антителами к CD45 (маркер общего лейкоцитарного ряда), CD20 (наилучший маркер зрелых В-клеток), CD79a (маркер В-клеточной линии, экспрессирующий на всех стадиях дифференцировки В-клеток, что является наиболее специфичным, но менее чувствительным), CD68 (маркер макрофагов), CD138 (маркер плазматических клеток).

Результаты/обсуждение

ИГХ с CD45 выявила, что в покровном слое поверхностные ряды клеток, интимно соприкасающиеся с сино-

виальной жидкостью, состоят из CD45-иммунопозитивных клеток, а последующие ряды – из иммунонегативных синовиоцитов. Окраска с CD20 показала гнездное скопление клеток с формированием фолликулярных узелков в субинтимае. CD20 экспрессирует чаще в центре фолликулярных узелков. CD79a выявляет, что экспрессия CD79a-позитивных клеток, по сравнению с CD20-позитивными, имеет более диффузный характер распространения в субинтимае, а также CD79a-позитивные клетки наблюдаются чаще по периферии фолликулярных узелков. CD68 экспрессирует как в покровном слое, так и диффузное распределение в субинтимальном слое. В покровном слое макрофаги образуют сплошную линию из 1–2 и более рядов поверхностных клеток, непосредственно соприкасающихся с суставной жидкостью. CD138 показывает, что значительным количеством иммунокомпетентных клеток, среди клеточной воспалительной массы при синовитах ревматоидного генеза, являются плазмоциты. При этом данные клетки отсутствуют в покровном слое и в центральной части лимфоидных фолликулярных узелков.

Выводы/заключение

Применение ИГХ синовиальной оболочки при ревматоидном артрите позволяет определять фенотип воспалительного инфильтрата. ИГХ дает четкое представление о количественной выраженности и локализации иммунокомпетентных клеток. Также их можно применять с целью дифференциальной диагностики иммунных и неиммунных артритов.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ОСТЕОКЕЙР НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА

Мухаммадиева С.М.,

Курбанова Ш.Р., Шукруллаева Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) – одно из самых частых и широко распространенных хронических заболеваний суставов. Цель – клинико-инструментальная оценка влияния препарата остеокейр на течение ОА.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 60 больных в возрасте 50–70 лет, которые при обострении ОА применяли остеокейр (Glucosamine sulfate 500 мг + chondroitin sulfate 400 мг №30, производитель TUltra Laboratories PVT Ltd. Индия) по 1 капсуле 2 раза в день в течение 6 мес. Диагноз ОА устанавливали на основании специально разработанных диагностических критериев (Althman R. D., 1995). Больные были разделены на 2 группы. Пациенты 1-й группы (42 человека) получали остеокейр по 2 капсулы в сутки. Больные 2-й группы (18 человек; контрольная группа) получали терапию препаратом найз – 200 мг/сут. Обе группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, давности заболевания. Оценку эффективности лечения проводили по показателям суставного синдрома (интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), продолжительности утренней скованности и клинико-лабораторным данным).

Результаты/обсуждение

Наблюдения показали, что на фоне лечения в течение 4 мес выраженность боли по ВАШ в покое и при ходьбе уменьшилась по сравнению с исходными показателями с 30,15±7,11 и 51,73±11,49 мм до 21,88±7,34 и 29,64±11,46

мм соответственно ($p < 0,01$). К концу 1-го мес у пациентов 1-й и 2-й групп имелась тенденция к снижению СОЭ с 27,5±0,03 до 17,3±0,05 мм/ч ($p < 0,01$). Снижение суммарного индекса WOMAC в 1-й группе отмечалось к 4-й нед лечения, во 2-й группе пациентов, получавших найз, суммарный индекс WOMAC достоверно снизился ко 2-му мес лечения.

Выводы/заключение

Следовательно, применение комбинированных препаратов (остеокейр) в качестве «терапии обострения» при ОА в течение 1-го мес лечения способствует ограничению структурных изменений при ОА и нормализации функционального состояния пораженных суставов, что свидетельствует о симптом-модифицирующем и структурно-модифицирующем действии данного препарата.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мусаев С.К., Гадиева Ш.Ф.

Азербайджанский медицинский университет, учебно-терапевтическая клиника, Баку, Азербайджан

Введение/цель

Одним из актуальных направлений современной медицины является выяснение связи хеликобактерной инфекции (Hr) с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных ревматоидным артритом (РА). Цель – изучить связь между обсемененностью Hr и наличием или отсутствием антител к циклическому цитруллинированному пептиду (анти-ЦЦП) у больных РА.

Материал и методы

В исследование было включено 75 пациентов с диагнозом РА. Диагноз был достоверно поставлен в соответствии с критериями ARA/EULAR, 2010. Все пациенты были подразделены на четыре группы: 1 группа (n=1) – бактерий нет, 2 группа (n=11) – степень инфицированности низкая, 3 группа (n=45) – средняя степень инфицированности, 4 группа (n=19) – высокая степень инфицированности. Всем больным во время эндоскопического исследования (эзофагофиброгастродуоденоскоп PENTAX 1000, Япония) проводилась прицельная биопсия с взятием множественных биоптатов. Идентификацию париетальных клеток в срезах проводили по окраске конго-красным, целью выявления Hr использовали окраску по Гимзе.

Результаты/обсуждение

По результатам нашего исследования было выявлено, что относительно высокий уровень инфицированности бактерии Hr наблюдается у больных с анти-ЦЦП-позитивной клинической формой болезни. У анти-ЦЦП-позитивных больных низкая степень инфицированности составляет 63,6%, средняя степень – 84,4%, высокая степень инфицированности – 94,4%. У анти-ЦЦП-негативных низкая степень инфицированности – 36,4%, средняя – 15,6%, высокая степень инфицированности – 5,6%.

Выводы/заключение

Несмотря на то что мы не обнаружили достоверной разницы между искомыми группами, однако получили статистически значимые цифры, показывающие, что у анти-ЦЦП-позитивных больных процент инфицированности Hr выше, чем у анти-ЦЦП-негативных.

**САРКОПЕНИЯ
ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ:
ЧАСТОТА, КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА**

Мясоедова С.Е., Рубцова О.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением суставов и склонностью к саркопении. Цель — оценить частоту, диагностические критерии, особенности клиники и факторы риска саркопении у пациенток с РА.

Материал и методы

У 99 пациенток с РА 38–82 лет, средний возраст $63,9 \pm 9,7$ года, исследовали композиционный состав тела и минеральную плотность кости (МПК) в позвоночнике и бедре на аппарате LunarProdigy (GeneralElectric). Саркопению диагностировали по рекомендациям Европейского консенсуса по саркопении (2010).

Результаты/обсуждение

Низкий индекс тощей массы (ИТМ) $< 5,64$ кг/м² выявлен у 12,1% пациенток, уменьшение скорости ходьбы $< 0,8$ м/сек. — у 24,2% и мышечной силы кистей по показателям динамометра ДК-25 $\leq 17-21$ кг в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) — у 98,0% пациенток. Саркопения установлена у 12,1% больных при сочетании низкой ИТМ с уменьшением скорости ходьбы и/или мышечной силы. В том числе тяжелая саркопения имела у половины из них (6,1%) при наличии всех трех критериев. В диагностике саркопении показатели ИТМ, скорости ходьбы и мышечной силы кистей имели чувствительность 100; 50 и 100%, специфичность — 100; 79,3 и 2,3% соответственно. Средний возраст пациенток с саркопенией составил $60,6 \pm 8,6$ года, в том числе 5 из них были моложе 60 лет. ИТМ положительно коррелировал с ИМТ ($r=0,76$), ОТ ($r=0,62$), скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) ($r=0,32$), Т-критерием позвоночника ($r=0,3$) и шейки бедра ($r=0,26$), ростом в 25 лет ($r=0,24$). Обратные корреляции получены с количеством эрозий по Шарпу ($r=-0,35$), рентгенологической стадией РА ($r=-0,32$), применением глюкокортикоидов ($r=-0,23$), риском перелома шейки бедра по FRAX ($r=-0,23$). У 11 из 12 пациенток с саркопенией выявлен остеопороз или остеопения, т.е. остеопеническая саркопения.

Выводы/заключение

У 12,1% женщин с РА определяется саркопения. Наиболее высокую чувствительность и специфичность в диагностике саркопении имеет определение ИТМ, а также скорости ходьбы. Мышечная сила кистей отличается высокой чувствительностью, но низкой специфичностью. Особенности саркопении при РА — развитие у ряда пациенток в возрасте моложе 60 лет, частая встречаемость тяжелой формы и сочетание с остеопорозом или остеопенией (osteopenic саркопения). Факторы риска саркопении при РА связаны с конституционными особенностями пациенток, снижением СКФ, МПК, выраженностью рентгенологических изменений и применением глюкокортикоидов.

**ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГОНАРТРОЗА
ПРЕПАРАТАМИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ**

Набиева Д.А., Сагатова Д.Р.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) является хроническим дегенеративным заболеванием суставов, сопровождающимся болью, функциональными ограничениями, снижением работоспособности и ухудшением качества жизни пациентов на длительный срок. Цель — изучить влияние локальной терапии препаратами гиалуроновой кислоты на показатели качества жизни больных гонартрозом с учетом рентгенологической стадии процесса.

Материал и методы

В исследование включены больные гонартрозом, верифицированным согласно диагностическим критериям Американской коллегии ревматологов (R. Altman, 1991). Критериями исключения из исследования явились: противопоказания к внутрисуставным инъекциям. Проведено наблюдение 70 пациентов, имевших II и III рентгенологические стадии гонартроза по Kellgren–Lawtence; из них 85 женщин, 5 мужчин, медиана возраста $64,3 \pm 12,6$ года, средний индекс массы тела (ИМТ) $30,8 \pm 4,5$ кг/м². Всем больным был назначен гиалуронат натрия 20 мг / 2,0 мл. Курс лечения включал 5 еженедельных внутрисуставных инъекций. Вторая группа состояла из 30 человек, которым не проводился внутрисуставной курс лечения. Оценка качества жизни больных проводилась с помощью вопросника SF-36. Пациенты обеих групп были сопоставимы по половозрастным и клиническим характеристикам.

Результаты/обсуждение

При анализе исходных показателей качества жизни больных различными стадиями гонартроза выявлены достоверные различия отдельных шкал вопросника SF-36. Так, пациенты, имеющие II рентгенологическую стадию ОА, по сравнению с больными III стадией, имели достоверно более высокие значения показателей по шкалам ФФ ($p < 0,001$), Б ($p < 0,005$), ОЗ ($p < 0,001$), Ж ($p < 0,001$) и СФ ($p <$) и не отличались по шкалам ПЗ ($p = 0,07$), РФФ ($p = 0,10$) и РЭФ ($p > 0,5$). Для оценки влияния рентгенологической стадии гонартроза на эффективность локальной терапии проанализированы значения шкал вопросника SF-36 через 3 и 6 мес после курса. Показатель боли имел прирост на 36 и 40% соответственно через 3 и 6 мес среди пациентов со II стадией заболевания; на 45% через 3 мес и на 32% через 6 мес у больных III стадией гонартроза. Локальная терапия гонартроза оказала положительное влияние и на социальное функционирование: показатель возрос на 13% через 3 мес и на 19% через 6 мес у больных II стадией; увеличился по сравнению с исходным на 12% по истечении 3 мес и на 9% через 6 мес у больных III стадией.

Выводы/заключение

Таким образом, локальная терапия гонартроза у пациентов со II стадией привела к стойкому улучшению ОПЗ, а у больных III стадией — к повышению ОФЗ.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ненашева Н.В., Александров А.В.,
Александрова Н.В., Зборовская И.А.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии»,
Волгоград, Россия

Введение/цель

Поиск эффективного, доступного и безопасного лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата является одним из важнейших направлений в ревматологии. Цель — изучить влияние метода низкочастотной магнитотерапии на параметры качества жизни у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы

В исследование были включены 57 больных с достоверным диагнозом РА (25 мужчин и 32 женщины в возрасте от 26 до 70 лет). Средний возраст пациентов составил $50,45 \pm 10,12$ года. После стационарного лечения в ревматологических клиниках г. Волгограда и области пациенты направлялись на климатобальнеологический курорт (Филиал «Санаторно-курортный комплекс «Вулан» ФГБУ «РНЦ МРиК», Геленджик, Краснодарский край), где они получали комплексное восстановительное лечение, включающее низкочастотную магнитотерапию бегущими магнитными полями (с использованием комплекса «Мультимаг»). Качество жизни больных изучали с помощью общего опросника Short Form 36-item Health Status Questionnaire SF-36. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием пакета «STATISTICA 6.0 for Windows». В качестве порогового уровня статистической значимости было принято значение 0,05.

Результаты/обсуждение

При анализе динамики у больных РА наблюдается достоверное увеличение значений преимущественно по психическому компоненту здоровья, хотя отмечается положительное изменение и показателей физического благополучия. Так, значение по шкале ролевого физического функционирования повысилось на 43% ($p=0,0083$), ролевого эмоционального функционирования — на 33% ($p=0,042$). Интенсивность боли, отражающаяся на способности заниматься повседневной деятельностью, также снизилась на 17% ($p=0,028$). Индикатор жизненной активности, характеризующей степень участия больного в окружающих его событиях, повысился на 23% ($p=0,048$), психическое здоровье — на 19% ($p=0,048$). Психическое здоровье больных РА изменяется мало, поскольку это заболевание характерно чаще всего для молодых людей, у которых, как правило, отсутствуют такие отягчающие психический статус факторы, как коморбидность, десоциализация вследствие наступления пенсионного возраста.

Выводы/заключение

Метод низкочастотной магнитотерапии может занять одну из важных позиций в восстановительной терапии пациентов с РА, при этом оказывая влияние на различные составляющие здоровья. Включение низкочастотной магнитотерапии в комплекс стандартных методов санаторно-курортного лечения дает положительные результаты в отношении всех параметров качества жизни, свидетельствуя об улучшении как физической, так и психиче-

ской сферы жизнедеятельности у больных с заболеваниями костно-мышечной системы.

РИСК ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ

Никитинская О.А., Торопцова Н.В., Демин Н. В.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт
ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Определить потребность в антиостеопоротической терапии у женщин в возрасте 50 лет и старше, проживающих в семи регионах РФ.

Материал и методы

У 12 589 женщин в возрасте 50 лет и старше, вошедших в случайные кластерные пропорционально стратифицированные выборки жителей 23 городов из семи федеральных округов России (Северо-Западный (СЗФО), Центральный (ЦФО), Приволжский (ПФО), Уральский (УФО), Сибирский (СФО), Южный (ЮФО), Дальневосточный (ДФО)), проведен расчет 10-летнего абсолютного риска основных остеопоротических переломов с помощью алгоритма FRAX® без измерения МПК бедра. Высокий риск перелома по FRAX® устанавливался в каждом конкретном случае на основании возраст-зависимого порога терапевтического вмешательства.

Результаты/обсуждение

Средний возраст женщин составил $61,4 \pm 9,6$ года, достоверных различий по возрасту между региональными выборками установлено не было. Средний показатель FRAX® в общей когорте оказался равным $14,8 \pm 8,6$, при этом наиболее высокий показатель был выявлен у женщин ДФО ($16,9 \pm 9,1$), а самый низкий — у жительниц ЮФО ($14,1 \pm 7,2$), $p < 0,001$. Средние показатели FRAX® у женщин, проживающих в СЗФО ($14,5 \pm 8,4$), в ПФО ($14,2 \pm 9,6$) и ЮФО ($14,1 \pm 7,2$), не различались. Значения FRAX® у жительниц ЦФО ($15,2 \pm 8,6$) и СФО ($15,1 \pm 8,3$) были сопоставимы с показателями FRAX® женщин УФО ($15,5 \pm 8,4$) и достоверно выше, чем у лиц из СЗФО, ПФО и ЮФО, и ниже, чем у таковых в ДФО ($p < 0,05$). Высокий риск переломов был установлен у 31% обследованных женщин и достоверно чаще выявлялся среди жительниц ДФО (41%) по сравнению с другими регионами. В УФО высокий риск переломов установлен у 36% женщин, в СФО — у 34%, в ЦФО — у 33%, в СЗФО — у 30%, с достоверными различиями между перечисленными регионами. Наименьшее количество женщин имели высокий риск переломов в ЮФО и ПФО (26% и 24% соответственно), что было достоверно ниже по сравнению со всеми другими регионами.

Выводы/заключение

31% постменопаузальных женщин из семи регионов России имели высокий 10-летний риск остеопоротических переломов, определенный по алгоритму по FRAX®, которые нуждались в антиостеопоротической терапии, при этом наибольшая потребность в проведении лечебных мероприятий выявлена в ДФО, СФО, УФО и ЦФО.

**ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА
ОСТЕОПОРТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ
СРЕДИ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 50 ЛЕТ
И СТАРШЕ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РФ**

Никитинская О.А., Торощова Н.В.

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

Введение/цель

Изучить распространенность факторов риска (ФР) остеопоротических переломов среди женщин в возрасте 50 лет и старше, проживающих в разных регионах РФ.

Материал и методы

В 2012–2013 гг. с помощью стандартного вопросника по клиническим ФР были проанкетированы 12 589 женщин в возрасте 50 лет и старше (средний возраст $61,4 \pm 9,6$ года), вошедших в случайные кластерные пропорционально стратифицированные выборки жителей 23 городов из 7 федеральных округов России (Северо-Западный (СЗФО), Центральный (ЦФО), Приволжский (ПФО), Уральский (УФО), Сибирский (СФО), Южный (ЮФО), Дальневосточный (ДФО)).

Результаты/обсуждение

Наиболее часто на наличие переломов после 40 лет указывали женщины из ДФО (45%), а достоверно реже — из ПФО и СФО (по 23%) по сравнению с анкетированными из остальных регионов ($27–33\%$) ($p < 0,01$).

Выводы/заключение

Среди обследованных женщин выявлена значимая географическая вариабельность ФР переломов. Россиянки в возрасте 50 лет и старше, имевшие большее количество ФР переломов, чаще выявлялись в ДФО и ЦФО по сравнению с другими регионами нашей страны.

**ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ
ПРЕПАРАТА ГИАЛГАН В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

Норина С.В., Клейман Т.Д.

КГБУЗ «Городская клиническая поликлиника № 3» Минздрава Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) является хроническим дегенеративным заболеванием суставов, сопровождающимся болью, функциональными ограничениями, снижением работоспособности и ухудшением качества жизни пациентов на длительный срок. Цель — оценить эффективность лечения препаратом гиалган пациентов с остеоартрозом коленных суставов (ОА КС).

Материал и методы

В исследование включено 48 больных ОА КС (36 женщин и 12 мужчин). Критериями включения в исследование являлись возраст пациента от 45 до 70 лет; ОА II–III стадий по Kellgren–Lawrence; отсутствие клинических признаков синовита в целевом суставе; уровень боли при прохождении 15 м в целевом суставе по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) более 40 мм; исключение внутрисуставного применения хондропротекторов и других препаратов для внутрисуставного введения в течение 6 мес до включения в исследование и на период исследования; исключение внутрисуставного введения глюкокортикостероидов в течение 2 мес до включения в исследование; наличие информированного согласия пациента. Всем пациентам, включенным в исследование, гиалган вводился внутрь пораженного сустава 1 раз в нед

трехкратно (1-е, 8-е и 15-е сут) в дозе 20 мг. По показаниям пациенты получали НПВС, физиотерапию. Клинические показатели определялись до начала лечения, через 3 и 6 мес после курса лечения по следующим критериям: объективная оценка состояния пациента — осмотр специалиста; динамика индекса WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities); динамика индекса Лекена; уровень боли по ВАШ до начала терапии и после ее окончания.

Результаты/обсуждение

После проведения курса лечения препаратом гиалган выявлена положительная динамика показателей, оцениваемых по индексу WOMAC (суммарный индекс $1268,3 \pm 11,2$ до лечения, $708,3 \pm 11,2$ после курса лечения) и индексу Лекена ($13,1 \pm 0,9$ до лечения, $6,9 \pm 0,2$ после курса лечения у всех пациентов). Также значительно снизилась выраженность болевого синдрома по ВАШ как в покое (уменьшение суммы баллов с $53 \pm 1,9$ до начала лечения до $18 \pm 1,5$ после курса лечения), так и при ходьбе (с $75 \pm 1,1$ до начала лечения до $24 \pm 1,8$ после курса лечения). При проведении УЗИ КС после курса лечения у 31 (64,58%) пациента отмечено уменьшение признаков воспалительного процесса.

Выводы/заключение

Таким образом, внутрисуставное введение препарата гиалган является эффективным и безопасным средством, оказывает благоприятный эффект на функциональное состояние пораженного сустава, приводит к статистически значимому увеличению физической составляющей качества жизни пациентов, достоверно уменьшает выраженность болевого синдрома, улучшает функцию сустава и замедляет прогрессирование ОА КС.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ХОНДРОГАРД
ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ
В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

Норина С.В., Кулькова О.Н.

КГБУЗ «Городская клиническая поликлиника № 3» Минздрава Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Введение/цель

Основу патогенеза остеоартрита составляют нарушения физиологических процессов деградации и синтеза хондроцитов, внеклеточного матрикса и субхондральной кости. Цель — оценить эффективность лечения препаратом хондрогард пациентов с остеоартритом.

Материал и методы

В исследование включено 56 больных остеоартритом (42 женщины и 14 мужчин). Все пациенты, средний возраст которых составлял $50,20 \pm 4,00$ года, были разделены на 2 группы. Больные 1-й группы ($n=28$) получали только хондрогард в/м в дозе 200 мг ежедневно, на курс 20 инъекций. Больные 2-й группы ($n=28$) — хондрогард в/м в дозе 200 мг (на курс 20 инъекций) по интермитирующей схеме (через день). При этом допускалось применение нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) немилекс по потребности (при интенсивных болях) в суточной дозе не более 200 мг. Соответственно у пациентов 1-й группы курс терапии составил 20 календарных дней, у пациентов 2-й группы — 40. Для оценки эффективности проводимого лечения были изучены показатели индекса WOMAC и показатели шкалы ВАШ, оценивались побочные эффекты терапии. Клинические показатели определялись до начала терапии и после ее окончания.

Результаты/обсуждение

По результатам проведенного клинического исследования в обеих группах пациентов выявлено статистически значимое снижение интенсивности боли по ВАШ ($p=0,0009$). На фоне лечения препаратом хондрокард отмечено статистически значимое уменьшение боли по шкале WOMAC через две недели на 14%. При продолжении терапии ко второму месяцу положительная динамика достигла 43%. По результатам проведенного анализа выявлено статистически значимое снижение интенсивности боли и улучшение функциональных показателей у пациентов в обеих группах ($p=0,0000001$).

Выводы/заключение

Таким образом, препарат хондрокард обладает достоверным симптоматическим эффектом, уменьшает боль, скованность и улучшает функциональные показатели. Препарат также обладает хорошей переносимостью в терапевтических дозах, побочные эффекты незначительны и не требуют отмены. Данные исследования позволяют рекомендовать хондрокард как достоверно эффективный в повседневной клинической практике препарат для лечения больных с остеоартритом в поликлинических условиях.

**КИШЕЧНАЯ МИКРОБИОТА
И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
ПЕРОРАЛЬНЫХ ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ
У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО**

И НЕМЕТАБОЛИЧЕСКОГО ФЕНОТИПОВ
Носков С.М., Гульнева М.Ю., Широкова Л.Ю.,
Луцкова Л.Н., Жомова М.В., Андрейченко Е.А.
ФГБОУ ВО «Ярославский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Ярославль, Россия

Введение/цель

Перспективно проследить гипотетическую связь между эффективностью применения пероральных гликозаминогликанов (ПГА) и составом кишечной микробиоты у больных остеоартрозом (ОА).

Материал и методы

Обследованы больные ОА с преимущественным поражением коленных суставов 2–3 рентгенологической стадий. Подбирались пациенты, применявшие препараты, содержащие ПГА на протяжении последних двух лет. Курс должен был быть не менее 3 мес, как минимум за 6 мес до включения пациентов в исследование. Формировали 4 группы: с нормальной или избыточной массой тела с положительной оценкой предшествующего лечения и с нормальной или избыточной массой тела, не давших положительной оценки ранее проводимой терапии препаратами, содержащими ПГА. В каждую группу включено по 10 больных при общем количестве пациентов 40 человек. Критериями невключения в исследование были: возраст старше 70 лет, наличие сопутствующей патологии со стороны желудочно-кишечного тракта за исключением функциональной диспепсии. Микробиологическое исследование микробиоты кишечника включало оценку количества отдельных представителей микробиоты кишечника в КОЕ/г испражнений.

Результаты/обсуждение

У больных ОА с нормальной или низкой массой тела состав кишечной микробиоты в группах с наличием или

отсутствием положительного эффекта от применения ПГА был совершенно одинаков. У пациентов с метаболическим фенотипом обезболивающее действие ПГА ассоциировалось с более низким уровнем бифидобактерий (7 (7; 8) против 10 (9; 10), $Z=3,56$, $p=0,0001$) и повышением содержания стафилококков (3,5 (3; 5) против 0 (0; 4), $Z=2,21$, $p=0,028$) и лактозопроодуцирующих кишечных палочек (3 (2; 5) против 0 (0; 0), $Z=3,35$, $p=0,0005$).

Выводы/заключение

Таким образом, возможно, что положительное действие ПГА в большей мере реализуется через их пребиотические свойства. При отсутствии дисбиоза со стороны кишечной микрофлоры у больных метаболическим артрозом эффективность назначения ПГА может быть снижена.

**ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ АУТОЛОГИЧНЫХ
МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК
ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ
И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ**

Носков С.М., Дыбин С.Д.,
Паруля О.М., Нагибин Р.М.

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

Введение/цель

Стволовые клетки применяются в терапии остеоартроза в ряде отечественных и зарубежных клиник. Целью работы было разработать доступный метод применения аутологичных мезенхимальных стволовых клеток (АМСК) для лечения остеоартроза коленных и тазобедренных суставов.

Материал и методы

Под местной анестезией из подвздошной кости забирали пунктат костного мозга в объеме около 200 мл на 40 мл гепаринизированного физиологического раствора. После 30-минутного отстаивания забирали надосадочный слой и центрифугировали при 1200 g в течение 10 мин. Супернатант частично удаляли, оставляя 2 мл в случае введения в полость тазобедренного и 5 мл – коленного суставов. После ресуспензирования клеточная взвесь была готова к применению. Временные затраты от начала подготовки пациента до внутрисуставного введения не превышали 2 ч. Курс лечения состоял из трех проводимых амбулаторно процедур с интервалом в 4 нед.

Результаты/обсуждение

Курс лечения аутологичными мезенхимальными стволовыми клетками прошли 6 больных остеоартрозом коленных или тазобедренных суставов II–III стадии. Двое больных стояли в очереди и на протезирование суставов. До лечения все пациенты постоянно принимали НПВП с минимальным эффектом. Оценка боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) превышала 60 мм. По завершении лечения наблюдался полный отказ от приема НПВП и снижение боли по ВАШ до 20 мм. Сложилось первое впечатление о большей успешности терапии больных коксартрозом. Отсутствовали какие-либо нежелательные явления.

Выводы/заключение

Разработан доступный для амбулаторного применения метод применения аутологичных мезенхимальных стволовых клеток при остеоартрозе коленных и тазобедренных суставов. Эффективность использования данного метода нуждается в дальнейшем изучении.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ МЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ, КОМОРБИДНЫХ ПО ОЖИРЕНИЮ И СД 2 ТИПА

Носков С.М., Красивина И.Г.,

Шерина Т.А., Козлова О.Г.

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

Введение/цель

Лечение больных остеоартрозом (ОА), коморбидных по ожирению и сахарному диабету 2 типа, представляет определенные трудности. Целью исследования было изучение длительности сохранения клинического эффекта после проведения трехмесячного курса приема симптоматических препаратов замедленного действия больными остеоартрозом коленных суставов (ОА КС) II–III рентгенологических стадий, коморбидных по ожирению и СД 2 типа.

Материал и методы

В исследование включено 106 больных ОА КС и СД 2 типа, рандомизированных в группы, принимающих диациреин (Артродарин «ТРБ Фарма С.А.» – 50 мг 2 раза/сут), зинаксин («Ферросан А/С» – 1 капс. 2 раза/день), хондроитин сульфат и глюкозамин гидрохлорид (Артра 0,5+0,5, «Юнифарм Инк» – 2 и затем 1 таб./сут). Препаратом сравнения был выбран таурин (Дибикор «Пик-Фарма ООО» – 250 мг 2 раза/сут). Во всех случаях общая продолжительность приема препаратов составила три месяца.

Результаты/обсуждение

Через три месяца терапии улучшение по оценке суставной боли по ВАШ было сопоставимо в трех группах симптоматических препаратов замедленного действия: артродарин – 27 (5; 36) мм, артра – 25 (20; 35) мм, зинаксин – 20 (10; 30) мм. В группе дибикора снижение ВАШ было –18 (2; 18) мм. Наибольшая длительность сохранения клинического эффекта, по мнению больных, отмечена при приеме артры – 8,06+2,71 мес. В группах зинаксина и артродарина периоды последствия составили 6,7+3,8 и 6,1+4,4 мес соответственно. У пациентов, принимавших таурин, время субъективного клинического улучшения в среднем колебалось около 1 месяца.

Выводы/заключение

Таким образом, терапия симптоматическими препаратами замедленного действия при ОА у больных ожирением и СД 2 типа в отличие от контрольного лечения сопровождается существенным и длительным сравнимым клиническим улучшением.

ВОЗМОЖНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО СИСТЕМНОГО АЛ-АМИЛОИДОЗА

Нутрихина Н.Н., Обухова И.В., Орлова С.Н.,

Галашевская Л.А., Шепурева Н.С., Алферова Е.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия

Введение/цель

Первичный системный амилоидоз (AL-амилоидоз) и вторичный (AA-амилоидоз) имеют много общих признаков. Если диагностику AA-амилоидоза нельзя считать сложной, то диагностика AL-амилоидоза оказывается весьма затруднительной и поздней. Цель – обратить внимание врачей широкого профиля на особенности клинических проявлений, специфичных для AL-амилоидоза.

Материал и методы

Клинический случай. Больная С, 53 года, в течение 3 лет отмечала парестезии в кистях, геморрагические высыпания на коже век. Позднее присоединились: общая слабость, одышка, боли в мышцах плечевого пояса и нижних конечностей, субфебрилитет. Последние полгода появились отеки лица, нижних конечностей, живота, геморрагические высыпания на коже живота, языка, конечностей. Об-но: осиплость голоса, периорбитальные геморрагические высыпания, геморрагии на коже груди, живота, конечностей, макроглоссия, сухость кожи, синюшность кистей рук, массивные отеки нижних конечностей и живота. Состояние тяжелое, глухость тонов сердца, умеренное увеличение печени, эпизоды гипотонии. Лаб.: умеренная нормохромная анемия, СОЭ 50 мм/ч, протеинурия 1,08 до 4,05 г/л, общий белок крови 64,7 г/л, А 24,04 г/л, Гамма 17,6 г/л, Кр-н 249–270 мкм/л, КФК 144–409 ед/л, ЩФ 651,8 ед/л, Иммунологические маркеры СКВ отр. Rg выраженный застой в легких, кардиомегалия 2–3 ст., ЛГ 2 ст. ЭхоКГ – снижение сократимости миокарда, диастолическая дисфункция ЛЖ по рестриктивному типу, дилатация ПП, ГЛЖ 2–3 ст. Rg кистей – остеопороз. В миелограмме плазматические клетки до 5%. ИФА – легкие цепи лямбда.

Результаты/обсуждение

В клинике диагностирован AL-амилоидоз. До получения результатов биопсии слизистой десны и кишечника проводилось обследование для исключения ДЗСТ, миеломной болезни, онкопатологии, ИБС. Результат биопсии – массивное отложение амилоида. Все проявления болезни нашли свое адекватное объяснение. Ввиду тяжести состояния, полиорганного поражения было исключено проведение высокодозной химиотерапии и ауто-ТГСК. Возможности своевременной диагностики на поликлиническом этапе были упущены, несмотря на наличие специфичных для AL-амилоидоза признаков.

Выводы/заключение

Для своевременной диагностики необходимо знать наиболее яркие проявления первичного AL-амилоидоза, такие как: рецидивирующие периорбитальные геморрагии, макроглоссия, синдром карпального канала. В случаях неясного диагноза следует чаще использовать гистологическое исследование тканей на амилоидоз.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ СВЯЗИ С ПСИХИЧЕСКОЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Овчаров П.С.¹, Лисицына Т.А.¹, Вельгищев Д.Ю.²,

Буренчев Д.В.³, Ищенко Д.А.², Серавина О.Ф.²,

Ковалевская О.Б.², Алекберова З.С.¹, Насонов Е.Л.¹

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

²Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, Москва, Россия;

³ГБУЗ «Городская поликлиника № 12 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Введение/цель

Когнитивные нарушения (КН) часто встречаются у пациентов с болезнью Бехчета (ББ) и нередко ассоциируются с поражением головного мозга в рамках основного заболевания, а также с тревожными и депрессивными пси-

хическими расстройствами (ПР). Цель — изучить частоту и клиничко-патогенетические взаимосвязи КН при ББ.

Материал и методы

Исследование проводилось в рамках междисциплинарной научной программы «Стрессовые факторы и психические расстройства при ревматических заболеваниях». Обследовано 106 пациентов с ББ (76 мужчин, 30 женщин), средний возраст ($M \pm m$) которых составил $33,3 \pm 0,98$ года, средняя длительность ББ — $148,5 \pm 10,4$ мес. 51,9% больных были уроженцами Северного Кавказа. Все пациенты имели достоверный диагноз ББ согласно международным критериям ISGBD 1990 г. Оценка активности заболевания проводилась по шкале BDNCAF. ПР выявлялись психиатром в соответствии с МКБ-10 с использованием шкал: госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала тревоги Гамильтона, шкала депрессии Монгомери–Асберг (MADRS), проективная психологическая методика «Пиктограммы», методики оценки когнитивных функций: памяти, концентрации внимания и логического мышления. МРТ головного мозга в T_1 , T_2 -взвешенных режимах и режиме FLAIR выполнена 44 пациентам (41,5%).

Результаты/обсуждение

КН выявлены у 82 из 106 (77,4%) пациентов, ПР тревожно-депрессивного спектра (РТДС) — у 81 (76,4%) пациента. Пациенты с КН были статистически значимо старше ($34,3 \pm 1,07$ против $29,0 \pm 2,14$ года, $p=0,006$) больных без КН, но не имели различий по длительности ББ, продолжительности и характеру терапии ББ, степени активности (BDCAF) и клинической картине ББ. У пациентов с КН чаще, чем без КН, диагностированы РТДС (тревожная, хроническая/рекуррентная депрессия) (69 (84,1%) против 12 (50,0%), $p=0,001$), и выраженность депрессии по шкале MADRS была значимо выше ($16,1 \pm 0,74$ против $12,2 \pm 1,06$, $p=0,005$), однако не превышала порога умеренной выраженности. У больных с КН значимо чаще наблюдалось влияние хронических психосоциальных стрессовых факторов (75 (91,5%) против 15 (62,5%), $p=0,001$), предшествующих ПР. Клинические неврологические проявления как в анамнезе (24 (29,3%) против 8 (33,3%), $p=0,44$), так и на момент осмотра (23 (28%) против 8 (33,3%), $p=0,39$) у пациентов с КН и без таковых выявлялись с одинаковой частотой и в целом были менее частыми, чем РТДС (31 (29,2%) против 81 (76,4%), $p<0,001$). По данным МРТ головного мозга у пациентов с КН достоверно чаще выявлялись хронические множественные субкортикальные мелкоочаговые изменения в белом веществе (19 (57,6%) и 1 (9,0%), $p=0,005$) при сравнении с больными без КН.

Выводы/заключение

КН характерны для большинства больных ББ и ассоциируются с РТДС, провоцируемыми хроническими стрессовыми факторами, и мелкоочаговым паренхиматозным поражением коры головного мозга.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМИТРИПТИЛИНА ИЛИ ТРАЗОДОНА (ТРИТТИКО) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Октябрьская И.В., Беляева И.Б., Ташлыков В.А.

СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Изучить динамику показателей качества жизни (КЖ) и психологического статуса у больных ревматоидным арт-

ритом (РА) с эмоционально-аффективными расстройствами (ЭАР) на фоне терапии amitриптилином или тразодоном (триттико).

Материал и методы

Обследовано 250 пациентов с активным РА (DAS28 >3,2), сравнимых по полу, возрасту, длительности заболевания, рентгенологической стадии, получающих в качестве базисной терапии метотрексат 7,5–25 мг/нед или комбинированную терапию: метотрексат 7,5–25 мг/нед + инфликсимаб (ремикейд) по стандартной схеме. С целью выявления ЭАР исходно у всех больных была проведена оценка стрессоустойчивости и социальной адаптации по опроснику Холмса и Раге, наличие астенического состояния по шкале Л.Д. Малковой, тревоги и депрессии по шкале Цунга и госпитальной шкале тревоги и депрессии. С целью коррекции ЭАР пациентам была назначена терапия антидепрессантами: amitриптилин 50 мг/сут или тразодон (триттико) в дозе 150 мг/сут в течение месяца.

Результаты/обсуждение

На фоне терапии amitриптилином по сравнению с терапией тразодоном (триттико) отмечено более значимое улучшение КЖ по шкале боли ($p<0,05$). На фоне приема антидепрессантов отмечается уменьшение числа пациентов с выраженной и умеренной астенией и увеличение числа пациентов без признаков астении или со слабо выраженной астенией.

Выводы/заключение

1. При оценке психологического статуса у больных РА с развернутой стадией заболевания отмечено наличие астении, тревоги и депрессии у 82; 55,2 и 42,8% пациентов соответственно. 2. На фоне терапии amitриптилином, по сравнению с терапией тразодоном (триттико), отмечается более значимое улучшение КЖ по шкале боли. Применение тразодона приводит к достоверному улучшению КЖ по шкале жизнеспособности, социального функционирования и ролевого эмоционального функционирования. 3. Использование amitриптилина 50 мг/сут в течение 1 месяца в комплексной терапии больных РА и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами приводит к достоверному уменьшению количества пациентов с тревогой и депрессией. 4. Назначение триттико (тразодон) 150 мг/сут в течение 1 месяца у пациентов с РА и тревожно-депрессивными расстройствами ведет к повышению сопротивляемости к стрессу по шкале Холмса и Раге.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТОЦИЛИЗУМАБА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ: 5-ЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Оттева Э.Н.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1

им. профессора С.И. Сергеева» Минздрава

Хабаровского края, Хабаровск, Россия; КГБОУ ДПО

«Институт повышения квалификации специалистов

здравоохранения» Минздрава Хабаровского края,

Хабаровск, Россия

Введение/цель

Оценка эффективности тоцилизумаба при ревматической полимиалгии (РП).

Материал и методы

Блокатор рецепторов IL6 хорошо изучен в лечении больных ревматоидным артритом. Первая публикация об

эффективности тоцилизумаба при РП была сделана в 2010 г. В настоящее время закончено многоцентровое исследование NCT01396317. Нами тоцилизумаб (актемра) применяется с 2012 г. Всего пролечено 14 пациентов, соответствующих критериям РП (ACR и APP). Тоцилизумаб вводился в дозе 8 мг/кг веса.

Результаты/обсуждение

Длительность развития симптомов РП $3,3 \pm 1,7$ мес. У всех пациенток дебют РП наблюдался с поражения верхне-плечевого пояса. Мышечная боль (по ВАШ) составила $67,3 \pm 13,4$ мм, элевация верхних конечностей $2,5 \pm 0,9$ балла, снижение веса более 5 кг — у 78,6%. Уровень СОЭ в среднем $52,3 \pm 10,9$ мм/час. Пациентки имели минимум по 2 коморбидных заболевания. Индекс активности РП (ИА РП) при поступлении составлял $25,4 \pm 10,8$. В среднем пациенты получили 5 [2–8] инфузий актемры. Ремиссия достигнута через $4,2 \pm 1,6$ мес (ИА РП — 0,7). Доза глюкокортикоидов (ГК) у половины больных составила 10 мг. Трансфузионных осложнений не было. В одном случае развился псориаз, у нее же отмечен рецидив РП через 1 год, что потребовало еще 3 инфузии актемры для купирования рецидива.

Выводы/заключение

РП — это ревматическое заболевание пожилых, развивается на фоне различных коморбидных состояний, при которых не всегда желательна назначение ГК. Тоцилизумаб представляется эффективным, безопасным и перспективным в лечении таких системных васкулитов пожилых, как РП.

ВРЕМЯ ИДЕНТИФИЦИРОВАТЬ ЭРОЗИВНЫЙ ОСТЕОАРТРИТ (ФЕНОТИП ОСТЕОАРТРИТА? РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА?)

Оттева Э.Н.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.И. Сергеева» Минздрава Хабаровского края, Хабаровск, Россия; КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Минздрава Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Введение/цель

Считается, что остеоартрит (ОА) — заболевание, при котором основное место повреждения — хрящ. Тем не менее воспалительный процесс охватывает все мягкие ткани и субхондральную кость.

Материал и методы

Собственные наблюдения и литературные данные.

Результаты/обсуждение

Существуют противоречивые мнения в отношении эрозивного артрита кистей (ЭОК). Это вариант агрессивного остеоартрита или более доброкачественного ревматоидного артрита? Проведенные иммунологические исследования показали, что при исследовании маркеров деградации коллагена (COLL-1-2, COL2-1NO2 и MPO) у женщин 41–71 лет, страдающих ЭОК, отмечается повышение MPO в сравнении с неэрозивным ОА (неЭОК). Кроме того, при ЭОК выявляются АНЦА в 19%, хотя и в низком титре, что никогда не определяется при неЭОК и часто (51%) в высоком титре при ревматоидном артрите. Если сравнивать клиническую симптоматику ЭОК, то боль и нарушение функций суставов схожи с РА. Какова коморбидность ЭОК? Оказалось, что ЭОК чаще сочетается с метаболическими нарушениями, дислипидемией.

Принимая во внимание традиционные кардиоваскулярные факторы риска, было показано, что имеется корреляция между ЭОК и субклиническим атеросклерозом. Чем же лечат ЭОК? Для терапии ЭОК правомочно использование медленно действующих препаратов — «хондропротекторов», однако имеются отдельные исследования по эффективности гидроксихлорохина, метотрексата. Скоро будут опубликованы результаты исследования ОА TREAT (по гидроксихлорохину).

Выводы/заключение

Достоверного эффекта применения адалимумаба, инфликсимаба не получено, однако в отдельных случаях отмечено блокирование прогрессирования заболевания. Так куда же отнести ЭОК?

РЕКОМЕНДАЦИИ EULAR/ACR ПО ЛЕЧЕНИЮ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ

Оттева Э.Н.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.И. Сергеева» Минздрава Хабаровского края, Хабаровск, Россия; КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Минздрава Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Введение/цель

Ревматическая полимиалгия (РП) — наиболее частое аутоиммунное ревматическое заболевание пожилых людей, в основном женщин, характеризующееся сильными болями и слабостью стереотипной локализации (область шеи, плечевого и тазового пояса), лечится длительной глюкокортикоидной терапией и сопровождается коморбидной кардиоваскулярной патологией и частой госпитализацией.

Материал и методы

Собственные наблюдения и литературные данные.

Результаты/обсуждение

Поскольку РП страдают пожилые люди преимущественно седьмого десятилетия с наличием различной коморбидности, очень важно назначать эффективное и безопасное лечение. Согласно рекомендациям EULAR/ACR (2015) предлагается назначать глюкокортикоиды (ГК) вместо НПВП в течение минимально эффективного персонализированного срока. Минимально эффективной дозой ГК считается 12,5–25 мг преднизолона в сутки. Более высокие дозы возможны при высоком риске обострений и низком риске побочных эффектов при коморбидности. Доза ГК должна подбираться на основании тщательного контроля активности болезни, лабораторных показателей и неблагоприятных эффектов. Возможно раннее назначение метотрексата к ГК в случае высокого риска развития рецидива (15–25 мг/нед). Использование блокаторов ФНО α противопоказано. Возможно применение тоцилизумаба, устекинумаба и секукинумаба.

Выводы/заключение

Рекомендуется проведение лечебной физкультуры с целью профилактики снижения мышечной массы. Нет доказательств эффективности нефармакологических методов (физиолечение, релаксация, диета). Эксперты категорически против лечения китайскими травами.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА (NT-PROBNP) У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, НЕ ПОЛУЧАЮЩИХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Панафидина Т.А., Сохова М.А., Попкова Т.В., Новикова Д.С., Александрова Е.Н., Насонов Е.Л. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Определить уровень NT-проBNP у пациентов с СКВ до назначения иммуносупрессивной терапии, его возможную ассоциацию с воспалением, кардиоваскулярными традиционными факторами риска (ТРФ) и показателями трансторакальной ЭхоКГ.

Материал и методы

В исследование включено 28 пациентов с СКВ (ACR, 1997) – 23 (82%) женщины, 28,5 [25,0; 32,0] года (медиана [25-й; 75-й перцентили]), без признаков КВЗ и не получавших иммуносупрессивную терапию. Контрольная группа представлена 27 здоровыми донорами, сопоставимыми по возрасту и полу. Активность болезни оценивали по шкале SLEDAI-2K, необратимые повреждения – по SLICC, измеряли маркеры воспаления – СРБ, ИЛ-6, INF- α , проводили ЭхоКГ и оценку ТФР. Концентрацию NT-проBNP определяли в сыворотке крови методом электрохемилюминесценции («Roche Diagnostics», Швейцария). Нормальный диапазон уровня NT-проBNP составлял $\leq 125,0$ пг/мл.

Результаты/обсуждение

Длительность СКВ составила 21,0 [5,0–60,0] мес, значения SLEDAI-2K – 11 [8–9], SLICC/DI – 0 [0–0] баллов. Больные СКВ имели повышенный уровень NT-проBNP по сравнению с контролем: 160,7 [88,6–335,4] vs 55,2 [36,6–70,3] пг/мл, $p < 0,001$. Пациенты были разделены на две группы по значению NT-проBNP: первая – пациенты с концентрацией NT-проBNP $> 125,0$ пг/мл ($n = 18$ (64%)), вторая – с уровнем NT-проBNP $\leq 125,0$ пг/мл ($n = 10$ (36%)). В каждой группе оценивались клинические и лабораторные показатели СКВ, частота ТФР, концентрация маркеров воспаления (СРБ, ИЛ-6, ФНО α). Пациенты были сопоставимы по возрасту, полу, частоте ТФР, клинических проявлений и длительности СКВ, значениям SLEDAI-2K и SLICC. Пациенты I группы имели повышенные значения АКЛ IgG ($p < 0,01$), креатинина ($p < 0,05$), конечного систолического размера (КСР) левого желудочка (ЛЖ) ($p < 0,05$), снижение фракции выброса (ФВ) ЛЖ ($p < 0,01$), скорости клубочковой фильтрации ($p < 0,05$), концентрации антиRo антител ($p < 0,05$), чем пациенты со значением NT-проBNP $\leq 125,0$ пг/мл. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ (ДДЛЖ) выявлена только у пациентов с концентрацией NT-проBNP $> 125,0$ пг/мл, но статистически значимого различия между группами не получено ($p = 0,066$). Концентрация NT-проBNP у пациентов с ДДЛЖ ($n = 5$ (18%)) значительно превышала нормальные значения и составила 799,2 [276,6; 1777,0] пг/мл.

Выводы/заключение

«Нелеченые» пациенты с СКВ имеют повышенный уровень NT-проBNP по сравнению с контролем ($p < 0,001$). Повышенная концентрация NT-проBNP ассоциирована с маркерами, отражающими функцию почек и миокарда. Связи уровня NT-проBNP с клиническими проявлениями СКВ, маркерами воспаления (СРБ, ИЛ-6, ФНО α) и ТРФ не выявлено.

ИЗМЕНЕНИЯ СИНОВИАЛЬНЫХ СТРУКТУР ПРИ СУБАКРОМИАЛЬНОМ ИМПИНДЖМЕНТ-СИНДРОМЕ

Пашкевич Л.А., Мохаммади М.Т., Борисов А.В., Скакун П.Г., Пересада А.С.

ГУ «Республиканский научно-профилактический центр травматологии и ортопедии» Минздрава Республики Беларусь, Минск, Беларусь

Введение/цель

Патология структур субакромиального пространства, в частности, субакромиальный импинджмент-синдром, – частая причина болевого синдрома в области плечевого сустава. Одним из основных факторов развития заболевания считается компрессия сухожилий вращательной манжеты и субакромиальной бursy под передним отделом акромиального отростка, клювовидно-акромиальной связкой и акромиально-ключичным суставом.

Материал и методы

Материалом исследования послужили ткани биоптатов синовиальной оболочки субакромиальной бursy, полученные при артроскопии плечевого сустава по поводу субакромиального импинджмент-синдрома.

Результаты/обсуждение

В изучаемой группе в большинстве образцов синовиальной оболочки субакромиального пространства наблюдается картина слабо выраженного хронического неспецифического продуктивного синовита. В некоторых наблюдениях имеет место слабо выраженная сосочковая гиперплазия ворсин. Интимальный слой синовиальной оболочки в основном покрыт 1–2 рядами небольших уплотненных синовиоцитов. В некоторых случаях наблюдается очаговая пролиферация синовиоцитов до 4 рядов. В строме синовиальных оболочек bursa отмечаются очаговые проявления пролиферативных, дистрофических и склеротических процессов слабой степени выраженности и распространенности. В субинтимальном слое определяются мелкие поля с дистрофическими и некробиотическими изменениями в виде гомогенных бесклеточных участков. Также отмечаются участки отека, миксоматоза, гиалиноза, фиброза и липоматоза. В строме субинтимы, как правило, имеется умеренное количество сосудов. Воспаление в синовиальной оболочке субакромиального пространства в большинстве случаев слабо выраженное и воспалительный процесс имеет очаговый периваскулярный круглоклеточный характер. Воспалительная инфильтрация состоит из лимфоцитов, плазмочитов и эпителиоидных клеток.

Выводы/заключение

При гистологическом исследовании в синовиальных оболочках субакромиальной бursy плечевого сустава при субакромиальном импинджмент-синдроме наблюдаются дистрофические, некробиотические, склеротические и воспалительные процессы слабой степени выраженности и распространенности. При этом субакромиальный синовит (бурсит) плечевого сустава характеризуется реактивным хроническим слабо выраженным продуктивным неспецифическим периваскулярным воспалением.

ТКАНЬ РЕГЕНЕРАТА ХРЯЩА ИЗ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Пашкевич Л.А., Мохаммади М.Т.,
Эйсмонт О.Л., Букач Д.В.

ГУ «Республиканский научно-профилактический центр
травматологии и ортопедии» Минздрава Республики
Беларусь, Минск, Беларусь

Введение/цель

Трансплантация мезенхимальных стволовых клеток (МСК) представляется эффективным способом лечения полнослойных повреждений суставного хряща, однако единого подхода к выбору источника клеток, хирургической технике трансплантации, степени дифференцировки клеток трансплантата на сегодня не выработано.

Материал и методы

Проведен эксперимент на лабораторных собаках по трансплантации МСК различной степени дифференцировки. В 1-й группе в созданный дефект хряща коленного сустава собак вводили препарат недифференцированных МСК, полученных из костного мозга животных, выделенных, наращенных *in vitro* и помещенных в носитель — гиалуронат натрия. Во 2-й группе МСК были предифференцированы в хондрогенном направлении с помощью факторов роста TGFβ₃, IGF-1 и дексаметазона. Патоморфологическое исследование материала осуществлялось по общепринятой гистологической методике изучения костной ткани. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином и по методу Ван-Гизона. Результаты изучены спустя 6 мес.

Результаты/обсуждение

При патоморфологическом исследовании в образцах собак из 1-й группы восстановление зоны дефекта в суставной поверхности завершалось формированием тонкого слоя ткани регенерата из фиброзной соединительной ткани. Данный регенерат не заполняет зону дефекта хряща и не обеспечивает точное топоанатомическое соотношение суставных поверхностей. В гистологических образцах собак из 2-й группы в зоне дефекта происходило полное заполнение поврежденного дефекта тканью регенерата из фиброхряща. Вновь образованные хондроциты — округлой формы или лакуны. Межточная метакромазия слабо выражена. Межклеточный матрикс приобретает сиреневый цвет или местами с голубым оттенком.

Выводы/заключение

Проведенные экспериментальные исследования показали преимущества метода имплантации предифференцированных полипотентных мезенхимальных клеток перед методом имплантации непередифференцированных полипотентных мезенхимальных клеток. Особенности процесса морфогенеза фиброхряща и ремоделирования его в гиалиновый хрящ требуют дальнейшего изучения. Также, на наш взгляд, требуется пристальное изучение процессов, касающихся износоустойчивости вновь регенерированного волокнистого и гиалинового хряща по сравнению с материнским.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ АДАЛИМУМАБОМ НА ДИНАМИКУ КЛИНИЧЕСКИХ И СТРУКТУРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Петров А.В.¹, Заяева А.А.¹,
Фурсова В.А.², Гнатенко Т.Г.², Петров А.А.¹

¹Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия;

²ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница
им. Н.А. Семашко», Симферополь, Россия

Введение/цель

Структурные изменения тазобедренных суставов (ТБС) нередко играют доминантную роль в инвалидизации больных анкилозирующим спондилитом (АС), что диктует необходимость изучения их динамики при оценке эффективности применяемых методов лечения. Цель — оценить влияние терапии АДА в течение 12 мес на динамику клинических симптомов и ультрасонографических и рентгенологических изменений в ТБС у больных АС.

Материал и методы

В исследование были включены 53 больных АС (41 мужчина и 9 женщин, средний возраст — 37,6; длительность заболевания — 14–152 мес), которые не менее 3 мес до начала лечения постоянно принимали нестероидные противовоспалительные препараты, сульфасалазин (2 г/сут) и/или метотрексат (15–20 мг/нед). Пациенты 1-й группы (27 больных) дополнительно получали подкожные инъекции адалимумаба (АДА) 40 мг 1 раз в 2 нед в течение 12 мес. Пациенты 2-й группы (26 больных) продолжали принимать прежнее лечение. Всем больным до лечения и через 12 мес оценивалась динамика степени боли при движениях в ТБС по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и максимального межлодыжечного расстояния, проводились рентгенография и ультрасонография ТБС.

Результаты/обсуждение

У больных 1-й группы по сравнению с 2-й группой через 12 мес лечения наблюдались более выраженное снижение боли по ВАШ при движениях в ТБС (27,3 мм против 4,7 мм, $p < 0,01$), увеличение межлодыжечного расстояния (12,4 см против 0,3 см, $p < 0,05$), что сопровождалось снижением толщины шейечно-капсулярного пространства (на 2,4 мм против 0,4 мм, $p < 0,05$) и увеличением толщины гиалинового хряща на 0,15 мм (во 2-й группе определялось снижение толщины гиалинового хряща на 0,5 мм) при ультрасонографии. При рентгенологическом исследовании у 15,4% больных 2-й группы за 12-месячный период отмечалось увеличение градации индекса BASRI-Hips на 1 балл, в то время как у больных 1-й группы случаев повышения значений индекса не зарегистрировано.

Выводы/заключение

На фоне терапии АДА у больных АС наблюдалось значительное снижение активности синовита, отсутствие рентгенологической прогрессии и ультрасонографические признаки восстановления толщины гиалинового хряща ТБС.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, РЕФРАКТЕРНЫХ К ЛЕЧЕНИЮ БЛОКАТОРАМИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА (БНФНО α)

Петров А.В.¹, Фурсова В.А.², Агутова К.В.², Кошукова Г.Н.¹, Заяева А.А.¹

¹Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия;

²ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», Симферополь, Россия

Введение/цель

Идентификация категории больных ревматоидным артритом (РА), имеющих первичную резистентность к применению БНФНО α , имеет большое значение для оптимизации лечения пациентов с тяжелым течением заболевания. Цель – изучить особенности клинического течения РА у пациентов с недостаточным клиническим эффектом применения БНФНО α .

Материал и методы

Среди 53 больных РА, начавших применение БНФНО α (49 – адалимумаб в дозе 40 мг 1 раз в 2 нед подкожно, 4 – голимумаб в дозе 50 мг 1 раз/мес внутривенно) на фоне лечения метотрексатом (15 мг/нед и выше), фолиевой кислотой (5–10 мг/нед), метилпреднизолоном (4–16 мг/сут), была выделена группа пациентов (9 больных), у которых в течение 3 мес лечения не наблюдалось уменьшения индекса DAS28 на 0,6 и более и снижения его значения ниже 3,2. Все больные были женского пола в возрасте от 22 до 63 лет. Было проведено сравнение клинических, лабораторных показателей, данных о предшествующем применении синтетических болезнью модифицирующих препаратов (СБМП), ультрасонографических и рентгенологических данных до начала терапии у пациентов с рефрактерностью к БНФНО α и остальными больными.

Результаты/обсуждение

У больных с рефрактерностью к БНФНО α достоверно чаще по сравнению с остальными пациентами наблюдались следующие признаки: наличие более 8 припухших суставов кистей (100% против 36,4 %, $p < 0,05$), длительность болезни выше 5 лет (100% против 63,6%, $p < 0,05$), ультрасонографически определяемый экссудат в коленных суставах более 15 мл (77,8 % против 31,8%, $p < 0,05$), множественные и сливные доплеровские сигналы в гипертрофированной синовиальной оболочке при ультрасонографии (77,8% против 38,6%, $p < 0,05$), предшествующее применение комбинаций СБМП (55,6% против 18,2%, $p < 0,05$) и тофацитиниба (44,4% против 15,9%, $p < 0,05$), уровень гемоглобина ниже 90 г/л (55,6% против 25,0%, $p < 0,05$), уровень антител к цитрулинизированным пептидам более 500 МЕ/л (55,6% против 34,1%, $p < 0,1$).

Выводы/заключение

Выделены некоторые клинико-лабораторные маркеры, которые чаще встречаются у пациентов с первичной рефрактерностью к БНФНО α по сравнению с остальными больными РА и перспективны для дальнейшего изучения на больших контингентах больных.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО И АНТИДЕСТРУКТИВНОГО ЭФФЕКТА РИТУКСИМАБА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Пиванова А.В., Лукина Г.В., Сигидин Я.А., Смирнов А.В., Кузьянц К.Х., Кузнецова А.Ю., Глухова С.И., Насонов Е.Л. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Оценить клинический и антидеструктивный эффекты ритуксимаба (РТМ).

Материал и методы

108 пациентов, большинство из которых женщины среднего возраста с высокой степенью активности ревматоидного артрита – РА (средний DAS 28 $6,1 \pm 1,04$, РФ-позитивные составили 77%, АЦЦП-позитивных – 83%), получивших лечение различными дозами РТМ (1000 мг \times 2 и 500 мг \times 2). Клинический эффект терапии оценивался по критериям EULAR, рентгенологическое прогрессирование – по методу Шарпа в модификации Ван-дер-Хейде – до начала лечения и через 48 нед.

Результаты/обсуждение

У пациентов, получивших различные дозы РТ, отмечен сходный клинический эффект. К 48 нед после лечения 2 курсами препарата, клинического улучшения достигли 65% пациентов, хороший и удовлетворительный ответ по критериям EULAR был отмечен у 23 и 42% пациентов соответственно. Примечателен тот факт, что при оценке через 1 год лечения РТМ рентгенологическое прогрессирование отсутствовало у половины (50%) пациентов с высокой степенью активности РА.

Выводы/заключение

Лечение РТМ замедляет прогрессирование костной деструкции и без достижения клинического улучшения. Клинический и антидеструктивный эффекты РТМ не всегда совпадают, что может свидетельствовать о различных механизмах действия данного препарата.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОСТЕОКЛАСТОГЕНЕЗА У МУЖЧИН С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Пирогова О.А.

ГБУЗ КО «Областной клинический госпиталь ветеранов войн», Кемерово, Россия

Введение/цель

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

Материал и методы

Обследовано 60 мужчин: 40 пациентов с диагнозом АС (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.) и 20 мужчин без АС. Средний возраст больных составил $42,3 \pm 1,9$ года, длительность заболевания – $11,2 \pm 5,3$ года. Определялись лиганд рецептора активатора нуклеарного фактора каппа-В (RANKL) и остеопротегерин (OPG) иммуноферментным методом с использованием набора Biomedica Gruppe Elisa (Австрия).

Результаты/обсуждение

Среднее значение концентрации RANKL достоверно не различалось у больных АС и мужчин без АС ($p=0,4799$), в то время как среднее значение концентрации OPG и отношение OPG/RANKL у больных АС оказалось достоверно выше, чем у мужчин без АС. Так, в основной группе уровень OPG составил $4,10 \pm 0,15$ Ед/л, в контрольной группе – $2,75 \pm 0,19$ Ед/л ($p < 0,001$), отношение OPG/RANKL в основной группе – $16,41 \pm 2,32$, в контрольной группе – $10,18 \pm 0,83$ ($p=0,049$). По данным корреляционного анализа выявлены следующие корреляционные взаимосвязи: положительная корреляционная связь между OPG и стадией АС ($r=0,3$, $p=0,044$), отрицательная корреляционная связь между OPG и индексом BASFI ($r=-0,24$, $p=0,042$), отрицательная корреляционная связь между отношением OPG/RANKL и индексом BASDAI ($r=-0,08$, $p=0,05$).

Выводы/заключение

У больных АС концентрация RANKL находилась в пределах нормальных значений. Содержание OPG и отношение OPG/RANKL у больных АС достоверно выше, чем у мужчин без АС. Подобный дисбаланс в системе регуляции остеокластогенеза, вероятно, обусловлен развитием двух противоположных процессов: оссификации паравerteбральных тканей с образованием костных «мостиков» между телами позвонков с развитием анкилоза межпозвонковых суставов и костной потери, приводящей к развитию остеопороза как в позвоночнике, так и в периферическом скелете.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ СПОНДИЛОПАТИЯХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ПРИ МЕЖДУНАРОДНЫХ СОПОСТАВЛЕНИЯХ

Плахова А.О., Никитина Е.С., Сороцкая В.Н., Вайсман Д.Ш.

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

Материал и методы

Проанализированы основные показатели медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях жителям Российской Федерации (РФ), страдающим спондилопатиями (СП), коды по МКБ-10 – М45-М49, при международных сопоставлениях в динамике за 2011–2013 гг.: доля госпитализированных пациентов со СП ко всем госпитализированным пациентам с болезнями костно-мышечной системы (БКМС), число госпитализированных пациентов со СП на 1000 населения и средняя длительность пребывания этих пациентов на койке. Для сравнения использованы данные Европейской базы госпитальной заболеваемости за 2009 г.

Результаты/обсуждение

Доля госпитализированных пациентов со СП ко всем госпитализированным пациентам с БКМС в РФ составила в 2011 г. – 2,2%; в 2012 г. – 2,4%; в 2013 г. – 2,7%, что выше, чем в ряде европейских стран (Польша – 1,0%; Словакия – 0,3%; Швейцария – 0,1%; Великобритания – 0,1%). Число госпитализированных пациентов со СП на 1000 населения в РФ составило в 2011 г. – 0,21%, в 2012 г. – 0,23%, в 2013 г. – 0,26%, что не коррелируется с другими странами (Польша – 0,87%; Словакия – 0,2%; Швейцария – 1,1%; Великобритания – 0,3%). Средняя длительность пребывания на койке у больных со СП в РФ составила в 2011 г. – 15,0, в 2012 г. – 14,4, в 2013 г. – 14,0 дней. Этот показатель

в других странах в 2009 г. составил: Польша – 15,3; Словакия – 12,0; Швейцария – 11,0; Великобритания – 10,0.

Выводы/заключение

Оказание медицинской помощи пациентам со СП при оказании медицинской помощи в стационарных условиях в 2011–2013 гг. в РФ при международных сопоставлениях отличается от ряда европейских стран: доля госпитализированных пациентов выше, чем в других европейских странах, а число пролеченных пациентов на 1000 населения и средняя длительность пребывания на койке не имеют четких соответствий.

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

Плахова А.О., Никитина Е.С., Сороцкая В.Н., Вайсман Д.Ш.

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

Введение/цель

Изучение динамики тенденций смертности от болезней костно-мышечной системы (БКМС) в Тульской области в 2001–2015 гг.

Материал и методы

Для изучения смертности от БКМС были использованы базы данных по смертности жителей Тульской области за 2001–2015 гг., полученные с помощью автоматизированной системы регистрации смертности, позволяющей автоматически кодировать и выбирать первоначальную причину смерти в соответствии с правилами МКБ-10. Данные по Российской Федерации взяты из таблиц С52 Росстата.

Результаты/обсуждение

В Тульской области отмечается тенденция значительного роста показателя смертности от БКМС с 3,0 в 2001 г. до 5,6 на 100 тыс. населения в 2015 г. (в 1,9 раза) при небольшом снижении показателя смертности от БКМС в Российской Федерации с 1,7 в 2001 г. до 1,6 в 2015 г. на 100 тыс. населения (темпы убыли – 5,9%).

Выводы/заключение

1. Снижение показателя смертности от болезней костно-мышечной системы по России с 1,7 до 1,6 на 100 тыс. населения (темпы убыли – 5,9%). 2. Рост показателей смертности от болезней костно-мышечной системы в Тульской области в 1,9 раза с 2001 г. по 2015 г. 3. Рост показателей смертности от болезней костно-мышечной системы в Тульской области не связан с показателями общей смертности населения, однако является более достоверным за счет использования автоматизированной системы регистрации смертности, а также обучения врачей кодированию медико-статистических диагнозов.

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ В ДЕБЮТЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Погребная М.В., Войцеховский В.В., Горячева С.А., Фомина О.П., Приходько О.Б., Еременко С.И.

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, Благовещенск, Россия

Введение/цель

В последние годы наряду с полисистемностью поражения при системных заболеваниях соединительной ткани (СЗСТ) в дебюте нередко наблюдается олиго- или моносиндромность с преимущественным поражением органов той или иной систем: сердца, легких, почек, нервной системы и др.

Материал и методы

Проведен анализ течения заболевания у 126 больных СЗСТ, в т.ч. — 58 системной красной волчанкой (СКВ).

Результаты/обсуждение

При всем многообразии проявлений СЗСТ — суставных, гематологических, кожных, неврологических, нефрологических и др. — изменения в легких, особенно легочного интерстиция, обнаружены в различных вариантах более чем у 50% больных. Нередко осложнения, обусловленные интерстициальной болезнью легких (ИБЛ) у 38 (30,2%) пациентов со СЗСТ являлись ведущими в определении прогноза заболевания. Рентгенологически при ИБЛ было усиление интерстициального легочного рисунка и буллезная его деформация с картиной «сотового легкого»: чередование очагов склероза и эмфиземы (пчелиные соты или «матовое стекло»). Из неинвазивных методов диагностики поражения легких наиболее информативна компьютерная томография — для оценки активности воспаления и фиброза, определения эффективности терапии. Острое специфическое поражение легочной паренхимы — редкая патология, развивается при высокой активности СКВ. Плевропульмональные изменения в 19 (32,8%) случаях предшествовали артралгии, поражению кожи. Легочные геморрагии (ЛГ) были первым и единственным проявлением СКВ у 3 (5,2%) больных, опережали или сочетались с другими органными поражениями. Риск развития ЛГ не зависел от давности болезни; наблюдались лихорадка, кровохарканье, быстрое падение гематокрита, часто — признаки острого волчаночно-пневмонита (ОВП) с массивной инфильтрацией. КТ-изображения напоминали ОВП без классических проявлений васкулита. Острое паренхиматозное поражение легких при СКВ было представлено острым люпус-пневмонитом (ЛП) (11,2%) и геморрагическим альвеолитом (ГА) (5,2%). ЛП проявлялся одышкой, кашлем, плевритными болями и лихорадкой, рентгенологически определяемыми одно- или двухсторонними инфильтратами в легких. Тщательно исключались другие причины: пневмония, ТЭЛА, сердечная недостаточность при СКВ. ГА развивался при наличии внелегочных поражений СКВ и сочетался с высокой активностью люпус-нефрита. Терапия высокими дозами метилпреднизолона в первые трое суток позволила успешно купировать интерстициальные изменения в легких.

Выводы/заключение

ГА — редкое, но прогностически неблагоприятное осложнение СКВ. При подозрении на его развитие должен проводиться дифференциальный диагноз. Показано раннее начало агрессивной иммуносупрессивной терапии.

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИ-ФНО-ТЕРАПИЮ, В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Польская И.И., Марусенко И.М., Корякова Н.В., Сильвестрова Н.Д., Авдеева Я.А., Сакович О.Н.
ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», медицинский институт,
Петрозаводск, Россия

Введение/цель

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти населения в большинстве экономически развитых стран, в том числе и в России. Ревматоидный артрит (РА) ассоциирован с повышенным риском как заболеваемости, так и смертности от ССЗ по сравнению

с популяцией в целом. Воспаление является основным фактором риска развития ССЗ у этой категории больных. Оценка риска ССЗ согласно рекомендациям EULAR показана всем пациентам с РА и должна проводиться повторно при изменении противоревматической терапии. Цель — проанализировать качество оценки риска ССЗ у пациентов с РА в реальной клинической практике.

Материал и методы

Проанализированы карты 23 пациентов без ССЗ (82,6% женщин и 17,4% мужчин), наблюдающихся в ГБУЗ РБ по поводу РА и получающих анти-ФНО-терапию. Средний возраст больных — 45 лет, доля пациентов моложе 40 лет составила 39% (9 человек). При анализе учитывалась частота контроля уровней липидов с акцентом на общий холестерин (ОХ), липопротеинов высокой плотности, а также частота оценки риска ССЗ по SCORE и 1,5 SCORE. Проанализирована динамика традиционных факторов риска ССЗ на фоне терапии. Мониторинг оценки риска ССЗ проводился при инициации терапии, а также через 6 и 12 мес лечения.

Результаты/обсуждение

56,6% пациентов имели стаж заболевания более 10 лет, средняя продолжительность составила 11,43 года. 60,9% пациентов имели внесуставные проявления РА, 56,5% — серопозитивный вариант РА. У 34,7% пациентов выявлена артериальная гипертензия, 21,7% больных курили. Исследование уровня ОХ проводилось всем пациентам при инициации терапии, однако через 6 или 12 мес только в 73,9% случаев, в динамике — у половины. ЛПВП были определены у 60,9% пациентов первично, контролировались только в трех случаях у пожилых пациентов с гипертензией. Оценка риска ССЗ по SCORE не проводилась ни одному больному. При ретроспективной оценке среднее значение SCORE для пациентов 40 лет и более до лечения составило 3,11, а значение 1,5 SCORE — 4,92 при средней величине DAS28 — 5,87. Через 6 и 12 месяцев SCORE составила 2,87 и 3,93, а 1,5SCORE — 3,49 и 7,61 при динамике DAS28 через 6 мес до 3,72 и 3,69, через 12 мес — 3,90 и 3,8. Для больных моложе 40 лет средний риск ССЗ по SCORE составил 0,02, для 1,5 SCORE — 0,023, а по шкале относительного риска — 1,16 и 1,75. Для всех больных отмечен рост значения SCORE на фоне снижения активности РА по DAS28 ($p=0,11$).

Выводы/заключение

SCORE и 1,5SCORE не применяются у пациентов с РА в реальной клинической практике. Это ведет к недооценке рисков ССЗ у всех категорий пациентов вне зависимости от возраста, что особенно актуально для пациентов с критериями дополнительного риска.

ОЦЕНКА ПЕРВИЧНОГО РИСКА ССЗ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Польская И.И., Марусенко И.М.
ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», медицинский институт,
Петрозаводск, Россия

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) и псориатический артрит (ПсА) имеют различные клинические проявления и механизмы развития, но ассоциируются с предрасположенностью к сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). Высокая воспалительная активность является одним из ключе-

вых факторов повышенного риска ССЗ вне зависимости от возраста пациента. EULAR разработан алгоритм оценки риска ССЗ для пациентов с РА, согласно которому расчет риска ССЗ по шкале SCORE должен проводиться с учетом дополнительного множителя 1,5 и с учетом длительности заболевания. Применение данного алгоритма у пациентов с ПсА остается малоизученным. Цель – изучить алгоритмы оценки первичного риска ССЗ у пациентов с ПсА вне зависимости от возраста.

Материал и методы

В исследование включено 36 пациентов с диагнозом ПсА, установленным по критериям CASPAR. Среди них 16 (44,44%) мужчины и 20 (55,56%) женщины. Средний возраст пациентов мужского пола – 45,94 года, женского – 55,90 года. У 22,22% пациентов длительность ПсА составила более 10 лет. Для всех пациентов определен уровень общего холестерина (ОХ), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ). Всем больным проведена оценка первичного риска ССЗ по SCORE, в том числе и для 7 (19,44%) пациентов моложе 40 лет.

Результаты/обсуждение

Среднее значение риска ССЗ для всех пациентов составило 2,58, для пациентов старше 40 лет – 3,1, моложе 40 лет – 0,42. Применение модифицированной по уровню ЛПВП шкалы SCORE позволило оценить риск ССЗ для всех пациентов как 3,44, для пациентов старше 40 лет – 4,13, до 40 лет – 0,57. При использовании модифицированной шкалы риск ССЗ увеличивался в среднем в 1,31 раза либо не изменялся (для пациентов моложе 40 лет). Необходимо отметить, что при уровне ЛПВП 1,4 и выше расчет риска ССЗ по модифицированной SCORE уменьшал его значение в сравнении со стандартной шкалой для всех пациентов (8,33%) на 1%. Было отмечено увеличение первичного риска ССЗ у пациентов в зависимости от длительности заболевания. Так, при стаже ПсА более 10 лет, риск ССЗ составил 4,37 в сравнении с 2,61 для пациентов с меньшей длительностью заболевания вне зависимости от возраста, пола и курения. Среднее значение вч-СРБ составило 17,29 мг/л. Была выявлена достоверная положительная зависимость риска от концентрации вч-СРБ сыворотки, для SCORE ($R=0,017$ при $p<0,05$).

Выводы/заключение

ПсА ассоциирован с высоким риском ССЗ. Первичная оценка риска должна проводиться с применением как традиционной шкалы SCORE, так и модифицированной по ЛПВП. Алгоритмы EULAR по оценке риска ССЗ у пациентов с РА могут использоваться у больных ПсА, в том числе молодых.

«ВОЛЧАНОЧНАЯ МАСКА» ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СТАДИИ СПИД

Пономарева Е.Ю., Рошина А.А., Сажнова С.И., Седов Д.С.

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

Введение/цель

Проблема ВИЧ-инфекции в стадии СПИД актуальна для практического здравоохранения в связи с ростом заболеваемости и неблагоприятным прогнозом, многообразием клинических проявлений как источника диагностических ошибок, в том числе из-за наличия ревматических

«масок» заболевания. Цель работы – изучить клинические особенности и причины диагностических трудностей у пациентов с первоначальным неверным диагнозом системной красной волчанки (СКВ) и диагностированной впоследствии ВИЧ-инфекции в стадии СПИД.

Материал и методы

Проведен анализ историй болезни 5 пациентов (1 мужчина, 4 женщины в возрасте от 32 до 50 лет), госпитализированных в ревматологическое отделение ГУЗ «Областная клиническая больница г. Саратова» с направительным диагнозом системной красной волчанки (СКВ) и обнаружением при обследовании ВИЧ-инфекции в стадии СПИД.

Результаты/обсуждение

Клиническими основаниями для предположения о наличии СКВ служили лихорадка/субфебрилитет, суставной синдром, кожная эритема, отмеченные у всех пациентов, а также алопеция, язвы в ротовой полости (у 3 из 5). Выявлены также висцеральные поражения, подозрительные в отношении СКВ: плеврит (у 2), мочевого синдром (незначительные протеинурия и гематурия – у 4 из 5). Гематологические нарушения: умеренная анемия ($Hb 110\pm 12,8$ г/л), увеличение СОЭ (28 ± 10 мм/ч) – выявлены у всех пациентов, лейкопения – у 3 из 5, тромбоцитопения – у 2 из 5. В то же время иммунологические маркеры СКВ (антинуклеарный фактор, АТ к двуспиральной нативной ДНК) и LE-клетки не обнаружены ни в одном случае, диагноз СКВ определен как вероятный. Лечение глюкокортикоидами получали все 5 больных. Обнаружение антител к ВИЧ (у всех пациентов впервые) и повторное изучение анамнеза позволило выявить рецидивирующие респираторные инфекции (у 4 из 5), герпетическую инфекцию (у 3 из 5 больных), орофарингеальный кандидоз (1), потерю массы тела (1), диарею (1), немотивированную слабость (5). Уровень вирусной нагрузки составил $23\ 500 [17300; 54000]$ РНК-копий/мл, уровень CD4-лимфоцитов – 281 ± 76 кл/мл. Указанные параметры явились основанием для назначения ВАРТ под наблюдением инфекциониста, отказа от диагноза СКВ и постепенной отмены глюкокортикоидов у всех пациентов.

Выводы/заключение

Многообразие клинических проявлений ВИЧ/СПИД, сходство общих симптомов, кожных и висцеральных поражений, гематологических нарушений при данной патологии и системной красной волчанке приводят к диагностическим и лечебно-тактическим ошибкам. Определение антител к ВИЧ следует включать в план обследования пациентам с подозрением на СКВ, особенно при отсутствии иммунологического подтверждения последней.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДОЛГОВРЕМЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕЛЕКОКСИБА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Просвиров Е.Ю., Осипов Л.Б., Елифанов А.В., Милевская И.Ю., Ульянова И.В., Никишков И.С., Терновая Г.Т., Морозова О.В., Рязанова В.В., Насыбуллина Е.С.
ЧУОО ВО «Медицинский университет "Ревиз"», Самара, Россия

Введение/цель

Изучить безопасность применения целекоксиба в аспекте кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, гепато- и нефротоксичности у пациентов с остеоартрозом (ОА), длительно (>12 мес) принимающих препарат.

Материал и методы

Под длительным наблюдением (в течение 36 мес и более) находилось 312 пациентов с ОА (женщин – 217, мужчин – 95). У 92 пациентов с ОА выявлен постоянный прием НПВП (>6 мес), они категорически отказывались прекратить прием НПВП, несмотря на все предупреждения об опасности такого лечения. 58 пациентов (средний возраст – 64,7 года; женщин – 39, мужчин – 19) согласились перейти на применение целекоксиба (200 мг/сут), а 34 продолжили прием неселективных НПВП (диклофенак натрия – 16, ибупрофен – 9, индометацин – 6 и др. – 3). После получения добровольного информированного согласия пациенты были включены в исследование. Контроль за безопасностью применения целекоксиба заключался в осмотрах ревматолога, гастроэнтеролога, кардиолога, нефролога, невролога и эндокринолога 1 раз в 3 мес. Общий анализ крови, общий анализ мочи, АЛаТ, АСаТ, ГГТП, креатинин, мочевина, глюкоза, липидный спектр и ЭКГ выполнялись 1 раз в 3 мес; 1 раз в 6 мес проводились ЭхоКГ, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости и почек, а также определялась скорость клубочковой фильтрации. В течение всего исследования пациенты вели дневник АД. В ходе исследования учитывались все нежелательные явления (НЯ) применения НПВП у пациентов I и II групп.

Результаты/обсуждение

За период наблюдения значимых кардиоваскулярных (инфаркт, инсульт) НЯ у пациентов I группы не зарегистрировано, у пациентов II группы – 1 инсульт и 1 ОКС. У 1 мужчины I группы через 6 мес выявлен эрозивный гастрит и эрозивный эзофагит. Во II группе у 2 пациентов выявлены эрозивный гастродуоденит, у 1 кишечное кровотечение. Явлений гепато- и нефротоксичности у пациентов I группы не выявлено, у 4 пациентов II группы определялась умеренная протеинурия (до 500 мг/л), у 2 зафиксировано снижение скорости клубочковой фильтрации, у 1 – обратимое повышение АЛаТ и АСаТ. Ухудшения углеводного и липидного обмена не отмечалось. В I группе у 3 пациентов фиксировалось повышение АД в первые 3 месяца применения, во II – у 5, которые купированы подбором адекватной гипотензивной терапии. В I группе за весь период наблюдения не произошло госпитализаций, связанных с НЯ, во II группе – 5 случаев. Общее количество НЯ в I группе составило 9 случаев за 12 мес, во II группе – 26 НЯ.

Выводы/заключение

У пациентов с ОА и зависимостью от применения НПВП целекоксиб является наиболее безопасным выбором для длительной терапии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВУХ СПОСОБОВ ВВЕДЕНИЯ АЛФЛУТОПА У ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ

Просви́ров Е.Ю., Осипов Л.Б.,
Насыбуллина Е.С., Епифанов А.В.,
Баймуратов А.А., Андреев А.С., Морозова О.В.
ЧУОО ВО «Медицинский университет "Реавиз"»,
Самара, Россия

Введение/цель

Изучить сравнительную эффективность внутрисуставного и внутримышечного введения препарата алфлутоп у пациентов с гонартрозом в ходе открытого рандомизированного сравнительного исследования в течение одного года.

Материал и методы

В исследование включены 56 больных гонартрозом (32 женщины, средний возраст $62,8 \pm 16,1$ года) со II стадией ОА по Kellgren–Lawrence. Больные разделены на 2 группы по 28 человек с сопоставимыми возрастными характеристиками. Пациентам I группы алфлутоп вводился внутрисуставно по 2 мл в каждый коленный сустав 2 раза в неделю по 7 инъекций. Во II группе алфлутоп назначался внутримышечно по 1 мл ежедневно по 20 инъекций на курс. В течение 1 года наблюдения проводилось по 2 курса лечения. Эффективность лечения оценивалась по изменениям индекса WOMAC, функционального индекса Лекена, боли по ВАШ в покое, при ходьбе, по данным гониометрии, времени ходьбы по прямой на 30 м. Инструментальный контроль эффективности лечения проводили по результатам УЗИ коленных суставов. Динамическую оценку показателей проводили до начала исследования и каждые 3 мес в течение 1 года. Комплексное лечение предусматривало использование НПВП в сопоставимых дозах в обеих группах, одинаковые немедикаментозные методы лечения.

Результаты/обсуждение

Был отмечен положительный эффект всех показателей в обеих группах: по показателям индекса WOMAC, индекса Лекена, достоверное положительное изменение показателей болевого синдрома по ВАШ и функциональных тестов. Отмечено снижение показателей индекса WOMAC по всем трем субшкалам к 90-му дню исследования в первой группе – боль – с 236 ± 74 мм до 161 ± 54 мм, скованность – с 97 ± 21 мм до 63 ± 21 мм, функция – с 778 ± 221 мм до 634 ± 168 мм; во второй группе – боль с 232 ± 76 мм до 168 ± 53 мм, скованность – с 98 ± 24 мм до 74 ± 22 мм, функция – с 784 ± 233 мм до 645 ± 181 мм. Отмечено сохранение положительной динамики индекса WOMAC на 6, 9 и 12 месяцах наблюдения. По данным УЗИ отмечена положительная динамика в I группе на 3 месяце наблюдения, а во II группе к 9 месяцу наблюдения, при этом увеличение толщины гиалинового хряща на $0,3 \pm 0,08$ мм выявлено только у пациентов I группы на 6 месяце, а на 12 месяце наблюдения – $0,4 \pm 0,12$ мм. У пациентов II группы толщина гиалинового хряща не увеличивалась. В обеих группах отмечалось снижение потребности пациентов в приеме НПВП, но в I группе – на 58%, а во II – на 34%.

Выводы/заключение

У пациентов с гонартрозом внутрисуставное введение препарата алфлутоп является более эффективным, т.к. создает более высокую концентрацию в пораженных суставах, приводя к выраженным клиническим и инструментальным улучшениям.

ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

Раду Ю.

Государственный университет медицины и фармацевтики им. Н. Тестемичану, Кишинев, Молдова

Введение/цель

Взаимотношения между костно-мышечной системой и щитовидной железой в последнее время являются одним из все более обсуждаемых вопросов и содержат несколько аспектов, один из которых составляет разнообразие ревматических проявлений у больных гипотиреозом (ГТ). Цель – изучение особенностей проявлений

при нарушениях опорно-двигательного аппарата у больных первичным ГТ.

Материал и методы

В анализ были включены: 99 пациентов с первичным ГТ, госпитализированные в отделение эндокринологии Республиканской клинической больницы (группа I), в возрасте от 20 до 60 лет ($M=46,51\pm 10,24$) и 60 человек из общего населения (группа II – однородная по возрасту с I группой). В исследование не включались пациенты с ревматическими заболеваниями в анамнезе, вторичным ГТ, болезнями сердца, печени, легких, онкологическими заболеваниями, почечной недостаточностью. Методы исследования: клинические, лабораторные, статистические.

Результаты/обсуждение

В результате проведенного исследования выявлены следующие нарушения опорно-двигательного аппарата в I группе: мышечные спазмы у 70 пациентов (70,71%), миопатия – 35 (35,35%), боль в спине – 86 (86,87%), контрактура Дюпюитрена – 8 (8,08%), карпальный туннельный синдром – 35 (35,35%), «trigger finger» – 28 (28,28%), тарзальный туннельный синдром – 8 (8,08%), адгезивный капсулит – 37 (37,37%), феномен Рейно – 44 (44,44%); во II группе соответственно 14 (23,33%), 0 (0%), 8 (13,33%), 1 (1,66%), 4 (6,67%), 3 (5%), 0 (0%), 1 (1,66%), 0 (0%). Наиболее частые ревматические проявления, обнаруженные у больных ГТ: остеоартрит – у 74 (74,75%) пациентов, воспалительный артрит – у 37 (37,37%) и воспалительный артрит и остеоартроз в ассоциации – у 25 (25,25%) пациентов. Частота этих нарушений во второй группе составляет соответственно: у 9 (15%), 7 (11,66%) и 1 (1,66%) пациентов, разница статистически значима ($p < 0,01$).

Выводы/заключение

У больных, страдающих ГТ, увеличен риск нарушения опорно-двигательной системы с различными клиническими проявлениями, которые должны быть учтены при их диагностике и лечении.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Раду Ю.Ю., Гропа Л.Г.

Государственный университет медицины и фармацевтики им. Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова

Введение/цель

Гормоны щитовидной железы играют доминирующую роль в костном метаболизме. При первичном гипотиреозе довольно часто обнаруживаются напояминающие ревматические нарушения, изучение которых представляет актуальную проблему. Цель – изучение частоты изменений минеральной плотности костной ткани (остеопороз и остеопения) у больных первичным гипотиреозом (ГТ).

Материал и методы

В исследование были включены 62 пациента с первичным ГТ (группа I), госпитализированные в отделение эндокринологии Республиканской клинической больницы. Причины ГТ: у 43% больных – аутоиммунный, 19% – послеоперационный ГТ. Средняя продолжительность ГТ – $11,59\pm 8,73$ года. Контрольная группа состояла из 30 здоровых (группа II). Возраст групп был однородным ($p > 0,05$). Методы исследования: клинический, лабораторный, денситометрия (DEXA) с использованием аппарата Stratos DR. Результаты были интерпретированы с учетом

индекса T в поясничном отделе позвоночника (L_1-L_4), тазобедренного сустава и в области дистального отдела предплечья (ВОЗ, 1994).

Результаты/обсуждение

В результате исследования были определены следующие изменения: в I группе – остеопения у 19 больных (30,65%) со средним T-баллом, $-1,7\pm 0,44$ и остеопороз у 8 больных (12,90%) со средним T-балла $-2,84\pm 0,32$; в II группе – остеопения выявлена у 5 больных (16,67%) и остеопороз у 2 больных (6,67%) со средним T-балла $-1,66\pm 0,43$ и $3,7\pm 1,27$. Средний возраст пациентов с остеопенией и остеопорозом, включенных в I группу, составляет $53\pm 9,03$ и $54,5\pm 2,77$, в то время как для II группы средний возраст составляет соответственно $50,8\pm 4,91$ и $53,5\pm 4,94$ года.

Выводы/заключение

Результаты проведенного исследования показывают, что снижение минеральной плотности костной ткани как при остеопорозе, так и при остеопении более выражено у пациентов с первичным ГТ по сравнению с общим населением, а тенденции к развитию остеопороза увеличиваются с возрастом в обеих группах.

ВЫБОР АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНТЕРКУРРЕНТНЫХ ИНФЕКЦИЙ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Разаренова Е.Н., Петрова М.С., Инамова О.В.

СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Согласно Декларации по борьбе с антимикробной резистентностью, принятой 16.09.2000 в Торонто, антимикробные препараты признаны невозможными ресурсами. С целью сдерживания угрозы антибиотикорезистентности ВОЗ рекомендует развивать эпидемиологический надзор и мониторинг резистентности микробов в лечебных учреждениях, разрабатывать локальные программы рационального применения антибиотиков, периодически менять основные схемы широко потребляемых антимикробных препаратов в стационаре. Целью данной работы явились анализ результатов бактериологических посевов от пациентов КРБ № 25, распространения антибиотикорезистентных штаммов и рекомендации к изменению лекарственной заявки КРБ № 25 в зависимости от полученных результатов с целью ротации используемых в учреждении антибиотиков.

Материалы и методы

Анализ результатов бактериологических исследований пациентов КРБ № 25 за период 12.2015–02.2016, закупки лекарств больницы за 2015 г. с помощью MS Excel.

Результаты/обсуждение

За отчетный период было получено 79 результатов бактериологических исследований, из них 29 – с выделением возбудителя. Общее количество изолятов микроорганизмов, выделенных за отчетный период, составило 32. Наиболее часто в КРБ № 25 на бактериологическое исследование забирают клинический материал от пациентов – мочу; наиболее часто в результатах посевов получают *Escherichia coli* – микроорганизм, являющийся самым часто встречаемым возбудителем инфекций мочевыводящих путей. Наиболее высокий уровень резистентности выделенных штаммов наблюдается к ципрофлоксацину (15,6% всех выделенных штаммов), что несколько отличается от

общероссийских данных исследования «ДАРМИС» 2010–2011 гг. (резистентность возбудителей неосложненных инфекций мочевыводящих путей – 9,5%, осложненных – 19,2%). Около 30% от суммы, выделенной на закупку учреждением антибактериальных средств, было потрачено на препараты группы фторхинолонов, к которым относится ципрофлоксацин.

Выводы/заключение

Полученные результаты указывают на необходимость коррекции структуры закупаемых учреждением антибиотиков – увеличение закупки препаратов, включенных в федеральные клинические рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» 2015 г.; снижение объема потребления и закупки ципрофлоксацина; внедрение протоколов лечения инфекций мочевыводящих путей на основе федеральных клинических рекомендаций.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА С МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТИ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Раскина Т.А., Воронкина А.В., Летаева М.В., Малюта Е.Б., Барбараш О.Л.
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово, Россия

Введение/цель

Проблема взаимосвязи остеопороза у мужчин и факторов риска атеросклероза является недостаточно изученной. Цель – оценить показатели липидного спектра крови в зависимости от минеральной плотности кости (МПК) у мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы

Обследовано 93 мужчины старше 50 лет (средний возраст – 60,8±6,9 года) с ИБС, верифицированной методом коронароангиографии. Определяли концентрацию общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности (ХС ЛВП и ХС ЛНП) в сыворотке крови спектрофотометрическим методом. Для оценки МПК использовали Т-критерий шейки бедра и поясничного отдела позвоночника, который исследовали методом двухэнергетической абсорбциометрии (денситометр Excell XR-46, NORLAND, США). По Т-критерию больные распределились на 3 группы: I – 30 больных с остеопорозом (Т-критерий ≤ -2,5), II – 44 пациента с остеопенией (Т-критерий от -1 до -2,5) и III – 19 мужчин с нормальной МПК (Т-критерий ≥ -1).

Результаты/обсуждение

У большинства мужчин с ИБС установлена дислипидемия (95,7% пациентов): гиперхолестеринемия – 76,3%, повышенный уровень ХС ЛНП – 81,7% больных, гипертриглицеридемия – в 49,5%, уменьшение концентрации ХС ЛВП – 44,1% случаев. Во всех трех группах больных выявлена гиперхолестеринемия (80, 75 и 73,7% пациентов в I, II и III группах, $p > 0,05$) и повышение концентрации ХС ЛНП (83,3, 84,1 и 73,7% мужчин в I, II и III группах, $p > 0,05$). Снижение уровня ХС ЛВП определено в 46,7% случаев в I группе, 43,2% – во II и 42,1% – в III ($p > 0,05$). Гипертриглицеридемия зарегистрирована у 60% больных с остеопорозом, 43,2% – с остеопенией и 47,4% – с нормальной МПК ($p > 0,05$). Корреляционный анализ взаимо-

связи показателей липидного обмена с Т-критерием у всех включенных в исследование пациентов не выявил достоверных отношений ($p > 0,05$).

Выводы/заключение

Результаты исследования свидетельствуют о наличии выраженной дислипидемии и отсутствии зависимости показателей липидограммы от состояния МПК у мужчин с ИБС.

ЧЕТЫРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОФАЦИТИНИБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Раскина Т.А., Мальшенко О.С., Летаева М.В., Королева М.В.

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

Введение/цель

В последние годы для лечения ревматоидного артрита (РА) был предложен новый препарат из класса ингибиторов JAK-киназ – тофацитиниб, низкомолекулярный пероральный обратимый конкурент АТФ-связывающего сайта JAK. Тофацитиниб обратимо ингибирует JAK1 и JAK3 и характеризуется функциональной специфичностью по отношению к JAK2, тем самым обеспечивается прерывание сигнального пути с участием JAK-STAT-системы: сигнал, подаваемый цитокином, не передается на ядро клетки, и биологические эффекты цитокина не осуществляются. Цель – оценить эффективность монотерапии тофацитинибом у больных РА.

Материал и методы

Под наблюдением находились 8 пациентов с достоверным диагнозом РА (7 женщин и 1 мужчина) без предшествующей базисной терапии. Средний возраст больных составил 38 (23–55) лет, длительность РА – 6,2 (1–14) года. Пациенты получали тофацитиниб в течение 4 лет в суточной дозе 20 мг. Основным показанием для назначения препарата являлась высокая активность заболевания (DAS28 – 7,5±0,6). Каждые 3 мес оценивались уровень боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), активность заболевания по DAS28 и длительность утренней скованности.

Результаты/обсуждение

Через 6 мес от начала терапии отмечено уменьшение уровня боли по ВАШ (53,8±5,5 и 35,4±5,8 мм), активности заболевания по DAS28 (7,5±0,6 и 4,9±0,4) и длительности утренней скованности (240,0±2,2 мин и 30,5±1,0 мин). Через 12 мес сохранялась положительная динамика по всем изучаемым показателям: уровня боли по ВАШ (исходно 53,8±5,5 и 25,3±2,8 мм через 12 мес), активности заболевания по DAS28 (исходно 7,5±0,6 и 2,9±0,3 через 12 мес) и длительности утренней скованности (исходно 240,0±2,2 и 10,5±1,8 мин через 12 мес). В течение последующего 3-летнего периода наблюдения сохранялось стабильное течение заболевания с минимальной активностью РА: отсутствие утренней скованности, уровень боли по ВАШ – 18,2±2,2, DAS28 – 2,49±0,2. Нежелательные явления зарегистрированы у двух пациентов: у 1 – через месяц развилась нейтропения.

Выводы/заключение

Тофацитиниб демонстрирует выраженную противовоспалительную активность и отсутствие «эффекта ускользания» при четырехлетнем наблюдении.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОМ ВОЛЧАНОЧНОМ НЕФРИТЕ

Ратушная К.П., Несмеянова О.Б., Соловьёва О.В., Богданова Е.А., Харькова А.Н., Меньшикова И.В., Данилюк И.Н., Дмитриева Н.А.
ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Россия

Введение/цель

Поражение почек — одно из самых тяжелых проявлений системной красной волчанки (СКВ), встречается у 50–80% больных. Цель — оценить морфологическую картину поражения почек, провести подбор терапии при первых проявлениях в зависимости от морфологического варианта.

Материал и методы

В исследовании участвовал 31 человек с достоверным диагнозом СКВ (женщины, средний возраст — $35 \pm 13,7$ года), длительность заболевания — 12 ± 3 мес. У всех имелись проявления волчаночного нефрита, из них у 15 человек изменения в анализах мочи выявлены впервые (средний возраст — 20 лет, средняя длительность заболевания — 4 мес). Всем обследованным проведена пункционная нефробиопсия под ультразвуковым контролем с помощью специализированного УЗ-сканера экспертного класса Viking 2400 (B-K Medical, Дания), мультисекторным датчиком (3,5) МГц с конвексной сканирующей поверхностью, укомплектованным биопсийной насадкой-адаптером. Забор материала проводился автоматической биопсийной системой «Pro Mag Ultra» Иглами 18 G/20. Для определения морфологических вариантов волчаночного гломерулонефрита использовалась световая микроскопия, реакция прямой иммунофлюоресценции и электронная микроскопия.

Результаты/обсуждение

У 15 пациентов с впервые выявленными лабораторными изменениями выявлен класс нефрита: II — 4 (26,7%) человека; III — 3 (20%) человека; IV — 5 (33,3%) человек; V класс — 3 (20%) человека. При выявленном II классе изменения в анализах мочи в виде гематурии, протеинурия < 1 г/сут — 4 человека, при III классе протеинурия > 1 г/сут — 1 человек, у 3 человек — микрогематурия, при IV классе протеинурия > 1 г/сут — у всех пациентов, при V классе протеинурия > 3 г/сут, нефротический синдром — у всех пациентов. В клинической практике для выбора лечения используют клинико-лабораторные и морфологические критерии нефрита. У пациентов с выявленным III, IV классом нефрита, получавших ранее преднизолон и плаквенил, решено провести терапию ритуксимабом, лечение проводилось в течение двух лет. В результате терапии у всех пациентов получена положительная динамика, снижение уровня протеинурии, нормализация показателей креатинина, мочевины, уменьшение отека почечного синдрома.

Выводы/заключение

Ритуксимаб является препаратом выбора при ранней диагностике волчаночного нефрита. Ранняя диагностика нефрита и своевременно начатое лечение позволяют добиться улучшения клинической и лабораторной картины у пациентов с волчаночным нефритом.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Рахматов А.Б., Дадабаева Н.А., Мирахмедова Х.Т.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Минздрава Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан; Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Цель исследования — совершенствование терапии больных псориатическим артритом.

Материал и методы

Обследовано 62 больных ПсА. Мужчин — 28 (45,1%), женщин — 34 (54,8%). Средний возраст $43,0 \pm 8,2$ лет. Диагноз ПсА устанавливался на основании критериев CASPAR. Больным проводились клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Пациенты были со II степенью активности и получали симптоматическую терапию. Для определения эффективности Овомина (О) больные были разделены на 2 группы: 1-я (n=20) получала метотрексат (МТ) 10–20 мг/нед, 2-я (n=22) — МТ 10–20 мг/нед и О. Для оценки эффективности терапии использовали критерии Американской коллегии ревматологов (ACR).

Результаты/обсуждение

Монотерапия (МТ) оказывала положительное влияние на периферический артрит и мало — на выраженность дактилита. Комбинированная терапия — МТ и О — чаще приводила к уменьшению боли, числа болезненных и припухших суставов, индекса DAS. Также отмечена положительная динамика лабораторных показателей. Уже к 1 мес терапии произошло их достоверное снижение в обеих группах. Через 3 мес показатели ЧБС/ЧПС, индекс DAS существенно улучшились в исследуемых группах, при этом уровень СОЭ значительно снизился в группе, получавшей МТ+О. Комбинированная терапия МТ+О положительно воздействовала не только на пораженные периферические суставы, но и на выраженность дактилита и в более ранние сроки. После 3 мес терапии число пациентов, достигших ответа ACR 20, 50 и 70, было существенно выше в группе комбинированной терапии: МТ и О.

Выводы/заключение

Все схемы терапии продемонстрировали достоверную эффективность. Комбинированная терапия обладает более выраженным клиническим эффектом, чем один только МТ.

КОЖНО-СУСТАВНОЙ СИНДРОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Рахматов А.Б., Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Минздрава Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан; Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Изучить влияние кожного синдрома на клинические варианты течения псориатического артрита (ПсА).

Материал и методы

Клинические исследования больных ПсА были проведены в РРЦ, 1-й клинике ТМА и РСЦДиВ МЗРУз. Обс-

ледовано 150 больных. Мужчин – 68 (45,4%), женщин – 82 (54,6%). Средний возраст 42,5–11,2 года. Важнейшими синдромами в клинической картине ПсА являются кожный и суставной. Диагноз ПсА устанавливался на основании критериев CASPAR.

Результаты/обсуждение

У 96% больных псориатическое поражение кожи отмечалось в момент осмотра, у 2,7% было в анамнезе, у 1,3% псориатическое поражение кожи имело у родственников 1-й степени родства. Вульгарный псориаз (Пс) диагностировали у 75,3%, атипичный (пустулезный, эритродермический) – у 5,4% больных. Преобладали пациенты с распространенными формами вульгарного псориаза (58%). Осенне-зимний тип сезонности обострения отмечался у 68% больных, прогрессирующая стадия псориаза – у 58,6%. Высыпания чаще всего локализовались в области кожи волосистой части головы, межягодичной области, промежности, проекции локтевых и коленных суставов. Как при раннем ПсА (до 2 лет), так и при позднем (более 2 лет) преобладал распространенный вид вульгарного Пс (53,8 и 61,1%), тогда как экссудативный Пс у больных ранним наблюдался в 1,8 раза реже, а атипичная форма чаще у больных ранним ПсА. Для ограниченного вульгарного Пс был характерен моноолигоартритический и полиартритический варианты (38,4 и 30,7%). При распространенном вульгарном псориазе чаще, чем при других формах, встречался полиартритический (57,4%), при экссудативном – остеолитический вариант (11,1%), а для атипичного (эритродермического, пустулезного) – как правило, полиартритический, спондилоартритический (62,5 и 37,5% соответственно).

Выводы/заключение

Установленная взаимосвязь тяжести дерматоза с тяжестью поражения суставов и позвоночника важна как показатель прогноза течения заболевания. При этом экссудативный и атипичный Пс могут рассматриваться как факторы риска развития тяжелой формы ПсА.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В УСЛОВИЯХ СМЕНЫ ПАРАДИГМЫ (НА ПРИМЕРЕ СПОНДИЛОАРТРИТОВ)

Ребров А.П., Сергеева В.А., Гайдукова И.З.
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»
Минздрава России, Саратов, Россия

Введение/цель

Цель исследования – на примере спондилоартритов (СпА) изучить особенности преподавания отдельного раздела клинической медицины в условиях изменения парадигмы и разработать подходы к оптимизации преподавания.

Материал и методы

На первом этапе исследования в системах PubMed, MedLine, e-library был выполнен поиск статей, соответствующих теме исследования (01.01.1951–01.01.2017). На втором этапе на основе полученных данных разработаны предложения по оптимизации преподавания концепции ПсА в клинике внутренних болезней.

Результаты/обсуждение

Суммарно получено 16 562 ссылки, из которых в анализ включена 531 работа (нерусско- и англоязычные статьи, статьи, не отвечающие требованиям запроса, непол-

ные статьи исключены). С 1990 г. изменились представления о патогенезе СпА, изучены механизмы ремоделирования опорно-двигательного аппарата, разработана новая концепция СпА, внедрено понятие нерентгенологического СпА; разработаны классификационные критерии СпА, включающие понятие воспалительной боли в спине, новые методы визуализации (МРТ), генетические методы (типирование носительства HLA-B27 антигена); разработана стратегия лечения пациента до достижения цели, в которой целью СпА обозначена ремиссия или, при невозможности ее достижения, низкая активность заболевания; обозначены новые подходы к назначению НПВП и разработаны принципы назначения новых лекарственных молекул (и-ФНОα, ингибиторы ИЛ и др.). Указанные изменения свидетельствуют о смене парадигмы СпА и должны быть включены в систему преподавания. Одновременно ряд представлений перестал соответствовать современным понятиям: не подтвердились данные о преобладании мужчин среди больных СпА, об обязательном носительстве HLA-B27 при СпА, об обязательном ограничении подвижности позвоночника и формировании его специфической деформации при АС, о невозможности назначения НПВП иначе, чем коротким курсом, о недостижимости ремиссии при спондилоартритах. Совокупность новых данных не внедрена в программы преподавания ВУЗов и систему усовершенствования врачей и не доводится централизованно до медицинской общественности.

Выводы/заключение

С учетом изменения концепции СпА для оптимизации процесса преподавания необходимо утверждение и одобрение основных положений новой парадигмы профессиональными сообществами с последующей разработкой обучающего материала для профессорско-преподавательского состава ВУЗов и врачей.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Реброва Н.В., Рипп Т.М.,
Анисимова Е.А., Саркисова О.Л.,
Богомолова И.И., Мордовин В.Ф., Карпов Р.С.
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое аутоиммунное заболевание с высоким сердечно-сосудистым риском. Артериальная гипертензия (АГ) – наиболее часто встречающееся коморбидное состояние при РА и один из основных факторов риска развития инсультов. Хроническое иммунное воспаление, свойственное РА, также оказывает повреждающее воздействие на сосудистую стенку и может привести к выраженному снижению компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы. Доказано, что нарушение цереброваскулярной реактивности (ЦВР) значительно повышает риск развития острых церебральных ишемий. Цель – изучить состояние ЦВР у больных РА в зависимости от уровня артериального давления (АД).

Материал и методы

Обследовано 85 пациентов с РА в возрасте 59,2±7,3 года с длительностью РА 12,2±9,9 года. Индекс DAS28 составил 3,87±1,33. В зависимости от уровня АД были выделены 2 группы: 1-я группа (n=62) – пациенты с АГ и 2-я группа (n=23) – с нормальным АД. ЦВР оценивали с по-

мощью транскраниальной доплерографии средних мозговых артерий (СМА) с использованием гипероксической (ингаляция 100% кислорода, фаза вазоконстрикции) и гиперкапнической (ингаляция 4% смеси углекислого газа с воздухом, фаза вазодилатации) проб.

Результаты/обсуждение

По результатам гипероксической пробы только у 16 (27%) пациентов 1-й группы и 4 (17%) – 2-й группы наблюдали адекватное снижение линейных скоростей кровотока (ЛСК) в СМА. Недостаточное снижение ЛСК на гипероксию установлено у 31 (49%) и 13 (57%) пациентов, парадоксальное увеличение ЛСК (извращенная реакция) – у 14 (24%) и 6 (26%) пациентов соответственно. В гиперкапнической пробе только примерно у трети больных регистрировали адекватное увеличение ЛСК на гиперкапнию. Снижение ответной реакции имело место у 29 (48%) и 14 (61%) больных, чрезмерное увеличение ЛСК (гиперергическая реакция) – у 14 (20%) и 3 (13%) больных соответственно.

Выводы/заключение

По результатам транскраниальной доплерографии СМА у большинства больных РА независимо от уровня АД выявлено нарушение ЦВР на метаболические (гипероксический и гиперкапнический) стимулы.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОГЕННЫХ И ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ЧАСТОТУ ТРОМБОЗОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Решетняк Т.М., Штивельбанд И.Б., Середавкина Н.В., Сатыбалдыева М.А., Насонов Е.Л. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

На сегодня рекомендовано стратифицировать пациентов с антифосфолипидным синдромом (АФС) по наличию факторов риска тромбозов. Цель – определить факторы риска рецидива тромбоза при АФС.

Материал и методы

В исследование были включены 195 больных (41 мужчина и 154 женщины), наблюдавшихся в Институте ревматологии в течение последних 10 лет с диагнозом «СКВ» и «АФС». Критериями включения были: длительность наблюдения не менее 3 лет с исследованием серологических маркеров АФС – антител к кардиолипину (аКЛ), антител к β_2 -гликопротеину I (α - β_2 ГПИ) и волчаночного антикоагулянта (ВА) за предыдущие годы, возможность динамического наблюдения за пациентами, согласие пациента. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от диагноза. Группа ПАФС включала 45 больных, диагностированных согласно международным диагностическим критериям (2006), без признаков какого-либо заболевания. В группу СКВ+АФС вошли 99 пациентов с СКВ в сочетании с вторичным АФС и в группу СКВ – 51 пациент с изолированной СКВ.

Результаты/обсуждение

За время наблюдения у 29 пациентов с ПАФС регистрировался как минимум один венозный и/или артериальный тромбоз. ОНМК и ИМ у пациентов старше 50 в данной группе регистрировались достоверно чаще по сравнению с больными СКВ+АФС (у 7 из 11 $p=0,004$ и у 5 из 5 $p=0,04$ соответственно). В группе СКВ+АФС у 62 пациентов отме-

чались тромботические эпизоды, и их локализация не зависела от возраста пациента. У 23 из 44 (52%) пациентов с венозными тромбозами в анамнезе, и у 16 из 33 (48,5%) с артериальными тромбозами локализация повторных окклюзий за период наблюдения совпадала с предшествующими. Сохранялась высокая частота артериальных тромбозов за время наблюдения у пациентов с сочетанием артериальных и венозных тромбозов в анамнезе: у 14 из 21 (66,7%). Риск развития ОНМК зависел от уровня позитивности IgG-аКЛ и наличия всех трех маркеров АФС. Рецидивы ОНМК и акушерская патология за время наблюдения отмечались чаще среди пациентов, у которых все три маркера были стойко высокопозитивными по сравнению с теми, у кого были низкопозитивные или негативные уровни (у 20 из 65 против 11 из 70, $p=0,04$ OR=1,96, 95%ДИ 1,02–3,76). У 97 из 144 больных регистрировались традиционные факторы риска тромбозов: артериальная гипертензия (41%), курение (26%), беременность (16%), ожирение (ИМТ>30) (16%), сахарный диабет (6,2%). Четкой зависимости повторных тромбозов от традиционных факторов риска тромботических осложнений не выявлено.

Выводы/заключение

Риск рецидива тромбоза и акушерская патология у больных АФС связаны с высокими уровнями антител и наличием всех трех серологических маркеров.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Романова Т.А., Егорова Е.В., Никитина Н.М., Ребров А.П.

ГУЗ «Областная клиническая больница», Саратов, Россия

Введение/цель

Оценить выраженность тревожности (личностной и ситуативной) и депрессии у женщин с ревматоидным артритом (РА) при наличии артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы

В исследование включены 72 женщины с достоверным РА (по критериям ACR, 1987 и/или EULAR/ACR, 2010): 37 женщин с РА в сочетании с АГ (возраст $58,3 \pm 6,08$ года; продолжительность РА – 8 [4; 14] лет, DAS28 – 5,08 [4,04; 5,85]) и 35 женщин с РА без АГ (возраст $57,6 \pm 6,08$ года; продолжительность РА 7 [4; 12] лет, DAS28 – 5,1 [4,04; 5,85]). Группа сравнения – 30 женщин с АГ без заболеваний суставов и позвоночника, сопоставимых по возрасту, продолжительности АГ с больными РА. Критериями исключения являлись курение, сахарный диабет, вторичная АГ, ассоциированные клинические состояния АГ. Оценка выраженности депрессии проводилась с помощью госпитальной шкалы депрессии Цунга, уровня ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) – с помощью опросника Спилберга–Ханина. Статистическая обработка выполнялась с использованием программы STATISTICA 7.0.

Результаты/обсуждение

У 60% больных РА и больных группы сравнения выявлено повышение ЛТ ($p>0,05$). Наиболее высокий уровень СТ отмечен у больных АГ (45 [35; 50] баллов) по сравнению с больными РА с АГ (43 [37; 53] балла) и РА без АГ (36 [29; 43,5] баллов; $p 0,05$). Тяжелая депрессия (более 48 баллов по шкале Цунга) значимо чаще встречалась у больных с сочетанием РА и АГ (29,7% больных), чем у больных РА без гипертензии (14,2%) и пациентов с АГ (4,3%), ($p<0,05$).

Выводы/заключение

При сопоставимом уровне личностной тревожности ситуативная тревожность у больных РА без АГ была ниже, чем у больных с АГ. У больных РА в сочетании с АГ чаще развивается тяжелая депрессия по сравнению с больными АГ без заболеваний суставов. Выявлены взаимосвязи между продолжительностью обоих заболеваний и степенью выраженности тревоги и депрессии.

**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ
АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ
РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Романова Т.А., Никитина Н.М.,
Мелехина И.Ф., Ребров А.П.

ГУЗ «Областная клиническая больница», Саратов,
Россия

Введение/цель

Определить клинико-диагностическое значение суточного мониторирования артериальной ригидности (СМАР) у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы

СМАР было проведено у 63 женщин с достоверным РА (по критериям ACR1987 и/или EULAR/ACR, 2010) (возраст – $58,3 \pm 6,08$ года; продолжительность РА – 8 [4; 14] лет, DAS28 – 5,08 [4,04; 5,85]). Первую группу составили 39 женщин с РА в сочетании с АГ, вторую группу – 24 женщины с РА без АГ. Группа сравнения включала 30 женщин с АГ без РА, группа контроля – 22 практически здоровых добровольца, сопоставимых по возрасту с больными РА. Критериями исключения являлись курение, сахарный диабет, вторичная АГ, ассоциированные клинические состояния АГ. СМАР выполняли с использованием монитора VPlab с дополнительным программным обеспечением VASOTENSE (Россия). Оценивали индекс артериальной ригидности (ASI), амбулаторный индекс артериальной ригидности сосудов (AASI), скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWVao), индекс аугментации при приведении к частоте сердечных сокращений (ЧСС) 75 уд/мин (Aix75) в дневные и ночные часы. ASI и PWVao были рассчитаны при приведении показателей к систолическому артериальному давлению (САД) 100 мм рт. ст. и ЧСС 60 уд/мин (ASI 100 и PWVao 100). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы STATISTICA 7.0.

Результаты/обсуждение

Суточные колебания ригидности артерий у больных РА с АГ и больных группы сравнения были сопоставимы. AASI у больных РА без АГ был выше, чем у лиц группы контроля ($0,48 \pm 0,2$ и $0,29 \pm 0,17$ соответственно, $p=0,00001$); AASI у больных с сочетанием РА и АГ был выше, чем у больных АГ ($0,5 \pm 0,2$ и $0,38 \pm 0,15$ соответственно, $p=0,01$). Повышение $AASI > 0,07$ было зарегистрировано у 13,15% больных РА+АГ и 16,6% больных РА без АГ, у лиц группы контроля патологические значения AASI не выявлялись ($p < 0,05$). Суточный индекс ASI 100 у больных РА без АГ был выше, чем у лиц группы контроля [121 [109,5; 139] мм рт. ст. и 107 [103; 115] мм рт. ст. соответственно, $p=0,014$). У 25% больных РА без АГ и у 9,09% лиц группы контроля зафиксированы повышенные значения $Aix75$ ($p=0,08$). У больных с сочетанием РА и АГ выявлены взаимосвязи между PWVao, среднего Aix75 и СОЭ ($r=0,38$ и $r=0,36$ соответственно, $p < 0,05$); индекса AASI и уровнем

ВЧ-СРБ ($r=0,36$, $p < 0,05$), возрастом ($r=0,41$, $p < 0,05$), уровнем САД ($r=0,65$, $p < 0,05$), пульсовым АД ($r=0,43$, $p < 0,05$).

Выводы/заключение

У больных РА повышение жесткости, выявленное по данным СМАР, встречается чаще, чем у больных АГ. При сочетании РА и АГ изменения суточной ригидности артерий нарастают. Предикторами повышения жесткости сосудов у больных с сочетанием РА и АГ, наряду с возрастом, уровнем пульсового и систолического АД, является выраженность воспаления (повышение уровня ВЧ-СРБ и СОЭ).

**СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ПОДАГРОЙ**

Ротару Л.А., Гроппа Л.Г.,
Десятникова Е.В., Казак В.И.

Государственный университет медицины
и фармацевтики им. Н. Тестемизану, Кишинев,
Молдова

Введение/цель

Цель – оценка качества жизни больных подагрой мужчин и женщин с использованием данных опросника SF-36.

Материал и методы

В исследование было включено 150 больных подагрой, из которых 75 мужчин и 75 женщин. Диагноз был выставлен с использованием диагностических критериев 2014 г. Средний возраст пациентов составил 47,5 года (от 18 до 77 лет). Больные были обследованы (количество пораженных суставов, ОТ, АД, мочевая кислота, липидограмма, глюкоза крови, функциональные пробы почек, рентгенологическое исследование суставов, УЗИ внутренних органов). В исследовании был использован опросник SF-36. Сравнение проводилось в разных возрастных группах между мужчинами и женщинами: 18–27 лет ($n=8$), 28–37 лет ($n=28$), 38–47 лет ($n=34$), 48–57 лет ($n=42$), 58–67 лет ($n=22$), 68–77 лет ($n=16$).

Результаты/обсуждение

В результате исследования суммарный физический компонент здоровья у мужчин, больных подагрой ($38,4 \pm 10,04$), был ниже, чем у женщин ($41,5 \pm 5,89$) ($p=0,0225$), а суммарный психологический компонент здоровья у мужчин ($50,8 \pm 11,31$) не отличался от женщин ($54,7 \pm 17,02$) ($p=0,1005$). У мужчин, больных подагрой, отмечались достоверно большие, чем у женщин с подагрой, показатели шкал: физического функционирования ($45,4 \pm 8,14$ и $50,8 \pm 18,77$; $p=0,0237$), ролевого физического функционирования ($45,8 \pm 4,41$ и $50,3 \pm 15,23$; $p=0,0151$), интенсивности боли ($45,8 \pm 13,86$ и $50,3 \pm 4,2$; $p=0,0079$), общего состояния здоровья ($46,6 \pm 9,85$ и $50,8 \pm 9,12$; $p=0,0075$), по шкале жизнеспособности ($12,04 \pm 3,22$ и $13,15 \pm 2,92$; $p=0,0285$) и шкале социального функционирования ($1,24 \pm 0,26$ и $1,13 \pm 0,35$; $p=0,0305$). Показатели психологического здоровья ($10,36 \pm 4,19$ и $11,01 \pm 5,7$; $p=0,4275$) и ролевого эмоционального функционирования ($0,64 \pm 0,16$ и $0,59 \pm 0,31$; $p=0,2165$) у больных подагрой мужчин не отличались от женщин больных подагрой.

Выводы/заключение

У мужчин, больных подагрой, в отличие от женщин с подагрой, страдает в большей степени физическое здоровье, в меньшей мере – психологическое состояние, но в одинаковой мере снижена социальная адаптация.

ВЛИЯНИЕ ЧАСТОТЫ ПРИЕМА НПВП НА АКТИВНОСТЬ РАННЕГО АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДВУХГОДИЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КОГОРТОЙ КОРСАР

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

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

Введение/цель

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются препаратами первой линии при аксиальном спондилоартрите (аксСпА). В настоящее время широко обсуждается вопрос о частоте и продолжительности приема НПВП. Цель – изучить влияние частоты приема НПВП на активность раннего аксСпА.

Материал и методы

В настоящее время в когорту КоРСАР (Когорта Раннего СпондилоАртритита) включено 157 больных аксСпА с длительностью воспалительной боли в спине (критерии ASAS 2009 г.) <5 лет и возрастом начала болезни <45 лет. В предварительный анализ вошли 67 пациентов, наблюдавшихся не менее 2 лет. Из них 34 мужчины (50,7%), средний возраст на момент включения составлял 29,1 (5,9) года, средняя продолжительность болезни – 25,2 (6,1) мес, 62 (92,5%) пациента HLA-B27 позитивные. Индекс НПВП (отражает частоту и суточную дозу приема НПВП) рассчитывался согласно ASAS NSAID index. Спустя 1 год наблюдения – 9 (13,4%) пациентов начали терапию ингибиторами ФНО α , в связи с высокой активностью болезни и неэффективностью как минимум двух НПВП через 2 года число пациентов на терапии ингибиторами ФНО α составило 15 (22,3%).

Результаты/обсуждение

Проведен корреляционный анализ индекса НПВП с индексами активности BASDAI и ASDAS СРБ через 1 и 2 года наблюдения. Через 1 год наблюдения коэффициент корреляции Спирмена (r) между BASDAI и индексом НПВП равен 0,14 ($p>0,05$), r между ASDAS СРБ и индексом НПВП равен 0,16 ($p>0,05$), через 2 года наблюдения $r=0,21$ ($p>0,05$) и 0,15 ($p>0,05$) соответственно.

Выводы/заключение

По итогам данного исследования не выявлено взаимосвязи между индексом НПВП и активностью раннего аксСпА.

ПОРАЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ФАКТОР, УВЕЛИЧИВАЮЩИЙ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Русанова О.А., Гонтарь И.П., Емельянова О.И., Трофименко А.С., Маслакова Л.А., Парамонова О.В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии»,

Волгоград, Россия

Введение/цель

Поражение щитовидной железы – распространенное осложнение системной красной волчанки (СКВ), проявляющееся в 30% случаев, в том числе вследствие нарушения аутоиммунных механизмов. Цель – оценить влияние тиреопатологии на течение основного заболевания, используя клинико-лабораторные показатели и определение антител к тиреоидным гормонам иммуноферментным методом с применением иммобилизованных форм тироксина и трийодтиронина.

Материал и методы

Из 65 обследованных больных СКВ (63 женщины и 2 мужчины в возрасте 19–65 лет) изменения щитовидной железы выявлены у трети больных. У пациентов были констатированы: аутоиммунный тиреоидит в 16 случаях, у 5 – узловой зоб (I и II степени) и единично диффузный токсический зоб. Продолжительность СКВ – 5 ± 3 года. Длительность сопутствующих заболеваний ЩЖ составила в среднем 3 года. Уровень антител к тиреоидным гормонам определяли более чувствительным и специфичным вариантом твердофазного иммуноферментного анализа с применением иммобилизованных тироксина и трийодтиронина, синтезированных по оригинальной технологии [Гонтарь И.П. и соавт., 2007].

Результаты/обсуждение

При вовлечении в патологический процесс ЩЖ наблюдали выраженную дискордантность показателей иммунного и гормонального статусов у больных СКВ по сравнению с пациентами без тиреоидных осложнений. Таким образом, 68% данных больных имели АТ к нДНК против 46% без сопутствующей тиреопатологии, ЦИК – 77% и 32% соответственно, Ig A, M, G 54% и 25%. Индекс повреждения SLICC/ACR в группе СКВ с тиреопатологией был выше, чем во второй группе – 4,55 и 3,6 балла. Это свидетельствует об увеличении тяжести течения СКВ у больных с вовлечением в процесс ЩЖ. Поражение суставов (79%/49%), серозных оболочек в виде плевритов (39%/3%), сердца (66%/24%), LE-клеточный феномен (44%/31%). Иммунологическая активность превалировала в группе больных СКВ с сочетанной ауто тиреоидной патологией. Среди этих пациентов 100% имели повышенный уровень антител к тиреотропным гормонам, тогда как во второй группе – 15%.

Выводы/заключение

Вовлечение ЩЖ усиливает патологический процесс течения основного заболевания, что проявляется более высоким спектром поражения внутренних органов, систем, резистентности к терапии и нарушениями формирования общего адаптационного синдрома у больных СКВ.

ДИСБИОЗ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Рустамова М.Т., Мирахмедова Х.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

По данным литературы, важное значение в патогенезе многих спондилоартритов имеют хронические воспалительные заболевания кишечника. Цель исследования – изучение роли дисбиоза у пациентов с псориатическим артритом.

Материал и методы

Обследовано 36 больных псориатическим артритом, из них 17 (47,3%) мужчин, 19 (52,7%) женщин. Диагноз ПсА устанавливался согласно критериям CASPAR, 2006. Больным проводилось общеклиническое обследование и микробиоценоз кишечника.

Результаты/обсуждение

Признаки воспаления со стороны толстого кишечника при ПсА выявлялись при целенаправленном расспросе. 36,1% больных жаловались на вздутие и боль в животе, 52,7% – на склонность к запорам и диарее. При умеренной и высокой степени активности ПсА чаще регистрировали абдоминальный болевой синдром, связанный с ки-

шечником. При оценке состояния микрофлоры кишечника у больных обнаружены изменения, которые могут быть охарактеризованы как дисбактериоз (ДК). У 11,1% больных выявлена нормальная флора кишечника, у 25% – I, у 41,6% – II, у 22,2% – III степень ДК. У 80,5% больных отмечалось отсутствие или уменьшение количества бифидофлоры, у 38,8% – лактофлоры, у 41,6% – бактериоидов. Условно-патогенные микроорганизмы семейства энтеробактерий выявлены у 38,8% больных, условно-патогенные микробы других групп – у 69,4%. Ассоциации из 2 и более видов условно-патогенных бактерий обнаружены у 36,1% обследованных. С увеличением активности ПсА возрастала степень дисбактериоза. У 28,6% пациентов ПсА с минимальной активностью заболевания (DAS4DAS43,7) частота встречаемости дисбиоза достигала 100%, нарушения соответствовали II и III степени.

Выводы/заключение

Суставная симптоматика при ПсА находилась в прямой зависимости от выраженности дисбиоза кишечника, чем выше степень активности заболевания, тем выраженнее дисбактериоз.

ПОРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Рустамова М.Т.,

Мирахмедова Х.Т., Сулейманова М.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Цель исследования – изучение эндоскопических изменений слизистой оболочки толстой кишки у пациентов с псориатическим артритом.

Материал и методы

Обследовано 36 больных с псориатическим артритом, из них 17 (47,3%) мужчин, 19 (52,7%) женщин. Проводилось общеклиническое обследование и колоноскопия с морфологическим исследованием биоптатов толстого кишечника. У 19,4% больных ПсА была низкая степень активности, у 58,3% – умеренная, а у 22,3% – высокая. Полиартритический вариант встречался у 50%, моноолигоартритический – у 38,8%, спондилоартритический – у 11,2%. Выраженность патологических изменений по данным эндоскопии оценивалась в баллах: 0 – отсутствие изменений; 1 – слабовыраженный отек, гиперемия слизистой толстого кишечника; 2 – умеренно выраженный отек, гиперемия и признаки атрофических изменений слизистой толстого кишечника, полипы; 3 – выраженный отек, гиперемия и признаки атрофии слизистой толстого кишечника, полипы, эрозии.

Результаты/обсуждение

По данным колоноскопии патология толстого кишечника установлена в 66,6% случаев. Эндоскопическая картина у 33,4% больных соответствовала синдрому раздраженного кишечника, у 66,6% больных – хроническому неязвенному колиту. Эндоскопическое исследование толстой кишки показало, что у 19,4% пациентов с умеренной степенью активности ПсА выраженность воспалительных изменений соответствовала 1 баллу, у 33,3% – 2 балла, у 19% – 3 балла, у 28,5% изменения отсутствовали. У пациентов с высокой активностью ПсА степень выраженности воспалительных изменений соответствовала 1 баллу у 12,5% больных, 2 баллам – у 37,5% и 3 баллам – у 50%. У пациентов с моноолигоартритом 14,2% изменений соот-

ветствовало 2 баллам, 28,7% – 1 баллу и изменения не выявлены у 57,1% больных. У больных полиартритом встречались изменения в 1 балл у 11,2%, в 2 и 3 балла – у 38,8 и 27,8% больных соответственно, изменения не выявлены у 22,2% больных. У 25% – 2 балла и у 75% больных спондилоартритом изменения соответствовали 3 баллам.

Выводы/заключение

По данным эндоскопии поражения толстого кишечника встречались довольно часто при ПсА. Эндоскопические изменения зависели от степени активности и клинической формы заболевания.

ОЦЕНКА ИСХОДОВ ПАННИКУЛИТОВ: ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ И ПРЕДИКТОРЫ МЕДЛЕННОГО РЕГРЕССА УПЛОТНЕНИЙ

Савушкина Н.М., Глухова С.И.,

Егорова О.Н., Белов Б.С.

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

Введение/цель

В настоящее время отсутствуют четкие представления о течении и исходах панникулитов (Пн), характеризующихся преимущественным поражением подкожной жировой клетчатки (ПЖК) и нередко протекающих с вовлечением в процесс опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Разработка этого вопроса представляется чрезвычайно важной, поскольку может дать ценную информацию о клинических и лечебных факторах, значимо влияющих на прогноз заболевания.

Материал и методы

В исследование были включены 186 пациентов (172 женщины, 14 мужчин) в возрасте $43,5 \pm 14,5$ года с различными формами Пн и длительностью заболевания от 1 нед до 20 лет, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в 2009–2015 гг. Пациентам проводили стандартные общеклинические, микробиологические и серологические исследования, компьютерную томографию органов грудной клетки и ультразвуковое исследование вен нижних конечностей с контролем через 1–6 лет. При трудностях в постановке диагноза исходно проводилось патоморфологическое исследование биоптатов кожи и ПЖК.

Результаты/обсуждение

Медиана времени обратного развития уплотнений составила 2 [1; 6] мес. За период наблюдения рецидивы заболевания имели место у 66 человек (35,5%). Для выявления возможных предикторов продолжительного (>3 мес) регресса узлов и факторов риска развития рецидива нами был выполнен многомерный статистический анализ с использованием модели логистической регрессии. Предикторами более длительного регресса узлов, а по сути и более медленного обратного развития самого заболевания, согласно полученной модели, были возраст >40 лет (отношение шансов (ОШ) 2,58; доверительный интервал (ДИ) 1,02–6,5; $p=0,04$) и наличие положительного симптома «блюдца» (ОШ 5,05; ДИ 1,2–21,7; $p=0,03$). Чувствительность модели составила 70%, специфичность – 71%, положительная прогностическая значимость – 74%. Предиктором рецидивирующего течения заболевания, согласно полученной модели, была длительность заболевания >3 мес (ОШ 4,7; ДИ 2,0–10,6; $p=0,0002$). Чувствительность модели составила 60%, специфичность – 78%, положительная прогностическая значимость – 59%.

Выводы/заключение

Пн регрессирует более медленно с увеличением возраста пациентов и при наличии симптома «блюдца». Склонность к рецидивирующему течению при данной патологии невелика, а ее вероятность увеличивается при большей длительности заболевания к моменту начала терапии.

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Сагатова Д.Р., Абдуазизова Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Изучить распространенность аритмий и нарушений проводимости сердца у больных системной склеродермией (ССД) и сравнить частоту их выявления разными методами исследования.

Материал и методы

В исследование включено 37 больных ССД, 15 больных с диффузной и 10 – с лимитированной формой в возрасте 21–60 лет и длительностью болезни от 4 года до 20 лет. Всем больным проводили стандартную электрокардиографию (ЭКГ) и 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ).

Результаты/обсуждение

При стандартной ЭКГ аритмии сердца выявлялись у 6 больных, наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭС) – у 5 и желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) – у 9 больных, блокада правой ножки пучка Гиса (НПГ) – у 8, блокада левой НПГ – у 5 и блокада обеих НПГ – у 4. Частота нарушений ритма сердца в группе больных с длительностью ССД до 4 и более 10 лет достоверно не различалась. Различий НРС в зависимости от формы также не выявлено. Корреляции с длительностью, формой и возрастом не зафиксировано. Помимо выявленных при ЭКГ нарушений проводимости, при ХМ-ЭКГ наблюдалась атриовентрикулярная блокада 1-й степени у 3 больных и 2-й степени у 2 больных. У 9 из 37 больных имелась ишемическая болезнь сердца (ИБС). Различий частоты аритмий сердца между больными ССД с ИБС и без ИБС не наблюдалось.

Выводы/заключение

Нарушения ритма сердца, в том числе ЖЭС высокой градации, и нарушения проводимости встречаются у значительной части больных ССД. При ХМ-ЭКГ аритмии сердца у больных ССД выявляются достоверно чаще по сравнению со стандартной ЭКГ. ХМ-ЭКГ следует включить в число обязательных методов исследования у больных ССД.

КАРОТИДНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Сагатова Д.Р., Абдуазизова Н.Х., Умарова Г.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Актуальной проблемой современной ревматологии является кардиоваскулярная патология у больных ревматическими заболеваниями. Цель – изучить частоту и особенности изменения брахиоцефальных артерий у больных системной склеродермией (ССД).

Материал и методы

Обследовано 40 женщин, в том числе 10 больных с достоверным диагнозом ССД (средний возраст 47,6±3,9

года) и 30 клинически здоровых женщин (средний возраст 48±1,8 года). Обследование проводилось в СКАЛе и ревматологическом отделении 1 клиники Ташкентской медицинской академии. Средняя длительность ССД составила 80±21 мес, у всех больных имелась диффузная форма болезни. Терапия 7 больным проводилась D-пенициллинамом, 5 – аминохинолиновыми препаратами, двум пациентам – метотрексатом. Глюкокортикоидную терапию получали 5 женщин с ССД. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий выполнено на аппарате Vivid 7 (General Electric, США) линейным датчиком 7 L на частоте 8 МГц в режиме триплекс. Результаты оценивались согласно рекомендациям ВНОК. Статистическая обработка проведена с помощью пакета SPSS 17.0, для сопоставления количественных данных использован U-критерий Манна–Уитни, для сравнения частоты появления признака в группах применен 2-критерий Пирсона.

Результаты/обсуждение

Атеросклеротические бляшки брахиоцефальных артерий диагностированы у 6 больных ССД (47%) и 8 женщин контрольной группы (31,7%). Гемодинамически значимые стенозы в каротидном бассейне установлены у 5 пациентов с ССД и двух женщин контрольной группы (8,7%). Патологическая извитость брахиоцефальных артерий выявлена в 6 случаях при ССД и в 8 случаях в группе контроля.

Выводы/заключение

Небольшое количество обследованных нами больных ССД не позволило получить статистически значимых различий, однако при ССД установлена тенденция к более высокой частоте развития патологической извитости брахиоцефальных артерий и возникновению гемодинамически значимых стенозов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Сагитова Э.Р., Багирова Г.Г.

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

Введение/цель

Оценить клиническую эффективность некоторых нестероидных противовоспалительных препаратов у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материал и методы

Обследовано 25 больных с достоверным диагнозом АС: 21 мужчина и 4 женщины, средний возраст – 50,28±12,65 года. Средняя длительность болезни – 10,35±8,09 года. Все больные ранее периодически курсами принимали различные НПВП: 14 больных (1-я группа) – диклофенак 100 мг 1–2 раза в сутки, 11 (2-я группа) – мовалис 7,5 мг 1–2 раза в сутки. В течение последних лет они перешли на прием по требованию. При включении в данное исследование больным назначался найзилат по 600 мг 2 раза в сутки в течение 30 дней. Оценку эффективности терапии проводили по СОЭ (по Панченкову), уровню С-реактивного белка (СРБ), индексам BASDAI, ASDAS-COЭ, ASDAS-CPБ и BASFI.

Результаты/обсуждение

На фоне ситуационного приема диклофенака СОЭ было 16,9±14,3 мм/ч, СРБ – 6,78±6,21 мг/л, BASDAI –

4,17±1,07, BASFI – 4,07±1,71. Высокая и очень высокая активность по индексу ASDAS-COЭ имела у 10 больных. По ASDAS-CPБ преобладала умеренная активность (11 человек), высокая встретилась только у 2 больных. Аналогичные данные были у принимавших мовалис: COЭ – 15,7±13,4 мм/ч, CPБ – 12,3±23,6 мг/л, BASDAI – 4,95±1,49, BASFI – 4,08±1,8. У 9 человек ASDAS-COЭ и ASDAS-CPБ соответствовали высокой и очень высокой степени активности, у 2 – умеренной. После регулярного приема найзилата в обеих группах отмечалась положительная динамика всех показателей, не всегда достигающая достоверных различий. В 1-й группе COЭ стала 12,8±10,1 мм/ч, CPБ – 4,42±5,25 мг/л, BASDAI – 3,71±1,06, BASFI – 3,85±1,57. Во 2-й группе COЭ – 10,0±6,01 мм/ч, CPБ – 4,36±3,41 мг/л, BASDAI – 4,45±1,12, BASFI – 3,95±1,82. В обеих группах по индексу ASDAS-COЭ уменьшилось число лиц с высокой и очень высокой активностью за счет перехода их в группу с умеренной активностью. По индексу ASDAS-CPБ в 1-й группе часть больных перешла в умеренную активность, а во 2-й группе показатели практически не изменились.

Выводы/заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что регулярный (в течение 1 мес) прием найзилата дает более выраженный противовоспалительный эффект по сравнению с периодическим приемом диклофенака и мовалиса, что дает основание для необходимости более четкого выполнения врачебных рекомендаций.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Садикова С.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Целью исследования явилось оказание эффективной медицинской помощи пациентам с ОА в амбулаторных условиях препаратом максимального противовоспалительного и обезболивающего эффекта и улучшающего подвижность суставов.

Материал и методы

В исследование были включены 47 больных в возрасте 45–65 лет, 72% женщин и 28% мужчин, имеющих признаки достоверного ОА (гоноартроз I–III стадий по Келлгрену–Лоренсу). Диагноз устанавливали на основании общепринятых критериев. Большинство больных имели избыточную массу тела и ряд сопутствующих заболеваний, что создавало трудности в применении нестероидных противовоспалительных препаратов. Поэтому препаратом выбора был структум как наиболее доступный препарат в амбулаторных условиях, учитывая его комплексное воздействие на костную и хрящевую ткани. Структум назначали по 250 мг – 2 капсулы 2 раза в день после еды в течение 3 мес.

Результаты/обсуждение

Как показали результаты исследования, снижение боли в суставах и улучшение их функции наблюдались после 23–30 дневного лечения, достоверное снижение боли при ходьбе – в 2,1 раза, а ночные боли – в 4 раза. Уменьшение продолжительности утренней скованности отмечено у 74% больных, болезненность при ходьбе по ступенькам вниз снизилась в 1,2 раза. К концу лечения у всех больных прекратились боли в покое, значительно уменьшилась окружность коленных суставов. Рентгенография и УЗИ ко-

ленных суставов через 3 мес лечения показала стабилизацию дегенеративных процессов и отсутствие прогрессирующего сужения суставной щели. Выраженное снижение клинических симптомов свидетельствовало об улучшении качества жизни больных и повышении их физической активности.

Выводы/заключение

Таким образом, в результате проведенного исследования было выявлено, что структум, улучшая метаболические процессы в хряще, уменьшает боль, сохраняет и улучшает функцию суставов, позволяет снизить или отменить НПВП и является эффективным препаратом для лечения ОА в амбулаторных условиях.

ГАСТРОПАТИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА

Садикова С.И., Содиков Х.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель

Определить чистоту встречаемости и клинико-диагностические критерии гастропатий при ревматоидном артрите (РА).

Материал и методы

Под наблюдением находились 35 больных с РА (28 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 17 до 55 лет, с давностью заболевания от 5 до 11 лет. Всем больным проводился общий осмотр, пальпация живота, уточняли гастроэнтерологический и ревматологический анамнез, проводили кал на «скрытое» кровотечение. Окончательный диагноз ставили на основании эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭФГДС), среди них при подозрении на неопроцесс биопсия с морфологическим исследованием слизистой желудка проведена 2 больным (5,7%). Все больные получали общепринятую базисную терапию РА.

Результаты/обсуждение

Жалобы диспепсического характера выявлены у 28 (80%), отсутствовали у 7 (20%). Гастралгию отмечали 15 (42,8%) больных, гастралгию в сочетании с другими симптомами диспепсии – 30 (85,7%) больных, только симптомы диспепсии – 24 (68,5%) больных. При эндоскопическом исследовании картина эрозивного гастрита выявлена у 12 (34,3%) больных, очагового атрофического гастрита – у 13 (37,1%), поверхностного гастрита – у 9 (25,7%), язва желудка – у 1 (20%), рефлюкс-эзофагиты – у 33 (94,3%), дуоденита – у 24 (68,5%), состоявшегося кровотечения из язвы и эрозии желудка – у 5 (14,3%). Жалобы диспепсического характера при наличии эндоскопической картины поражения слизистой желудка предьявляли 28 (80%) больных. Патология при ЭФГДС отсутствовала у 7 (20%) больных. Основными факторами, определяющими частоту гастродуоденальных нарушений, являются увеличение возраста больных, продолжительность заболевания РА, продолжительный прием базисных средств больными РА.

Выводы/заключение

Таким образом, при РА изменения слизистой гастродуоденальной зоны выявились в 80% случаев, что свидетельствует о высокой частоте встречаемости гастропатий. Диссоциация между клиническими симптомами и данными ЭФГДС требует дальнейшего обследования пациентов с РА и лечение с учетом изменения слизистой оболочки желудка.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА
«РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И
УЛУЧШЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ
ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ» В КАЗАНИ**

Садькова Д.И., Сафина Л.З, Толубаева А.Т.
*Казанская государственная медицинская академия –
филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская
академия последипломного образования» Минздрава
России, Казань, Россия*

Введение/цель

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – тяжелое прогрессирующее заболевание с поражением преимущественно суставов, развивающееся у детей до 18 лет. Цель нашего проекта – раннее выявление пациентов с ЮИА педиатрами во время первичного визита.

Материал и методы

Врачами-педиатрами проведено анкетирование 700 родителей (I этап), дети которых имели характерные жалобы (изменение формы и размеров сустава, наличие гиперемии, болевого синдрома, ограничение подвижности, симптом «утренней скованности», снижение зрения или дискомфорт в области глаз).

Результаты/обсуждение

По результатам анкетирования, самой частой жалобой была боль и дискомфорт в одном или нескольких суставах – 83(81,3%), боль при пальпации отмечена у 35 (34,3%) детей. Увеличение в размере и изменение конфигурации сустава отмечены у 34 (33,3%) пациентов, ограничение подвижности – у 31 (30,4%), симптом «утренней скованности» – у 24 (23,5%). Гиперемия кожи в районе сустава отмечена у 18 (17,6%) детей, жалобы на снижение зрения или дискомфорт области глаз – у 11 (10,7%). После проведения анкетирования индексные пациенты (102) были направлены к детскому ревматологу (II этап). Средний возраст больных составил 8,5 года, из них 45 (44,1%) девочек, 57 (55,9%) мальчиков. Всего госпитализировано 22 (21,5%) ребенка, из них с остеомиелитом головки левой бедренной кости в хирургическое отделение – 1 (0,99%), остальные – в специализированные кардиоревматологические отделения: ЮСА – 2 (9,6%), ЮИА – 9 (42,9%), ЮХА – 1 (4,6%), РА – 9 (42,9%). Остальные 80 детей дообследовались амбулаторно [артралгии роста – 54 (67,5%), артроз коленного сустава – 2 (2,5%), РА неуточненный – 24 (30,0%)].

Выводы/заключение

Внедрение методики анкетирования родителей позволит в дальнейшем осуществить четкую трехуровневую маршрутизацию пациентов с подозрением на ЮИА. Целесообразность внедрения подобных программ очевидна и, несомненно, позволит существенно снизить показатели детской инвалидности и повысит качество оказания медицинской помощи в регионе.

**ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА
У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ РАЗВЕРНУТЫМ
РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
ДО НАЧАЛА АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Саидов Ё.У., Махмудов Х.Р.,
Зубайдов Р.Н., Халилова Д.А., Хасанзода С.М.
*Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан*

Введение/цель

При ревматоидном артрите (РА) наряду с поражением суставов закономерно наблюдается вовлечение большого в орбиту аутоиммунных нарушений сердечно-сосудистой системы и других внутренних органов, что во многом определяет его тяжесть и прогноз. Цель – комплексная оценка сердечно-сосудистого риска (КВР) у пациентов с активным развернутым РА до начала активной терапии.

Материал и методы

Обследовано 48 больных (41 женщина и 7 мужчин) с активным (активность II и III степени) развернутым РА (средний возраст $48 \pm 3,4$ года). Всем включенным в исследование пациентам проведен анализ и оценка традиционных факторов риска (ТФР) сердечно-сосудистой патологии (КВП) с определением суммарного КВР, выполнены эхокардиография (ЭхоКГ), дуплексное сканирование сонных артерий с целью измерения толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) и наличия атеросклеротических бляшек (АТБ).

Результаты/обсуждение

Среди обследованных больных наиболее распространенными ТФР являлись артериальная гипертензия (АГ) и дислипидемия (соответственно 54,4 и 63,2%; $p < 0,05$) – у 54,2% пациентов, при этом АТБ (КИМ $> 1,2$ мм) имели место у 32,4% обследованных. По данным ЭхоКГ у 25,9% пациентов с активным развернутым РА ($n=48$) диагностированы бессимптомный перикардит, у 35,2% – изменения аорты и у 40,7% – гемодинамически незначимая патология клапанов сердца.

Выводы/заключение

Фактический риск развития КВП при активном РА значительно превышает ожидаемый и требует адаптации существующих методик оценки КВР у пациентов данной категории.

**ДИАГНОСТИКА И СПЕКТР СИСТЕМНЫХ
ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

Саидов Ё.У., Назаров Б.Д., Хасанзода С.М.,
Абдулатиф А., Махмудов Х.Р., Шарипов К.О.
*Таджикский государственный медицинский
университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе,
Таджикистан*

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) многие клиницисты называют «ревматоидной болезнью», подчеркивая тем самым системный характер ревматоидного процесса. В связи с гетерогенностью системных проявлений (СП) и отсутствием общепризнанных классификационных критериев диагностики СП РА по-прежнему остается труднейшей задачей в аспекте как гипо-, так и гипердиагностики. Цель – изучение частоты встречаемости и спектра СП РА.

Материал и методы

Обследовано 112 пациентов (94 женщины и 18 мужчин) с активным серопозитивным (88) и серонегативным (24) развернутым РА (средний возраст $47,3 \pm 3,4$ года). С це-

люю выявления и оценки характера СП РА у всех пациентов проводилось углубленное изучение состояния внутренних органов с применением современных клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики.

Результаты/обсуждение

В целом СП к началу наблюдения имели место у 63,2% (n=71) обследованных пациентов с РА, а частота и спектр СП у них непосредственно зависели от степени воспалительной активности заболевания. Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее часто встречающимся СП РА являются: аутоиммунная анемия, ревматоидная болезнь сердца, ревматоидные узелки, генерализованная амиотрофия, лимфаденопатия, продолжительная лихорадка и ревматоидный васкулит, выявленные соответственно у 71,4; 52,1; 29,4; 26,9; 24,4 и 18,5% пациентов от общего числа больных, имевших системную форму РА. У обследованных больных довольно редко наблюдались гепатоспленомегалия (у 15 пациентов), чувствительная полинейропатия (у 13), синдром Рейно (у 9), плеврит (у 8), поражение легких (у 6), ревматоидный гломерулонефрит (у 3). В единичных случаях наблюдались эписклерит, мононеврит срединного нерва и синдромы Шегрена и Стилла.

Выводы/заключение

Системные проявления РА имеют высокую распространенность, широкий спектр, отличаются чрезвычайной гетерогенностью как в патогенетических аспектах, так и в прогностическом плане. Наряду с ведущей ролью активности РА в индукции большинства СП заболевания выявлено, что они протекают чаще всего ассоциированно, тесно переплетены и взаимозависимы, что подтверждает общность их происхождения в патогенетическом аспекте.

МОНОГЕННЫЕ АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА

Салугина С.О.¹, Фёдоров Е.С.¹,

Кузьмина Н.Н.¹, Каменец Е.А.², Захарова Е.Ю.²

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

²ФГБНУ «Медико-генетический научный центр», Москва, Россия

Введение/цель

Аутовоспалительные заболевания (АВЗ) характеризуются наличием периодических, иногда самоограничивающихся приступов, манифестирующихся лихорадкой и клинической симптоматикой, напоминающей ревматическую при отсутствии аутоиммунных или инфекционных причин. АВЗ в настоящее время условно разделены на моногенные (известна генетическая мутация, являющаяся причиной) и мультифакториальные (полигенные). Основными моногенными АВЗ (МАВЗ), изучению которых уделяется в последние годы большое внимание, являются семейная средиземноморская лихорадка (ССЛ), криопирин-ассоциированные периодические синдромы (КАПС), синдром дефицита мевалонат киназы/гипер-IgD-синдром, периодический синдром, ассоциированный с мутацией гена рецептора фактора некроза опухоли (TRAPS). С этими заболеваниями в последние годы все чаще приходится иметь дело ревматологу. Таргетная терапия ИЛ-1 ингибиторами разработана и успешно применяется. Цель — определить наиболее часто встречающиеся МАВЗ в практике педиатра-ревматолога по результатам обращаемости в Российский федеральный ревматологический центр и представить их характеристики.

Материал и методы

В исследование включались пациенты, обратившиеся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой за период с 2007 по 2016 г. для уточнения диагноза, имеющие лихорадку и другие признаки системного воспалительного процесса при исключении инфекционной, онкогематологической и других причин. Всем проводилось общепринятое в ревматологии обследование, молекулярно-генетический анализ генов MEFV, NLRP3, MVK, TNFRSF1A.

Результаты/обсуждение

За 10 лет выявлено 113 пациентов с АВЗ в возрасте от 6,5 мес до 60 лет. Среди них с МАВЗ — 54 (47,8%). Диагностированы следующие заболевания: ССЛ (периодическая болезнь) — n=21 (8 мужчин, 13 женщин); КАПС-20: синдром Макла–Уэллса (MWS) — n=17 (5 мужчин, 12 женщин); синдром CINCA/NOMID — n=3 (3 мужчины); гипер-IgD синдром — n=3 (3 женщины), TRAPS — n=10 (5 мужчин, 5 женщин). Этническая принадлежность имела значение у больных ССЛ, среди которых преобладали армяне — 16 (76,2%). При других нозологиях встречались пациенты преимущественно русской национальности. Практически у всех пациентов с моногенными АВЗ диагноз был подтвержден молекулярно-генетическим анализом. Только у одного пациента с CINCA/NOMID генетическая мутация не выявлена, диагноз выставлен клинически. ИЛ-1 ингибитор канакинумаб получают 12 пациентов (КАПС-9, TRAPS-3), все с положительным эффектом и удовлетворительной переносимостью.

Выводы/заключение

Среди всех АВЗ в нашей практике около половины составили моногенные АВЗ. Наиболее частыми из них были ССЛ, КАПС и TRAPS, реже гипер-IgD синдром. Пациенты с КАПС наиболее близки по клинико-лабораторной картине к системному ювенильному артриту, что следует учитывать при проведении дифференциальной диагностики. Наш практический опыт показал высокую эффективность таргетной терапии ингибиторами ИЛ-1 у больных КАПС и TRAPS. Такое лечение способно существенно улучшить исходно неблагоприятный прогноз.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ В КЛИНИКЕ СПб ГПМУ И ДГБ № 1 (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)

Сантимов А.В.¹,

Рупп Р.А.¹, Алексеев И.Г.², Плутова Н.Н.²,

Москвина Е.А.², Кручина М.К.², Тарасенко А.Н.²,

Соколова Н.Е.², Савельева Е.А.², Богданов И.Ю.²,

Иванов Д.В.², Кандрина Т.И.², Копаневич О.В.²,

Графская А.Я.², Игнатьева Н.А.², Пулукчу Д.Б.¹,

Павлова Н.В.¹, Калашникова О.В.¹, Корнишина Т.Л.¹,

Дубко М.Ф.¹, Часнык В.Г.¹, Костик М.М.¹

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия,

²СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 1»,

Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Болезнь Kawasaki (БК) — это остро протекающий системный васкулит неизвестной этиологии, поражающий чаще всего детей в возрасте до 5 лет, характеризующийся лихорадкой, двусторонней гиперемией конъюнктив, изменениями слизистой оболочки ротоглотки, эритематозной сыпью, эритемой и индуративным отеком ладоней и стоп,

и шейной лимфаденопатией. До 2010 г. в Санкт-Петербурге случаи БК были исключительно редки, после 2010 г. резко возросла выявляемость БК, однако частота ее остается сниженной по сравнению с другими регионами РФ. Цель – проанализировать опыт диагностики и лечения болезни Кавасаки в двух крупных стационарах Санкт-Петербурга, с целью улучшения ранней диагностики и оптимизации терапии.

Материал и методы

В исследование были включены дети, находившиеся на стационарном лечении с диагнозом болезнь Кавасаки в клинике СПб ГПМУ и ДГБ № 1 (Санкт-Петербург) с января 2011 г. по сентябрь 2016 г., всего 30 детей (18 мальчиков, 12 девочек), средний возраст которых составил 2,8 года (0,25; 4,5), из них в возрасте до 1 года – 5 детей (16,67%). Результаты представлены медианой и крайними значениями.

Результаты/обсуждение

Диагноз болезни Кавасаки в среднем устанавливался на 9-й день течения болезни (3; 52). Сразу после постановки диагноза получили аспирин 27 (90%) детей. В ранние сроки (до 10 дня болезни), терапию внутривенным иммуноглобулином получили 15 (50%) человек, из них 1 получил внутривенный иммуноглобулин ранее 5-го дня болезни (на 3-й день) и не ответил на лечение. На 11–20-й день болезни (сразу после постановки диагноза) внутривенный иммуноглобулин получили 10 (33,3%) детей, после чего лихорадка была купирована у всех пациентов. Лихорадка в среднем купировалась на 11-й день от начала заболевания (6; 23). Поражение коронарных артерий по данным ЭхоКГ было выявлено у 13 (43,3%) детей. Среди наших пациентов был зафиксирован 1 летальный исход у мальчика, заболевшего в возрасте 3 мес и получившего внутривенный иммуноглобулин на 30-й день болезни. У ребенка имело место диссеминированное поражение артерий разной локализации.

Выводы/заключение

БК всегда должна включаться в круг дифференциальной диагностики у детей первых лет жизни с длительной лихорадкой, особенно у детей первого года, у которых чаще наблюдаются стертые и неполные формы БК. Необходимо повышение осведомленности клиницистов и врачей ультразвуковой диагностики о БК.

МОЛЕКУЛА МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ-1 ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Саритхала В.Д., Ягода А.В., Корой П.В.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

Введение/цель

Молекулы адгезии играют важную роль в миграции лейкоцитов, формировании воспалительного процесса и тканевом ремоделировании. Целью исследования явилось изучение содержания молекулы межклеточной адгезии 1 типа (ICAM-1) в крови при ревматоидном артрите.

Материал и методы

Обследовано 134 больных ревматоидным артритом (30 мужчин, 104 женщины) в возрасте от 20 до 66 лет. Значения шкалы DAS28 у пациентов достигали 5,49 (4,88–6,01). У большинства больных была диагностирована III рентгенологическая стадия, II и III функциональные классы ревматоидного артрита. Контрольную группу составили 70 практически здоровых человек в возрасте от 22

до 55 лет. Уровни ICAM-1 в крови определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты/обсуждение

При ревматоидном артрите наблюдалось достоверное увеличение содержания ICAM-1 в крови ($p < 0,05$). Сывороточная концентрация ICAM-1, будучи повышенной, не была сопряжена с полом пациентов, наличием или отсутствием ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллиновому пептиду в крови. У больных с поздней клинической стадией заболевания показатели молекулы адгезии были выше ($p < 0,05$), чем при ранней или развернутой стадии ревматоидного артрита. В случаях высокой активности воспалительного процесса, по данным индекса DAS28, уровни ICAM-1 в крови были сравнительно более высокими ($p < 0,05$), чем при умеренной активности болезни. Значения медиатора межклеточных взаимодействий не зависели от тяжести рентгенологических изменений суставов, в том числе от наличия или отсутствия эрозий, а также не были взаимосвязаны с функциональным классом ревматоидного артрита. Наличие системных проявлений заболевания характеризовалось достоверно более высокой концентрацией ICAM-1 в крови ($p < 0,05$). Появление осложнений ревматоидного артрита не влияло на динамику адгезина. У пациентов с тромбоцитозом показатели медиатора были выше ($p < 0,05$), чем в группе больных с нормальными величинами тромбоцитов в крови.

Выводы/заключение

При ревматоидном артрите наблюдается увеличение содержания молекулы межклеточной адгезии-1 в крови, наиболее выраженное при высокой активности процесса и наличии системных проявлений, что свидетельствует о патогенетической значимости медиатора в формировании и прогрессировании заболевания.

ПРЯМЫЕ ИНГИБИТОРЫ ТРОМБИНА В ТЕРАПИИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

Сатыбалдыева М.А., Середавкина Н.В., Кашникова Л.Н., Насонов Е.Л., Решетняк Т.М. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

«Золотым» стандартом терапии антифосфолипидного синдрома (АФС) является варфарин. Однако у варфарина имеется ряд недостатков, ограничивающих его применение. Дабигатран этексилат, прямой ингибитор тромбина, относится к новым оральным антикоагулянтам. Его основными отличиями от варфарина являются фиксированная доза, отсутствие необходимости постоянного лабораторного мониторинга, соблюдения диеты, быстрое наступление эффекта и меньший период полувыведения. Цель – оценить эффективность и переносимость дабигатрана этексилата у пациентов с антифосфолипидным синдромом.

Материал и методы

38 пациентов (26 женщин, 12 мужчин) с первичным (ПАФС) и вторичным АФС, возраст – 37,2±9,9 года. Пациентов с ПАФС – 24, с вторичным АФС – 14, из них системная красная волчанка (СКВ)+АФС – у 13, ревматоидный артрит (РА)+АФС – у 1. Диагноз АФС установлен на основании международных (сиднейских) критериев, СКВ – SLICC 2012 г., РА – ACR/EULAR, 2010 г. До включения в исследование 28 пациентов получали варфарин; 7 – другие антикоагулянты: сулодексид ($n=1$), низкомолекуляр-

ные гепарины (n=1), дабигатрана этексилат (n=5); трое не получали антикоагулянтную терапию. Контроль коагулограммы проводился перед включением в исследование, через 24 и 48 недель после включения.

Результаты/обсуждение

Высокий и средний уровень аФЛ (аКЛпIgG, IgMи аβ₂ГПпIgG, IgM) был у 32 пациентов, низкий или нормальный – у 6. Все три маркера АФС выявлялись у 12 пациентов. АЧТВ и тромбиновое время перед включением в исследование составили 44,2 [36,5; 53,5] и 16,1 [14,9; 17,0], через 24 недели после начала приема дабигатрана этексилата 51,0 [40,5; 65,7] и 163,5 [108,7; 240,0], через 48 недель – 58,7 [45,6; 63,2] и 194,1 [152,6; 255,2] соответственно. За период наблюдения, который составил от 1,5 до 12 (10,6±3,2) мес рецидив тромбоза зарегистрирован у 7 пациентов (22,6%, 20,7 на 100 пациенто-лет): у 2 (6,5%, 5,9 на 100 пациенто-лет) тромбоз поверхностных вен, у 1 (3,2%, 2,9 на 100 пациенто-лет) тромбоз надпочечниковых вен, у 4 (12,9%, 11,8 на 100 пациенто-лет) острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). У всех пациентов с рецидивом тромбоза отмечался средний или высокий уровень аФЛ; 2/7 были позитивны по всем трем серологическим маркерам, у обоих диагностирован ОНМК. Случаи кровотечения зарегистрированы у 5 пациентов (16,1%, 14,8 на 100 пациенто-лет): 2 геморроидальных, 1 маточное, 2 носовых кровотечения.

Выводы/заключение

Дабигатрана этексилат может быть альтернативным методом лечения АФС в случае неэффективности варфарина или при трудностях достижения терапевтического уровня МНО. Необходимы дальнейшие исследования для суждения об эффективности и безопасности препарата при данном заболевании.

ВЛИЯНИЕ САРКОПЕНИИ НА ПРОГНОЗ ОСТЕОАРТРИТА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Сафонова Ю.А.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

²СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

В пожилом возрасте происходит уменьшение мышечной массы из-за уменьшения числа мышечных волокон, что приводит к снижению функциональной мобильности, мышечной силы и увеличению риска падений. Более 30% людей старше 65 лет и 50% людей старше 80 лет имеют падения в течение года. Низкая мышечная масса и мышечная сила приводят к развитию синдрома саркопении у пожилых людей согласно определению Европейской рабочей группы по саркопении (European Working Group on Sarcopenia in Older People – EWGSOP). Оновременно возрастает распространенность остеоартрита в пожилом возрасте. Кроме возраста, причиной прогрессирования остеоартрита является атрофия мышц в результате саркопении.

Материал и методы

Проведено проспективное исследование 159 пациентов, средний возраст 74±13,3 года. Состояние саркопении оценивалось по индексу тощей массы (ИТМ) в соответствии с критериями саркопении EWGSOP. Мышечную силу оценивали с помощью ручного динамометра, мышечную функцию – на основе SPPB-тестов. Качество жизни оценивали по опроснику EQ-5D.

Результаты/обсуждение

У 31,45% пожилых людей с остеоартритом выявлена саркопения. Случаи падений наблюдались у 28,30% (95% ДИ 21,5–36,0) пациентов с остеоартритом на фоне выявленной саркопении (среднее число падений – 1,93), у пациентов без саркопении – в 16,98% (95% ДИ 11,5–23,7; среднее число падений – 0,48). У пациентов с остеоартритом на фоне выявленной саркопении сила мышц составляла 14,36 кг, у пациентов без саркопении была достоверно выше – 18,53 кг (p<0,05). Выявлены достоверные различия при выполнении SPPB-тестов, общий балл у пациентов с остеоартритом на фоне выявленной саркопении составил 6,9, у пациентов без саркопении – 7,85 (p<0,05). Высокое качество жизни наблюдалось у 26,51% (95% ДИ 17,4–37,3) пожилых пациентов с остеоартритом на фоне саркопении и в 71,19% случаев (95% ДИ 60,1–80,5) у людей без саркопении.

Выводы/заключение

1. У пациентов с остеоартритом на фоне выявленной саркопении наблюдалось достоверное снижение мышечной силы и мышечной функции. 2. Частота падений у пациентов с остеоартритом на фоне выявленной саркопении выше, чем у пациентов без саркопении. 3. Качество жизни существенно выше у пациентов с остеоартритом без саркопении, чем у пациентов при наличии данного состояния.

ГЕННО-ИНЖЕНЕРНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Севостьянов В.К., Жолобова Е.С.

ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 122 ДЗМ», Москва, Россия

Введение/цель

Цель – провести анализ генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) и базисной противовоспалительной терапии (БПВТ) в г. Москве у детей с различными вариантами ювенильного идиопатического артрита (ЮИА).

Материал и методы

В исследование было включено 262 пациента, проживающих в г. Москве в возрасте от 1 года до 17 лет с ЮИА, находящихся на ГИБТ. Из них мальчиков 80 (30,5%), девочек 182 (69,5%), средний возраст составил 10 лет (3–17). Проанализированы следующие показатели: варианты течения ЮИА, структура генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП); сопутствующая базисная БПВТ.

Результаты/обсуждение

1. Структура нозологических форм у пациентов г. Москвы, получающих ГИБТ. Всего в Москве на 30.01.2017 г. получают ГИБТ 262 ребенка, среди них 123 (46,9%) страдают полиартикулярным серонегативным по РФ вариантом ЮИА, 62 (23,7%) – олигоартикулярным вариантом, 53 (20,2%) – системной формой, 9,2% приходится на иные формы ЮИА. Уевит ассоциированный с ЮИА зарегистрирован у 53 (20,2%) пациентов. В структуре ЮИА с ревматоидным увеитом преобладают пациенты с полиартикулярным серонегативным по РФ вариантом – 26 (49,0%) пациентов и олигоартикулярным вариантом – 22 (41,5%) пациента. 2. Частота назначения ГИБП при различных вариантах ЮИА. В структуре ГИБП у детей преобладают ингибиторы ФНОα (этанерцепт и адалимумаб – 71,8%). Этанерцепт получают 47% всех детей, находящихся на ГИБТ, адалимумаб – 24,8%. Следующими по частоте назначения является тоцилизумаб – 19,9% и абатацепт –

8,3% пациентов. Большинство пациентов (71,7%), страдающих ЮИА с увеитом, нуждающихся в терапии ГИБП, получают терапию адалимумабом. Эффективность ГИБП составляет 66%. 3. Структура сопутствующей (базисной противовоспалительной) терапии. Большинство детей – 73,3% (192 пациента из 262, получающих ГИБП) получают сопутствующую БПВТ различными препаратами. В структуре БПВТ терапии в доминирующем большинстве пациенты в качестве сопутствующей терапии получают метотрексат (80,8% от всех детей, получающих сопутствующую терапию). В 19,2% случаев пациенты получают иные препараты: сульфасалазин, циклоспорин А, лефлуномид.

Выводы/заключение

1. Всего в Москве на 01.12.2016 г. получают ГИБТ 262 ребенка. Среди них 46,9% страдают полиартикулярным серонегативным по РФ вариантом ЮИА, 23,7% – олигоартикулярным вариантом, 20,2% – системной формой, 9,2% приходится на иные формы ЮИА. Увеит зарегистрирован у 53 (20,2%) пациентов. 2. Наиболее часто среди ГИБТ у детей возрасте от 1 до 17 лет назначаются ингибиторы ФНО α – этанерцепт (47%) и адалимумаб (24,8%); 3. В структуре БПВТ ЮИА в большинстве случаев пациенты получают метотрексат (80,8%).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО САРКОИДНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА ЛЕГКИХ

Семенова Л.А.^{1,2}, Лепеха Л.Н.²

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

²ФГНБУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва, Россия

Введение/цель

Некротизирующий саркоидный гранулематоз (НСГ) – продуктивный васкулит мелких артерий/вен с образованием массивных скоплений саркоидоподобных гранул, с ишемическими некрозами разной степени выраженности и давности. Заболевание поражает исключительно легкие. Клинические симптомы неспецифичны. Основной метод диагностики – морфологический. Дифференциальная диагностика: гранулематоз с полиангиитом, саркоидоз, туберкулез.

Материал и методы

С 2011 по 2016 г. было диагностировано 27 случаев НСГ. Исследованы гистологические препараты стандартных окрасок.

Результаты/обсуждение

НСГ и гранулематоз с полиангиитом – васкулиты с иммунокомплексным воспалением стенок сосудов, формированием макрофагально-гистиоцитарных гранул, не содержащих эпителиоидных клеток. Морфологические признаки НСГ: макрофагально-гистиоцитарные гранулы с многоядерными макрофагами, лимфоциты в стенках мелких сосудов (артерий/вен); разновеликие очаги гиалиноза, окруженные гранулемами в полуспавшихся стенках сосудов; фибриноидный некроз центра гранул; отсутствие альвеолита и интерстициального фиброза в периферической легочной ткани; геморрагические изменения микроциркуляторного русла. В основе морфологических изменений гранулематоза с полиангиитом лежат деструктивные васкулиты мелких/средних кровеносных сосудов, с «географическим» фибриноидным некрозом стенок, лизисом эластических волокон. Гранулематозное воспаление

полиморфно-клеточное с макрофагально-гистиоцитарными инфильтрациями, многоядерными гигантскими клетками, единичными эозинофилами. Центральная часть гранул представлена небольшими базофильными очагами фибриноидного некроза. Гранулы могут быть связаны с пораженным сосудом или располагаться отдельно от него. Туберкулез и саркоидоз легких – интерстициальные заболевания с развитием реакции гиперчувствительности замедленного типа в легочной ткани. Они сопровождаются гранулематозной реакцией с формированием эпителиоидно-клеточных гранул с последующим фиброзированием септальной и межальвеолярной интерстициальной тканей. При туберкулезе эпителиоидно-клеточные гранулы с гигантскими многоядерными клетками преимущественно располагаются вокруг трехслойного очага казеозного некроза, с лимфоцитарным валом из разрозненных клеток или нодулей. При саркоидозе границы саркоидных гранул хорошо различимы, окружены ретикулярными волокнами. Периваскулярно расположенные гранулы оставляют свободным просвет сосудов, не сдавливая его. Гранулы равновеликие, имеют четкие границы («штампованные»), могут формировать конгломераты, не сливаясь между собой. Редко встречаются очаги фибриноидного некроза, отсутствуют очаги гиалиноза.

Выводы/заключение

НСГ и гранулематоз с полиангиитом – васкулиты с иммунокомплексным воспалением стенок сосудов. Туберкулез и саркоидоз легких – интерстициальные заболевания с развитием реакции гиперчувствительности замедленного типа в легочной ткани. НСГ является редкой патологией легких. Достоверная верификация НСГ способствует адекватному выбору метода лечения.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОСТА И КОСТНОГО ВОЗРАСТА У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И НИЗКОРОСЛОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Серая В.А., Жолобова Е.С., Витебская А.В.

ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Минздрава России, Москва, Россия

Введение/цель

У детей с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА) нередко отмечается нарушение роста, прежде всего при системном ЮИА (до 10–20%). Цель – оценить влияние генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) на динамику скорости роста и костного возраста у детей с ЮИА и задержкой роста.

Материал и методы

В исследование включено 22 пациента с сЮИА и низкорослостью (5 мальчиков и 17 девочек, средний возраст 13,5 года; длительность заболевания до начала ГИБП 8,4 года). Исследование было преимущественно ретроспективным до начала широкого использования тоцилизумаба. Пациенты получали разные ГИБП: 8 – инфликсимаб (впоследствии 3 пациента переведены на тоцилизумаб), 10 – этанерцепт, 3 – абатацепт, 1 – адалимумаб. Проведена оценка скорости роста, SDS скорости роста, SDS роста и костного возраста (по данным рентгенографии с подсчетом ядер окостенения) до начала терапии ГИБП (исходно) и в течение 24 мес терапии.

Результаты/обсуждение

Исходная задержка роста в среднем составляла $3,61 \pm 0,35$ (-7,17; -2,04). Средняя скорость роста до начала биологической терапии составляла $3,30 \pm 0,56$ см/год, SDS скорости роста $-1,74 \pm 0,94$. В первые 6 месяцев терапии ГИБП у всех детей отмечено ускорение темпов роста: скорость роста составила $5,05 \pm 0,56$ см/год, SDS скорости роста $0,78 \pm 0,73$. Через 12 месяцев средняя скорость роста увеличилась до $6,44 \pm 0,62$ см/год, SDS скорости роста $3,32 \pm 1,10$. Через 24 месяца лечения биологическими препаратами скорость роста составила $6,31 \pm 0,76$ см/год, SDS скорости роста $4,42 \pm 0,83$. Скорость роста и SDS скорости роста на фоне терапии ГИБП была достоверно выше исходной на всех этапах исследования ($p < 0,05$).

Выводы/заключение

На фоне терапии ГИБП у детей с системным ЮИА и задержкой роста отмечается достоверное увеличение скорости роста, сопровождающееся улучшением показателей роста к 24 месяцам лечения. При этом отставание костного возраста от паспортного остается, что свидетельствует о сохранении потенциала роста и возможности достижения более высокого конечного роста.

УРОВЕНЬ ANTI-XA-AKТИВНОСТИ СЕЛЕКТИВНЫХ И НЕСЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА XA У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И ANТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Середавкина Н.В., Сатыбалдыева М.А., Кашникова Л.Г., Насонов Е.Л., Решетняк Т.М. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

Введение/цель

Оценить уровень анти-Xa-активности (аХа) селективных и неселективных ингибиторов фактора Xa у больных системной красной волчанкой (СКВ) и антифосфолипидным синдромом (АФС) в зависимости от клинических и лабораторных показателей.

Материал и методы

Обследовано 70 пациентов (54 женщины и 16 мужчин) в возрасте 39 [31; 43] лет: 15/70 (21%) с СКВ, 10/70 (14%) с АФС и 45/70 (65%) с СКВ+АФС. Активность СКВ оценивали по шкале SLEDAI 2K. Позитивные антифосфолипидные антитела (аФЛ) отмечались у 53/70 (75%). У 33/70 (47%) больных диагностировано удлинение АЧТВ, у 24 из которых за счет волчаночного антикоагулянта (ВА). Все пациенты получали антикоагулянты: 29 больных – фондапаринукс 5 [5; 7,5] мг/сут, 29 пациентов – нодрапарин 98,3 [67,8; 129,5] МЕ/кг/сут, 3 больных – эноксапарин 1,2 [0,8; 1,5] мг/сут и 9 пациентов – ривароксабан 20 мг/сут.

Результаты/обсуждение

Терапевтический интервал аХа 0,1–1,5 МЕ/мл зарегистрирован у 43/70 (61%) больных. Низкая аХа 0,34 [0,14; 0,4] МЕ/мл выявлена у 14/60 (20%) больных. Высокая аХа 1,7 [1,6; 1,99] МЕ/мл отмечалась у 13/70 (19%) пациентов. Пациентам с низкой аХа проводилась коррекция дозы антикоагулянта. Во время терапии рецидивов тромбозов и кровотечений не отмечалось. Больных с высокой и низкой степенью активности СКВ было больше, чем со средней: 25/60 (41%) и 21/60 (35%) против 14/60 (23%), $p = 0,03$ соответственно. Тромбозы в анамнезе были зарегистрированы у 54/70 (77%). Острый венозный тромбоз диагностирован у 15/70 (21%) больных. Превышение терапевтиче-

ского интервала аХа чаще встречалось на фоне фондапаринукса (у 9/29 (31%) больных), чем на фоне нодрапарина (у 2 (29)/7% пациентов) и ривароксабана (у 2/9 (23%) больных), $p = 0,02$; аХа эноксапарина была в пределах нормы. Повышение аХа ассоциировалось с позитивным ВА (ОР 3,3 (95%ДИ [0,8; 13,4], $p = 0,03$), с некрозами/гангреной дистальных фаланг пальцев стоп (ОР 4,9 (95%ДИ [1,3; 18,8], $p = 0,001$), с поражением артерий по типу облитерирующего эндартериита (ОР 3,4 (95%ДИ [0,7; 16,3], $p = 0,03$), с тромботической микроангиоэнцефалопатией (по данным МРТ головного мозга) (ОР 3,9 (95%ДИ [0,9; 15,9], $p = 0,01$), с асептическим эндокардитом Либмана–Сакса с формированием митральной недостаточности 3 степени (ОР 5,6 (95%ДИ [1,5; 21,7], $p = 0,01$).

Выводы/заключение

Позитивный ВА, тромботическая микроангиоэнцефалопатия, некрозы кожи, поражение сосудов по типу облитерирующего эндартериита и асептический эндокардит Либмана–Сакса с формированием высокой степени митральной недостаточности ассоциировались с превышением нормального значения аХа антикоагулянтов в отсутствие признаков кровотечения. Терапевтическое окно аХа у таких пациентов должно быть расширено.

ОСТЕОПОРОЗ НА ФОНЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ANКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА: ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА

Сивордова Л.Е.¹, Полякова Ю.В.¹, Ахвердян Ю.Р.¹, Фофанова Н.А.², Рогаткина Т.Ф.², Заводовский Б.В.¹
¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии», Волгоград, Россия; ²ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия

Введение/цель

Течение идиопатического анкилозирующего спондилоартрита (ИАС) нередко осложняется нарушением костного обмена и развитием остеопороза (ОП). Пациенты с ИАС страдают преимущественно от болей в позвоночнике. Очевидно, что сопутствующий остеопороз может усиливать болевой синдром и способствовать прогрессированию основного заболевания. Важную роль в патогенезе ОП при этом заболевании может играть хроническое аутоиммунное воспаление, применение глюкокортикостероидов и других противовоспалительных препаратов, а также снижение физической активности пациентов. Целью нашей работы было изучить распространенность ОП при ИАС, оценить выраженность нарушений костного метаболизма и возможность их коррекции с помощью альфакальцидола.

Материал и методы

В ходе работы обследовано 168 больных ИАС методом двухэнергетической остеоденситометрии с помощью аппарата LUNAR DPX PRO (GE, США).

Результаты/обсуждение

У 80 пациентов (47,62%) было выявлено снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Это осложнение чаще развивается у пациентов с ИАС, имеющих большую активность, длительность заболевания более 5 лет, получающих глюкокортикостероиды и имеющих низкий индекс массы тела. Они чаще предъявляли жалобы на боли в костях, уменьшение мышечной силы по сравнению с пациентами с нормальной МПКТ. У больных с ОП были по-

вышены маркеры костной резорбции: cross-laps, кислая фосфатаза, кальций мочи. Показатели костного формирования: остеокальцин, общая щелочная фосфатаза — были в пределах нормы.

Выводы/заключение

Остеопороз является частым осложнением идиопатического анкилозирующего спондилоартрита, его признаки выявлены у 48% больных. Клинически остеопороз при ИАС проявляется болями в костях и позвоночнике, снижением мышечной силы, переломами трубчатых костей и позвоночника. Изучение маркеров костного ремоделирования выявило увеличение маркеров костной резорбции, при этом маркеры костного формирования остаются в пределах нормы. Альфакальцидол в дозе 0,5–1,0 мкг/сут достоверно увеличивает прочность костной ткани, снижает изначально повышенные маркеры костной резорбции, несколько повышает маркеры костного формирования, увеличивает мышечную силу, уменьшает боли в костях и позвоночнике.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ДИАЦЕРЕИНОМ НА АРТРОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Симонова О.В., Сухих Е.Н., Тимин М.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Киров, Россия

Введение/цель

Оценить влияние терапии диацереином на артрозонографические показатели при гонартрозе (ГА) в 18-месячном контролируемом исследовании.

Материал и методы

Исследование проведено у 80 больных достоверным диагнозом ГА. 40 больных (I группа) получали диацереин 100 мг/сут (2 курса по 4 мес), 40 больных (II группа) — ацеклофенак 100–200 мг/сут по требованию. Группы были сопоставимы по основным клиническим и демографическим показателям ($p > 0,05$). Средний возраст пациентов I группы составил $57,2 \pm 5,4$ года, II — $58,2 \pm 6,6$. Все пациенты имели II (50%) или III (50%) рентгенологическую стадию ГА. Длительность заболевания до 5 лет была отмечена у 35% больных I группы и у 50% — II группы. Длительность заболевания 6–10 лет наблюдалась у 40 и 40% пациентов соответственно. Более 10 лет — у 25 и 10% больных соответственно. Синовит был выявлен у 77,5% больных в I группе и у 70% — во II. Артрозонографию проводили всем пациентам до включения в исследование и затем каждые 6 мес наблюдения на аппарате SONOLINE G-20 датчиком 6,5–10 МГц. Оценивали высоту хряща (латерального и медиального) мышелков бедренной кости в мм, наличие выпота в полости сустава, остеофиты и их размер, толщину синовиальной оболочки в мм, выраженность сужения суставной щели.

Результаты/обсуждение

К 18-му месяцу наблюдения на фоне лечения отмечена стабилизация размеров суставного хряща у больных I группы ($p > 0,05$) и уменьшение ($p < 0,05$) высоты суставного хряща на $-0,35$ мм у пациентов со II стадией и $-0,32$ мм с III стадией ГА во II группе. Значимое уменьшение объема выпота ($p < 0,05$) и толщины синовиальной оболочки ($p < 0,05$) выявлено только у больных I группы. В I группе явления синовита уменьшились у 64% больных со II стадией ГА и у 50% с III стадией. Во II группе явления синовита уменьшились у 40% и 43% во II и III стадии соответственно.

При анализе размеров остеофитов и ширины суставной щели статистически значимых изменений не получено ни в одной из групп, но отмечено увеличение размеров остеофитов во II группе на $+0,2$ мм при ГА III стадии.

Выводы/заключение

Длительная терапия повторными курсами диацереина оказывает сдерживающее влияние на снижение толщины суставного хряща и положительное влияние на локальный воспалительный процесс в коленном суставе при ГА.

ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОЗАМИН СУЛЬФАТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ГОНАРТРОЗА

Симонова О.В., Сухих Е.Н., Тимин М.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Киров, Россия

Введение/цель

Оценить влияние терапии глюкозамин сульфатом (ГС) на качество жизни (КЖ) и темпы рентгенологического прогрессирования гонартроза (ГА) в 18-месячном контролируемом, рандомизируемом исследовании.

Материал и методы

Исследование проведено у 80 больных достоверным диагнозом ГА. 40 больных (I группа) получали ГС 1500 мг/сут (курсами по 3 мес с перерывом на 3 мес), 40 больных (II группа) — ацеклофенак 100–200 мг/сут по требованию. Группы были сопоставимы по основным клиническим и демографическим показателям ($p > 0,05$). Средний возраст пациентов I группы составил $60,8 \pm 6,8$ года, II — $58,2 \pm 6,6$ года. Длительность заболевания до 5 лет наблюдалась у 37% больных I группы, у 50% — II группы. Стаж болезни от 6 до 10 лет выявлен у 37,5 и 40% больных соответственно. Более 10 лет — у 25 и 10% больных соответственно. Все пациенты имели II (50%) или III (50%) рентгенологическую стадию ГА. Для оценки рентгенологического прогрессирования исследовали степень сужения рентгенологической суставной щели (РСЩ) и наличие остеофитов (ОФ) исходно, через 12 и 18 месяцев наблюдения. КЖ изучали по шкале SF-36 до лечения, через 6, 12, 18 месяцев терапии.

Результаты/обсуждение

При анализе рентгенологического прогрессирования к 18 месяцу терапии статистически значимое сужение РСЩ ($p < 0,001$) и отрицательная динамика ОФ ($p < 0,01$) отмечены только во II группе пациентов, имеющих III стадию. У пациентов с II стадией статистически значимого сужения РСЩ не выявлено ни в одной из групп, хотя во II группе, по сравнению с I, наблюдалась более отчетливая отрицательная динамика. Оценка показателей КЖ на фоне проводимой терапии ГС показала, что выявлено статистически значимое улучшение всех шкал КЖ ($p < 0,05$) при II стадии ГА и положительная динамика ($p < 0,05$) по шкалам физического функционирования, ролевого физического функционирования, боли, жизнеспособности и ролевого эмоционального функционирования при III стадии ГА. Достоверного изменения показателей КЖ во II группе на фоне лечения не наблюдалось, причем при III стадии ГА в данной группе показатели практически не отличались от исходных.

Выводы/заключение

Терапия ГС, по сравнению с ацеклофенаком, сдерживает темпы рентгенологического прогрессирования

и имеет преимущество в отношении улучшения показателей КЖ больных ГА.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ СТРОНЦИЯ РАНЕЛАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ, СТРАДАЮЩИХ СТЕРОИДОЗАВИСИМЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Симонова О.В., Тимин М.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Киров, Россия

Введение/цель

Оценить эффективность и переносимость стронция ранелата (СР) при лечении остеопороза (ОП) у женщин в менопаузе, страдающих стероидозависимым ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы

Исследование проведено у 27 женщин достоверным РА. Средний возраст составил $64,8 \pm 6,3$ года, стаж суставного синдрома – $14,8 \pm 7,9$ года. У всех пациенток была менопауза не менее 2 лет. Преобладали женщины с высокой (8) или умеренной (16) степенью активности болезни, имеющие системные проявления (10). Все больные были серопозитивны по ревматоидному фактору и имели стероидозависимость. Большинство больных принимали преднизолон более 10 лет ($9,8 \pm 6,2$). Средняя суточная доза преднизолона составляла $9,8 \pm 3,0$ мг. Все больные имели установленный или тяжелый ОП по критериям ВОЗ (Т-критерий $\leq -2,5$). 5 больных имели переломы позвонков, 3 – лучевой кости и 1 – шейки бедра. СР применяли в дозе 2 г/сут в течение 12 мес. На всем протяжении исследования все пациентки дополнительно получали 1000 мг кальция и 800 МЕ витамина Д3 в сутки. Для диагностики ОП и мониторинга терапии выполнялась рентгеновская денситометрия на аппарате Lunar DPX Pro, рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника, определяли уровень кальция, фосфора, остеокальцина, С-терминального телопептида коллагена I типа. Оценку болей в спине проводили по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты/обсуждение

К 18 месяцу наблюдения на фоне лечения отмечена стабилизация размеров суставного хряща у больных I группы ($p > 0,05$) и уменьшение ($p < 0,05$) высоты суставного хряща на $-0,35$ мм у пациентов со II стадией и $-0,32$ мм с III стадией ГА во II группе. Значимое уменьшение объема выпота ($p < 0,05$) и толщины синовиальной оболочки ($p < 0,05$) выявлено только у больных I группы. В I группе явления синовита уменьшились у 64% больных со II стадией ГА и у 50% с III стадией. Во II группе явления синовита уменьшились у 40% и 43% во II и III стадии соответственно. При анализе размеров остеофитов и ширины суставной щели статистически значимых изменений не получено ни в одной из групп, но отмечено увеличение размеров остеофитов во II группе на $+0,2$ мм при ГА III стадии.

Выводы/заключение

Полученные данные свидетельствуют о клинической эффективности и хорошей переносимости СР для лечения ОП у женщин в менопаузе, страдающих стероидозависимым РА, что позволяет рекомендовать его у данной категории больных, при отсутствии противопоказаний.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБАНГИИТОМ

Скрябина Е.Н., Сафонова В.Н.

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

Введение/цель

До настоящего времени ведение больных облитерирующим тромбангиитом (ОТА) сводилось к использованию оперативного лечения у 68% из них с тяжелыми калечащими последствиями, вызванными большой частотой ампутаций (50%). Целью настоящего исследования явилось изучение возможностей консервативного доступного и неинвалидирующего метода лечения больных.

Материал и методы

Было проанализировано лечение 34 больных ОТА (31 мужчина и 3 женщины) в течение 3 лет: 15 из них (I группа) – в ревматологическом отделении и 19 (II группа) – в сосудистом отделении ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов). Средний возраст больных составил $37,13 \pm 7,17$ года. Все пациенты были курильщиками со средним стажем курения $24,12 \pm 8,86$ года. Больным проводилось общеклиническое исследование крови, острофазовых показателей, свертывающей системы и липидного спектра крови; ЭКГ, ЭхоКГ, дуплексное исследование сосудов.

Результаты/обсуждение

Пациенты двух групп были сопоставимы по степени поражения артерий нижних конечностей, преимущественно дистальных (по 58 окклюзированных артерий у пациентов каждой группы), объему оперативного лечения, проведенного до начала наблюдения (64,5% и 66,2% соответственно, $p > 0,05$). Вместе с тем у 62% пациентов II группы были проведены повторные операции, что свидетельствует о не совсем ясной роли использованных хирургических вмешательств. У пациентов I группы удалось полностью избежать оперативного лечения, значительно улучшить качество жизни больных. Положительный эффект консервативной терапии определялся прежде всего использованием противовоспалительной терапии у всех больных: преднизолон и метотрексат внутрь, при необходимости – пульс-терапия циклофосфаном и метипредом. В лечении больных использовались блокаторы кальциевых каналов, два антиагреганта, антигипоксические и мембраностабилизирующие средства, при присоединении инфекции – иммуноглобулины и антибиотики. В I группе отказалось от курения 76,9% больных, во II – 35,7% пациентов.

Выводы/заключение

Хирургический метод лечения, являясь по сути симптоматическим, не может считаться оптимальной тактикой ведения больных ОТА. Комплексное медикаментозное лечение – доступный и эффективный метод терапии больных ОТА, позволяющий избежать инвалидирующих операций и замедлить прогрессирование заболевания, улучшить качество жизни пациентов.

НОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Сорока Н.Ф., Тушина А.К.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Введение/цель

На основании данных клинических, лабораторных показателей, а также генетического типирования пациентов с РА выявить факторы риска развития вторичного амилоидоза почек.

Материал и методы

В исследовании участвовали 45 пациентов с РА, осложненным вторичным амилоидозом (1-я группа) и 59 пациентов с РА без наличия данного осложнения (2-я группа). Диагноз амилоидоза почек был подтвержден после нефробиопсии. Нами был проведен анализ клинических особенностей и лабораторных показателей пациентов обеих групп, а также исследование полиморфизма гена SAA1 и выявление *C. trachomatis* как наиболее частой сопутствующей инфекции при РА, влияющей на клиническое течение заболевания.

Результаты/обсуждение

Среди лиц с осложнением РА в виде амилоидоза почек носителями генотипа α/α являются 43 из 45 (95,6%), в то время как среди больных РА этот генотип встречается в 32,2% случаев, что в 2,9 раза реже ($\chi^2=31,1$; $P<0,001$). При вычислении показателя «отношение шансов» (ОШ) для генотипа SAA1 α/α получено значение 45,26 (доверительный интервал – ДИ 9,9–206,8). По нашим данным, у пациентов с РА и сопутствующим риском развития вторичного амилоидоза имеются некоторые клинические особенности: в дебюте заболевания достоверно чаще поражаются коленные суставы ($P=0,03$) и реже – мелкие суставы кисти ($P=0,02$), при этом отмечается асимметричность суставного синдрома ($P=0,002$). Известно, что такой вариант дебюта суставного синдрома зачастую связан с наличием ассоциированной хламидийной инфекции. Вероятно, этим же фактом обусловлена недостаточная эффективность проводимой терапии БПВП среди пациентов с развитием вторичного амилоидоза почек. Более того, в данной группе пациентов имела необходимость дополнительного применения глюкокортикоидных гормонов в средней суточной дозировке 10–20 мг ($R=0,54$, $P<0,001$). Таким образом, у 38 (84,4%) из 45 пациентов с РА, осложненным вторичным амилоидозом почек, на том или ином этапе заболевания выявлялась *C. trachomatis*, в то время как во 2-й группе ассоциация *C. trachomatis* и РА выявлена лишь у 10 (16,9%) из 59 обследованных. Показатель ОШ составляет 26,6 (ДИ 9,26–76,37). При анализе совокупности влияния генотипа SAA1 α/α и инфекции *C. trachomatis* показатель ОШ возрастает до 55, что свидетельствует об их синергичном влиянии на риск развития вторичного амилоидоза при РА.

Выводы/заключение

Для развития вторичного амилоидоза у пациентов с РА важнейшими факторами риска являются наличие генотипа SAA1 α/α и инфекции *C. trachomatis*.

АНАЛИЗ ПО ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ И МНОЖЕСТВЕННЫМ ПРИЧИНАМ СМЕРТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ЖИТЕЛЕЙ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Сороцкая В.Н., Никитина Е.С.,
Плахова А.О., Вайсман Д.Ш.

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

Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное ревматическое воспалительное заболевание синовиальной оболочки суставов с системными проявлениями, которое имеет тенденцию к росту, и по официальным данным, в 2015 г. в структуре первичной заболеваемости болезнями костно-мышечной системы (БКМС) составило 6,8%, а в структуре смертности – 25,3%.

Материал и методы

Использована база данных по смертности жителей Тульской области за 2015 г., полученная с помощью автоматизированной системы регистрации смертности, позволяющей автоматически выбирать первоначальную причину смерти в соответствии с правилами МКБ-10. Расчеты показателей и структуры смертности производились обычными статистическими методами.

Результаты/обсуждение

В базе данных (БД) Тульской области за 2015 г. сохранилась информация о 79 чел., умерших от БКМС, из них – 18 умерших от РА по первоначальной причине смерти (ППС), что составило 22,8%. Проведен анализ по множественным причинам смерти (МПС): в БД содержится информация еще о 8 пациентах с РА, первоначальной причиной смерти у которых были выбраны другие заболевания. По данным медицинских свидетельств о смерти (МСС) была проведена экспертная оценка их оформления и переывбор ППС с учетом правил МКБ-10. Из 8 пациентов у 7 в качестве ППС должен был быть выбран РА. Таким образом, в структуре смертности РА составил 25 (31,6%) человек (второе ранговое место). Из 38 конкурирующих причин смерти наибольшую долю имеют: патология почек – 9 (23,7%), болезни органов кровообращения – 8 (21,1%), болезни органов пищеварения – 5 (13,2%), интоксикация – 4 (10,5%), пневмония – 3 (7,9%) и амилоидоз – 2 (5,3%). Имеются дефекты оформления МСС (неполные логические последовательности или отсутствие их).

Выводы/заключение

1. Неправильный выбор ППС без учета правил МКБ-10 приводит к занижению доли РА в структуре смертности от БКМС (по данным за 2015 г. – на 8,8%), а следовательно, и показателя смертности. 2. Анализ по МПС показал, что наибольшую долю среди конкурирующих причин составили: патология почек (23,7%), болезни органов кровообращения (21,1%) и болезни органов пищеварения (13,2%). Эта информация необходима для решения вопросов тактики лечения тяжелых пациентов и снижения смертности от РА. 3. Дефекты оформления МСС снижают возможности анализа по МПП.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ МЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ

Спиваковская А.Ю., Черненко Ю.В.,

Захарова Н.Б., Спиваковский Ю.М.

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

Введение/цель

Нарушение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) является одним из основных проявлений ювенильного артрита (ЮА). Цель работы – оценить показатели, характеризующие метаболизм костной ткани у пациентов с суставной формой ЮА.

Материал и методы

В исследование включено 56 больных суставным вариантом ЮА (30 – с олигоартикулярным вариантом заболевания, 26 – с полиартикулярным вариантом), средний возраст – $9,54 \pm 3,34$ года, 20 мальчиков, 36 девочек. У всех пациентов изучали показатель, характеризующий процесс костной резорбции – С-телопептиды молекул коллагена I типа (CrossLab) (CL) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Во всех группах определялись показатели концентрации витамина D (25-гидроксивитамина D₃) в сыворотке крови и проводилась ультразвуковая денситометрия. Полученные данные сравнивались с результатами, определенными в группе детей с вегетативной дисфункцией, не имеющих признаков воспалительных заболеваний (группа сравнения).

Результаты/обсуждение

По результатам денситометрии выявлены показатели, превышающие $Z = -2,0$ SD в 50% случаев при олигоартикулярной форме ЮА и в 45,5% случаев полиартикулярного варианта ЮА. При изучении обеспеченности витамином D в группе олигоартритов в 44% случаев выявлена его недостаточность и в 27,7% – дефицит. У пациентов с полиартритами соответственно: недостаточность – в 34,6%, дефицит – в 61,5% случаев. В контрольной группе в подавляющем числе случаев превалировала недостаточность витамина D (85%), дефицит отмечался только в 10% ($p < 0,05$). Показатели CL, характеризующие костную резорбцию, в группе олигоартритов были повышены в 93,3%, в группе полиартритов – в 100%.

Выводы/заключение

Таким образом, у пациентов с ЮА отмечаются признаки нарушения МПКТ, при этом изменение биохимических показателей значительно превалировало над возможностями метода инструментальной диагностики (денситометрия). Оценка показателей метаболизма костной ткани может быть рекомендована для исследования уже на ранних стадиях заболевания, что позволит проводить их своевременную коррекцию.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА EQ 5D, ВКЛАД БОЛИ

Старкова А.С., Амирджанова В.Н.

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

Введение/цель

Пронализировать особенности пациентов, которые оценили свое качество жизни как «хуже смерти» по опроснику EQ 5D.

Материал и методы

В исследование включено 42 больных РА, которые получали терапию БПВП, преимущественно метотрексатом (MT) в средней дозе $15,0 \pm 2,7$ мг не менее 6 месяцев до начала терапии ТЦЗ, ГК – 59,5% больных в средней дозе $7,5 \pm 2,22$ мг/сут в пересчете на преднизолон с недостаточным эффектом. Перед коррекцией терапии пациенты заполняли опросник КЖ EQ 5D. Хорошему качеству жизни соответствовало значение индекса EQ 5D более 1, а очень низкому – менее 0 баллов. 12 пациентов характеризовали свое качество жизни – «хуже смерти». С целью выявить особенности этих больных все пациенты по значениям индекса EQ-5D были разделены на 2 группы. В первую группу ($n=12$) были включены больные, значение индекса которых было отрицательным или равным 0, вторую ($n=30$) – с EQ-5D >0 . В обеих группах оценивались индексы активности DAS28, SDAI, CDAI, RAPID3, боль по ВАШ.

Результаты/обсуждение

Группы были сопоставимы по полу, возрасту длительности заболевания, проводимой терапии. Среднее значение индекса EQ 5D в первой группе составило $-0,02$ [$-0,02$; $-0,02$] (Me, 25%–75%), во второй $0,52$ [$0,52$; $0,52$]. Низкий индекс КЖ у всех пациентов первой группы был связан с невозможностью осуществлять повседневную деятельность. В этой группе больных отмечался достоверно более высокий уровень боли (75,0 [61,0; 86,0] мм и 66,0 [48,0; 71,0] мм соответственно, $p=0,02$), более высокие значения индексов SDAI, CDAI.

Выводы/заключение

Определяющим фактором низкого КЖ у больных РА был выраженный болевой синдром и невозможность выполнять повседневную деятельность.

ФИЗИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО ДАННЫМ ДЕТСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Степаненко Н.Ю., Шелепина Т.А.

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

Введение/цель

Прогресс в медикаментозной терапии ревматологических заболеваний у детей обеспечил существенное улучшение функционального статуса пациентов. Однако физическая и социальная активность, уровень которой определяет качество жизни пациентов, не всегда соответствует функциональным возможностям. Цель – оценка уровня физической и социальной активности пациентов детского ревматологического отделения.

Материал и методы

120 пациентов (90 девочек, 30 мальчиков), госпитализированных в детское отделение НИИР им. В.А. Насоновой, среди которых 89 пациентов с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА), 31 – с различными системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ). Анкета, направленная на выявление активности пациентов в различных социальных сферах и готовности к самостоятельной физической реабилитации.

Результаты/обсуждение

85 пациентов (65,4%) госпитализированы повторно. Субъективная оценка самочувствия удовлетворительная у 114 (87%) пациентов. Обучаются в учебных учреждениях 104 (82,5%), на домашнем обучении находятся 22 (17,5%) па-

циентов. Ежедневно совершают прогулки 82 (62,6%) ребенка. Оказывают посильную помощь дома 70 (53,4%) детей. Регулярно выполняет физические упражнения 61 (46,6%), при этом мышечный аппарат устраивает 85 (64,9%) пациентов. Отношение окружающих чувствуют к себе как к здоровому 56 (60,9%), как к больному 11 (11,9%). Отмечают, что требования окружающих снижаются только в период обострения заболевания 25 (27,2%) детей. При этом сами пациенты ожидают от окружающих отношения к себе как к здоровому — 67 (69,1%), как к тяжело больному — 4 (4,1%). Считают, что требования к ним должны быть снижены только в период обострения 26 (26,8%) пациентов. Выбрали себе профессию или задумываются о ней 32,2% опрошенных детей.

Выводы/заключение

Обращает внимание снижение физической активности пациентов при относительно удовлетворительной социальной активности. Необходимо проведение работы с пациентами и их родителями, направленной на разъяснение важности разумной физической активности во всех сферах деятельности.

BONE CHARACTERISTICS OBTAINED BY DUAL-ENERGY X-RAY ABSORPTIOMETRY SCANNING AND FRACTURE RISK IN ANKYLOSING SPONDYLITIS

Stoilov R.M.¹, Ivanova M.G.¹, Boyadzhieva V.V.¹, Kundurdzhiev T.G.², Stoilov N.R.¹, Dimitrov N.I.³

¹Clinic of Rheumatology, University Hospital «St. Iv. Rilski», Medical Faculty, Medical University, Sofia, Bulgaria; ²Faculty of Public Health, Medical University, Sofia, Bulgaria; ³Clinic of Orthopedics and Traumatology, University Hospital «Prof. Dr. St. Kirkovich», Medical Faculty, Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria

Background

In ankylosing spondylitis (AS) two enhanced but opposite bone remodeling processes occur in close vicinity within the spine — pathologic new bone formation in the cortical bone of the vertebrae, zygapophyseal joints, spinal ligaments and excessive loss of trabecular bone mass in the centre of the vertebral body leading to osteoporosis. AS is associated with an increased prevalence of vertebral fractures. Objectives: To explore the associations between risk of fracturing assessed by FRAX tool and bone parameters obtained by DXA imaging in order to establish their added role in fracture prediction in AS.

Material and Methods

Four bone parameters — lumbar spine bone mineral density (LS BMD) and trabecular bone score (TBS), femoral neck BMD and TBS T-score obtained from DXA images were measured in 89 AS patients (41 males and 48 females). The 10-year probability of hip fracture and major osteoporotic fracture (MOF) for each patient was assessed by using the FRAX® tool.

Results

When considering all three T-score measurements, 22.5% of the patients had at least one measurement within the densitometric osteoporosis. TBS calculation demonstrated declined mean TBS values (1.34±0.1), suggesting bone microarchitecture deterioration. The multiple logistic regression analysis emphasized the relationship between the risk of major clinical fracture and LS BMD. This risk was decreased in AS patients with higher spine BMD and this protective effect was evident (OR=0.641, 95% CI 0.45–0.92, p=0.017). Also, it was significantly increased with aging OR=1.083 (95% CI 1.03–1.14, p=0.001). Two main factors (spine BMD and age) independently predict hip fracture probab-

ility (R²=0.265), while TBS and TBS T-score appeared not to be significant variables in a multiple linear regression models.

Conclusions

BMD of the lumbar spine in anterior-posterior projection predicted both types of fractures in AS patients and hence, has more value of differentiation of fracture risks assessments, while LS TBS had not the added ability to account for increased fracture risk.

ДИНАМИКА УРОВНЯ АДИПОКИНОВ И ЦИТОКИНОВ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ НА ФОНЕ УМЕНЬШЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЬНЫХ

Стребкова Е.А., Алексеева Л.И.

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

Введение/цель

Оценить динамику уровня лептина, ИЛ-6, ФНО α и их взаимосвязь с клиническими проявлениями остеоартрита (ОА) коленных суставов (КС) при снижении массы тела на фоне терапии орлистатом.

Материал и методы

В исследовании участвовало 50 женщин 45–65 лет с ОА КС II–III стадий и ожирением (ИМТ>30 кг/м²). 1 группа (n=25) принимала орлистат 120 мг 3 раза/сут в сочетании с гипокалорийной диетой и выполнением физических упражнений в течение 6 мес. Больные 2-й группы (n=25) находились на гипокалорийной диете в сочетании с выполнением физических упражнений в течение 6 мес. Всем больным проводилась оценка антропометрических параметров, оценивался индекс WOMAC и индекс качества жизни EQ-5D. Лептин, ИЛ-6, ФНО α определялись в сыворотке крови с помощью ИФА исходно и через 6 мес терапии орлистатом.

Результаты/обсуждение

В результате проведенной терапии ожирения в 1-й группе масса тела снизилась на 10,07% (p<0,05), во 2-й группе — на 0,84% (p>0,05). Исходно больные обеих групп не отличались (p>0,05) по уровню лептина, ИЛ-6 и ФНО α . У больных 1-й группы через 6 мес отмечено уменьшение лептина (p=0,05), которое коррелировало с уменьшением массы тела (r=0,5, p=0,02), улучшением клинических проявлений ОА (снижение показателей WOMAC: боль r=0,5, p=0,01; скованность r=0,4, p=0,04; функциональная недостаточность r=0,4, p=0,03; суммарный WOMAC r=0,5, p=0,01) и обратно коррелировало с повышением качества жизни по EQ-5D (r=-0,4, p=0,03). В 1-й группе на фоне терапии орлистатом отмечено снижение ИЛ-6 (p<0,05). У больных обеих групп определялись высокие уровни ФНО α . В 1-й группе достоверно отмечено снижение ФНО α (p=0,14). У больных 2-й группы на фоне не медикаментозной терапии ожирения и сохранения прежнего веса уровень лептина, ИЛ-6, ФНО α не изменился. Корреляционные связи ИЛ-6, ФНО α с изменением массы тела и клиническими проявлениями ОА в двух группах не выявлены.

Выводы/заключение

На фоне терапии орлистатом и снижения массы тела у больных ОА КС отмечено значимое снижение лептина и ИЛ-6. Выявлена прямая взаимосвязь снижения лептина и уменьшения массы тела, улучшения клинических проявлений ОА КС, а также обратная — с повышением уровня качества жизни больных. В связи с чем снижение массы тела на фоне медикаментозной терапии ожирения не только

влечет за собой улучшение клинических проявлений ОА, но и способствует уменьшению синтеза воспалительного медиатора лептина, ИЛ-6, что, возможно, приводит к снижению метавоспаления при ОА и ожирении.

ТАРГЕТНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЕ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Суспицын Е.Н.^{1,2}, Соколенко А.П.^{1,2}, Костик М.М.¹,
Казанцева А.Ю.¹, Дубко М.Ф.¹, Имянитов Е.Н.^{1,2,3}

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБУ
«Научно-исследовательский институт онкологии
им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-

Петербург, Россия;

³ФГБОУ ВО «Северо-Западный
государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-

Петербург, Россия

Введение/цель

Системные аутовоспалительные заболевания (САВЗ) характеризуются существенной генетической гетерогенностью. Диагностику затруднена сходством симптоматики у пациентов с разными нозологическими формами, а также необходимостью тестирования нескольких генов.

Материал и методы

В исследование вошли 18 пациентов с неклассическим течением САВЗ, которым ранее было проведено исследование полной кодирующей последовательности генов MVK, NLRP3, TNFRSF1A и экзона 10 гена MEFV, и мутации не были обнаружены. С целью дальнейшего улучшения эффективности ДНК-диагностики проводилось таргетное секвенирование нового поколения с обогащением по 302 генам, ассоциированным с развитием первичных иммунодефицитов и аутовоспалительных синдромов.

Результаты/обсуждение

Высокопенетрантные мутации в генах САВЗ были выявлены в 3 случаях. Еще у 10 пациентов обнаружены редкие варианты с неясной функциональной значимостью или известные мутации с низкой пенетрантностью в генах MEFV, NLRP12, NOD2, LPIN2.

У пациентов с низкопенетрантными мутациями заболевание, как правило, протекало относительно благоприятно, и они не нуждались в генно-инженерной биологической терапии. Напротив, для больных с высокопенетрантными мутациями были характерны более тяжелое течение заболевания и потребность в терапии ингибиторами ИЛ-1.

Выводы/заключение

Таргетное секвенирование повышает эффективность ДНК-диагностики САВЗ. В ряде случаев наличие низкопенетрантных мутаций или их сочетаний позволяет объяснить симптоматику пациентов с неклассической картиной САВЗ. Работа поддержана за счет гранта РФФ 15-15-00079.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ПРОСПИДИНОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Сухих Е.Н., Симонова О.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский
университет» Минздрава России, Киров, Россия

Введение/цель

Функциональный статус (ФС) больных анкилозирующим спондилоартритом (АС) – важнейший показатель,

зависящий от клинических особенностей заболевания и от эффективности проводимой терапии. Цель – провести сравнительный анализ влияния различных видов базисной терапии (БТ) на показатели ФС больных АС.

Материал и методы

Исследование проведено у 63 больных (11 женщин и 42 мужчины) с достоверным диагнозом АС. Средний возраст пациентов $34,8 \pm 7,2$ года. Центральная форма АС выявлена у 26, периферическая – у 37 больных. Активность у 5 больных соответствовала I степени, у 37 – II, у 21 – III. По стадии сакроилеита АС больные распределились следующим образом: I – 4, II – 32, III – 24, IV – 3 пациента. 33 больных (I группа) получали проспидин (Пр) в стационаре в дозе 200–300 мг/нед в/в №4, поддерживающую терапию проводили амбулаторно Пр в дозе 100–200 мг/нед в/м. 30 больных (II группа) получали метотрексат (МТ) в дозе 10 мг/нед в/м. Срок наблюдения составил 1, 3, 6, 12 мес. Для оценки влияния препаратов БТ на показатели ФС у больных АС использовали: общий опросник состояния здоровья HAQ, опросник для спондилоартритов HAQ-S, индекс BASFI.

Результаты/обсуждение

На фоне терапии Пр положительная динамика показателей ФС наблюдалась уже на стационарном этапе лечения (3–4-я неделя): HAQ ($1,7 \pm 0,8 - 0,6 \pm 0,5$, $p < 0,05$), HAQ-S ($1,53 \pm 0,75 - 1,0 \pm 0,5$, $p < 0,05$), BASFI ($3,9 \pm 1,6 - 3,0 \pm 1,1$, $p < 0,05$). Положительный эффект терапии нарастал к 3–6-му месяцу и сохранялся при дальнейшем наблюдении (12 мес). В II группе больных, получавших МТ, улучшение показателей происходило заметно медленней (к 2–3-му месяцу терапии) и было менее выражено по сравнению с I группой. Достоверные положительные результаты HAQ и HAQ-S получены к 3-му месяцу терапии МТ ($1,4 \pm 0,7 - 0,8 \pm 0,4$ и $1,84 \pm 0,4 - 1,3 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$), BASFI – к 6-му месяцу ($3,75 \pm 1,7 - 2,9 \pm 0,8$, $p < 0,05$).

Выводы/заключение

Терапия Пр по сравнению с терапией МТ у больных АС оказывает более раннее и выраженное положительное влияние на показатели ФС.

ВЛИЯНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН

Сырбу О.

Государственный университет медицины
и фармацевтики им. Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) – хронический воспалительный процесс, который часто ведет к преждевременной потере трудоспособности. Цель исследования – установление влияния АС на трудоспособность и качество жизни пациенток.

Материал и методы

Было обследовано 60 женщин с достоверным диагнозом АС, в возрасте 18–60 лет, за период 2008–2011 гг. Были изучены демографические характеристики, клинические формы болезни, радиологические характеристики, трудоспособность, род занятий пациенток. Влияние АС на качество жизни было определено на основании опросника Short Form 36 (SF-36). Помимо восьми разделов SF-36, были подсчитаны «Общий счет физических компонентов» (Physical Component Summary, PCS) и «Общий счет психических компонентов» (Mental Component Summary, MCS). Результаты сравнили с контрольной группой женщин,

одинаковой по возрасту. Все пациентки заполнили опросники Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) и Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), которые оценивают функциональную активность заболевания.

Результаты/обсуждение

У женщин с АС средние величины оценок всех восьми разделов SF-36 были снижены, что указывает на снижение качества жизни. В значительной мере была снижена оценка психического и социального статуса. Всего 30% пациенток работали, остальные 70% были на пенсии или не работали после 14 лет длительности заболевания. Средние величины BASDAI и BASFI были значительно выше в группе с длительностью заболевания более 10 лет, по сравнению с группой с течением заболевания менее 10 лет. Было выявлено значительное снижение пенсионного возраста у пациенток с преимущественно физическим типом работы, поражением шейного отдела позвоночника, присутствием коксита, снижением подвижности (BASMI). Корреляционный анализ выявил связь между потерей трудоспособности и возрастом, физической нагрузкой, вовлечением шейного отдела позвоночника, кокситом и поражением глаз.

Выводы/заключение

Большинство пациентов с АС теряют трудоспособность при длительности заболевания более 10 лет. При оценке опросником SF-36 качество жизни значительно снижено во всех обследуемых разделах, но преимущественно психосоциальных. Возраст, род занятий и степень подвижности являются решающими факторами в потере трудоспособности у пациенток с СА.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ ТОЛЬКО АНТИТЕЛ К β_2 -ГЛИКОПРОТЕИНУ I

Талако Т.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Введение/цель

Антифосфолипидный синдром (АФС) – это аутоиммунное заболевание, характеризующееся рецидивирующими венозными и/или артериальными тромбозами, акушерской патологией и наличием в крови антифосфолипидных антител (аФЛ). Среди пациентов с АФС лица, позитивные по одному виду аФЛ, имеют значительно более низкий риск рецидивирования тромбозов или потерь беременности по сравнению с множественной позитивностью, в особенности при выявлении всех трех видов аФЛ. Цель – изучить клинические проявления АФС в зависимости от вида выявляемых в крови аФЛ.

Материал и методы

В исследование включено 78 пациентов с верифицированным АФС (Сидней, 2006). Всем пациентам проводилось обследование на наличие аФЛ и оценка проявлений АФС на момент осмотра. Антитела к кардиолипину (анти-КЛ) IgG и IgM, к β_2 -гликопротеину I (анти- β_2 -ГП I) IgG и IgM определяли методом иммуноферментного анализа; волчаночный антикоагулянт (ВА) – в коагуляционных тестах. Среди пациентов с АФС были отобраны моно-позитивные лица – наличие только анти- β_2 -ГП I (n=16) и три-позитивные лица – наличие анти-КЛ, анти- β_2 -ГП I и ВА (n=16) и проведен сравнительный их анализ.

Результаты/обсуждение

Проявления АФС на момент осмотра (суммарно), а также поражения кожи (в отдельности) значительно реже встречались у моно-позитивных пациентов (F=0,40, p=0,001 и F=0,15, p=0,033 соответственно). По остальным исследуемым параметрам (различные поражения кожи, неврологические проявления, за исключением случаев остро нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, снижение количества тромбоцитов) отличий выявлено не было. Вероятность возникновения различных видов поражения кожи оказалась в 5,5 раза выше у три-позитивных пациентов с АФС: ОШ=5,57 (1,13–27,52).

Выводы/заключение

У пациентов с АФС моно-позитивность по анти- β_2 -ГП I характеризуется низким тромбогенным риском и, как следствие, низкой вероятностью возникновения клинических и лабораторных проявлений заболевания.

СОДЕРЖАНИЕ Т-РЕГУЛЯТОРНЫХ КЛЕТОК У ПАЦИЕНТОВ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Талако Т.М., Сорока Н.Ф.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Введение/цель

В последнее время особое внимание уделяется Т-регуляторным клеткам (Т-рег), которые контролируют иммунный гомеостаз посредством супрессии пролиферации и продукции цитокинов иными Т-клетками, подавляя аутоиммунный ответ. Изменение количества и функциональной активности Т-рег описано при некоторых аутоиммунных заболеваниях. Цель – изучить содержание Т-рег и их взаимосвязь с антифосфолипидными антителами у пациентов с антифосфолипидным синдромом (АФС).

Материал и методы

В исследование включено 23 пациентки с АФС в возрасте от 24 до 38 лет. Группу контроля составили 12 практически здоровых женщин в возрасте от 25 до 42 лет. Определение содержания Т-рег (CD4+CD25+CD127-), CD3+CD4+ клеток и CD3+CD8+ клеток в периферической крови проводилось методом проточной цитофлуориметрии. Антитела к кардиолипину (анти-КЛ) класса G и M, к β_2 -гликопротеину I (анти- β_2 -ГП I) класса G и M определяли методом иммуноферментного анализа; волчаночный антикоагулянт (ВА) – в коагуляционных тестах.

Результаты/обсуждение

Среднее содержание Т-рег (от общего количества лимфоцитов) у пациентов с АФС (Me; 25–75%) составило 0,0065 (0,0042–0,0088)×10⁹/л и было значимо ниже по сравнению с контрольной группой: 0,0138 (0,011–0,0152)×10⁹/л (p=0,031). По количеству CD3+CD4+ клеток обе группы были сопоставимы: пациенты с АФС – 0,6753 (0,4413–0,8185)×10⁹/л, контрольная группа – 0,7992 (0,6124–0,8784)×10⁹/л. Содержание CD3+CD8+ клеток также значимо не отличалось между группой АФС и контролем: 0,6753 (0,4413–0,8185)×10⁹/л и 0,4276 (0,3240–0,5451)×10⁹/л соответственно. Наиболее низкое содержание Т-рег (0,001–0,003×10⁹/л) обнаружено у 6 пациентов с АФС с уровнем ВА ≥1,6 ед. Пациенты группы исследования с уровнем Т-рег менее 0,0057×10⁹/л (n=13) имели явления васкулопатии и умеренную тромбоцитопению среди клинических проявлений АФС. Пациенты с более высоким уровнем Т-рег не имели признаков васкулопатии. Наблюда-

лась сильная положительная корреляция между содержанием Т-рег и уровнем анти- β_2 -ГП I IgM ($R=0,72$, $p=0,018$).

Выводы/заключение

У пациентов с АФС значимо снижено количество Т-регуляторных клеток в крови по сравнению со здоровыми лицами. Выявлена взаимосвязь между уровнем Т-рег и содержанием анти- β_2 -ГП I IgM. Васкулопатия чаще имеет место у пациентов с более низким уровнем Т-рег в крови.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Дыдыкина И.С., Подворотова М.М., Демин Н.В., Смирнов А.В., Насонов Е.Л.

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

Введение/цель

Выделить основные факторы риска (ФР) развития остеопороза (ОП) у женщин, страдающих РА.

Материал и методы

В исследование включена 261 женщина с РА (по критериям ACR 1987) в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст—56,8±11,4 года). Всем больным проведено унифицированное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование в рамках многоцентровой программы: «ОП при РА: диагностика, ФР, переломы, лечение». Оценка минеральной плотности кости (МПК) в осевом скелете осуществлялась методом двухэнергетической рентгеновской денситометрии. У женщин, находящихся в постменопаузальном периоде ($n=210$), учитывался Т-критерий, у женщин с сохраненным менструальным циклом ($n=51$) — Z-критерий.

Результаты/обсуждение

Больные были распределены на две группы: с ОП — 154 (59%) женщины и без ОП — 107 (41%). Больные с ОП были старше пациенток без ОП (59,5±10,8 и 52,9±11,2 года, $p=0,0001$), имели большую длительность РА (12 (7–20) и 9 (6–15) года, $p=0,001$) и более выраженные деструктивные изменения при оценке по Шарпу (168,5 (96,5–216,5) и 93,5 (53,5–136,5) балла, $p<0,001$).

Выводы/заключение

Длительность РА, функциональная недостаточность по HAQ, среднесуточная доза ГК за прошедший год, менопауза и низкоэнергетический перелом являются значимыми факторами в развитии ОП у женщин с РА.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С СОХРАНЕННЫМ МЕНСТРУАЛЬНЫМ ЦИКЛОМ, СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Дыдыкина И.С., Подворотова М.М., Смирнов А.В., Насонов Е.Л.

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

Введение/цель

Выделить основные факторы риска (ФР) развития остеопороза (ОП) у женщин с сохраненным менструальным циклом, страдающих РА.

Материал и методы

Обследована 51 женщина с сохраненным менструальным циклом в возрасте от 20 до 51 года (средний возраст — 41,1±7,9 года) с РА (по критериям АКР). Всем больным проведено унифицированное клиническое, лабораторное и ин-

струментальное обследование в рамках многоцентровой программы: «ОП при РА: диагностика, ФР, переломы, лечение». Оценка минеральной плотности кости в осевом скелете осуществлялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии осевого скелета, учитывался Z-критерий. По наличию/отсутствию ОП больные были разделены на 2 группы: с ОП — 16 (31,4%) и без ОП — 35 (68,6%).

Результаты/обсуждение

Сравнительный анализ двух групп показал, что больные с ОП достоверно были моложе пациенток без ОП (36,9±10 и 42,8±6,3 года, $p=0,02$). Клинические проявления воспалительной активности (среднее значение индекса DAS 28 и hsCRP) были статистически значимо выше среди пациенток с ОП (соответственно 4,9±1,4 и 4,2±1,1, $p=0,049$; 27,8 (10,8–43,5) и 7,4 (1,4–22,7) мг/л, $p=0,02$). У них достоверно чаще встречались высокие значения DAS 28 (50 и 20,6%, ОР=2,4, 95% ДИ 1,1–5,5, $p=0,03$). Большинство пациенток в каждой группе имели выраженные деструктивные изменения на рентгенограммах кистей и стоп, однако при ОП счет сужений щелей суставов (97(62,5–121) и 73,5(53–87), $p=0,02$) и суммарный счет по Шарпу (98 (64,5–183) и 89 (63–112), $p=0,03$) были достоверно выше. Больные с ОП чаще получали ГК перорально (81,3 и 37,1%, ОР=2,2, 95% ДИ 1,3–3,6, $p=0,004$) и в виде пульс-терапии (56,3 и 25,7 %, ОР=2,2, 95% ДИ 1,1–4,5, $p=0,04$), имели большую суммарную дозу — 18,8 (8,1–30,7) и 6,4 (0,8–14,1) г.

Выводы/заключение

У молодых женщин до менопаузы с РА основными ФР развития ОП являются активность РА и доза ГК (прием ГК не менее 3 мес), поэтому должно проводиться своевременное лечение, направленное на снижение активности РА и достижение ремиссии, с целью предотвращения развития ОП.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ И СУСТАВОВ СТОП ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Ткаченко И.В., Журавлева М.О., Чернышева Т.В.

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

Введение/цель

Оценить информативность ультразвукового исследования голеностопных суставов и суставов стоп для диагностики реактивного артрита (РеА) в амбулаторных условиях.

Материал и методы

В исследование включены 30 больных в возрасте от 17 до 65 лет с диагнозом РеА (женщин — 70%, мужчин — 30%), удовлетворяющим диагностическим критериям, принятым на III Международном совещании по РеА в Берлине в 1996 г. Острое течение отмечалось у 14 (46,7%) пациентов, хроническое — у 16 (53,3%). Преобладала высокая степень активности процесса. Всем проводилось клиническое, лабораторное, бактериологическое, иммунологическое, рентгенологическое обследование. УЗИ голеностопных и мелких суставов стоп проведено на аппарате Toshiba Nemio SSA-580 А линейным датчиком 7,5 МГц.

Результаты/обсуждение

По данным УЗИ явления синовита голеностопных суставов наблюдались у всех больных РеА, а синовит мелких суставов стоп — у 53,3%, преимущественно таранно-ладьевидных сочленений. Периартрит был диагностирован у 80%

больных, в виде умеренных асимметричных теносиновитов, преимущественно медиальной и латеральной групп сухожилий, а также бурсит ахиллового сухожилия (30%). Подошвенный фасциит наблюдался у 43,3% пациентов, с эрозивным компонентом кортикального контура пяточной кости – у 6,7%, поверхностные эрозии в плюсне-фаланговых суставах – у 20%. Снижение толщины гиалинового хряща преимущественно голеностопных суставов, его неровность, являющиеся признаками дегенеративных изменений, наблюдались у 26 (86,7%) больных. В то же время рентгенологические изменения аналогичного патологического процесса в виде сужения суставной щели диагностированы лишь в 33,3% случаев. У 20% больных РеА обнаружены пяточные шпоры как при рентгенографии, так и при УЗИ.

Выводы/заключение

УЗИ характеризуется высокой информативностью в диагностике РеА. Чувствительность данного метода составила 93,8%, специфичность – 96,8%, точность – 92,1%. Наряду с выявлением асимметричных экссудативных изменений в суставах и периартикулярных тканях важным и типичным признаком для изучаемой ревматической патологии является незначительное равномерное утолщение синовиальной оболочки, отсутствие ее гиперваскуляризации, а также характер редкого поверхностного эрозивного процесса. Указанные признаки, а также раннее выявление сопутствующих дегенеративных изменений ставит его на первое место среди инструментальных методов диагностики РеА в амбулаторной службе.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА ОСТЕОАРТРИТА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Трифорова Е.П., Зонина Е.В., Сазонова О.В.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Введение/цель

Изучить клинические особенности течения остеоартрита (ОА), ассоциированного с сахарным диабетом 2-го типа (СД2).

Материал и методы

В исследование включено 94 больных ОА, из которых 56 – с сопутствующим СД2 (возраст 62 (53,7–66,2) в группе с изолированным ОА и 63 (58,2–69) года при сочетании с СД2, продолжительность ОА 5 (3–7,2) и 4,5 (3–8) года, масса тела 71,5 (66,5–79,2) и 91,5 (82,2–102,4) кг, объем талии 78,5 (75,7–87) и 106,5 (100–116) см, ИМТ 27,1 (24,4–29) и 33,5 (31–38,9) м²/кг соответственно). Всем пациентам выполнена рентгенография для верификации диагноза ОА и оценки степени тяжести заболевания. Оценка функционального статуса, общего состояния здоровья, боли и скованности проводилась по системам оценки FHOA, KOOS, HOOS, WOMAC Knee, Hip, SF-36, ВАШ.

Результаты/обсуждение

Пациенты с ОА и СД2 характеризуются высоким уровнем боли по ВАШ ($p=0,0019$), который наиболее выражена в коленных (WOMAC Knee $p=0,0003$) и тазобедренных суставах (WOMAC Hip $p=0,0004$). У пациентов с сопутствующим СД2 значимо страдает общее самочувствие/здоровье (SF-GH $p<0,0001$), дольше сохраняется скованность в коленных (WOMAC $p=0,0093$), тазобедренных (WOMAC $p=0,0308$) суставах в утренние часы. Показатели функцио-

нальной активности значительно ниже, что отражается на выполнении различных физических нагрузок, повседневной деятельности и работы (системы оценки HOOS, KOOS, SF-PF). Больные ОА с коморбидностью по СД2 менее способны к выполнению физических упражнений. Оценка тяжести течения заболевания врачом достоверно выше при ОА и СД2 ($p<0,0001$).

Выводы/заключение

Пациенты с ОА и сопутствующим СД2 имеют более выраженные болевые ощущения вне зависимости от выраженности морфологических изменений по данным лучевых методов исследования, значимые нарушения общего состояния здоровья и функциональных возможностей по результатам оценки объективизированных шкал, опросников и в сравнении с пациентами без нарушений углеводного обмена.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ИНЪЕКЦИЙ ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ОКОЛОСУСТАВНЫХ ТКАНЕЙ

Удовика М. И.

ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Ульяновской области», Ульяновск, Россия

Введение/цель

Оценка эффективности и безопасности периартикулярного введения гиалуроната натрия (ГН) при заболеваниях мягких околоуставных тканей.

Материал и методы

Проведено открытое клиническое исследование по оценке эффективности периартикулярных инъекций ГН (2%, 1,6 мДа; 40 мг/0,2 мл) при заболеваниях мягких околоуставных тканей. В исследовании приняли участие 108 пациентов (73 (68%) женщин и 27 (32%) мужчин, средний возраст – 54,33±11,14 года) с периартикулярными заболеваниями (эпикондилиты плеча; трохантерит; синдром вращающей манжеты плеча; теносиновит длинной головки бицепса; анзеринный бурсит), подтвержденными данными клинического и ультразвукового исследования. В группу сравнения вошли 102 пациента (62 (61%) женщины и 38 (39%) мужчин, средний возраст – 53,31±8,51 года) с аналогичными основной группе заболеваниями мягких околоуставных тканей, которым однократно была проведена околоуставная инъекция глюкокортикоидов пролонгированного действия в сочетании с местным анестетиком. Исследование состояло из 4 этапов, оценивались боль по ВАШ при движениях, функциональная способность согласно опроснику SF-8, общее состояние, нежелательные реакции. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с использованием программы Statistica Base 6.0.

Результаты/обсуждение

При сравнении альгофункциональных показателей в обеих группах к концу исследования отмечено статистически значимое снижение интенсивности боли при движениях по ВАШ у пациентов, получавших периартикулярные инъекции ГН: 7,36±1,24 – в основной группе и 31,32±7,03 – в группе сравнения ($p=0,0009$). У пациентов основной группы к концу курса терапии отмечено значительное улучшение общего состояния: с 2,0740±0,2631 при 2-м визите до 1,0280±0,1659 при 4-м визите ($p=0,0002$), в группе сравнения через 6 мес после курса терапии не отмечено статистически значимой динамики общего состояния: с 2,6470±0,4802 до 2,0294±0,6959 ($p=0,56$). При динамическом наблюдении к концу исследования функциональные

показатели у пациентов основной группы значительно улучшились по сравнению с группой контроля ($p < 0,001$). У пациентов основной группы, получивших 2 периартикулярные инъекции ГН 40 мг/2,0 мл, не было выявлено нежелательных реакций и рецидивов заболеваний мягких околосуставных тканей к концу исследования.

Выводы/заключение

Положительный эффект от лечения наблюдался уже через одну неделю после первой околосуставной инъекции ГН, достигалось быстрое купирование боли, сохранявшееся до конца исследования. Отмечено значительное улучшение функциональных показателей, общего состояния и качества жизни у больных, получивших локальную терапию ГН при отсутствии нежелательных реакций.

ПАЦИЕНТЫ С СИНДРОМОМ БЛАУ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА-РЕВМАТОЛОГА В РОССИИ

Федоров Е.С.¹, Шаповаленко А.Н.¹, Салугина С.О.¹, Каменец Е.А.², Никишина И.П.¹, Медынцева Л.Г.¹

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

²Медико-генетический научный центр, Москва, Россия

Введение/цель

Синдром Блау (СБ) — моногенное наследственное заболевание, возникающее вследствие мутации в гене паттерн-распознающего рецептора NOD2/CARD15, фенотипически проявляющейся триадой в виде полиартрита, дерматита и увеита. Относится к гранулематозным аутовоспалительным заболеваниям. Тип наследования: аутосомно-доминантный. Цель исследования — описать клинические проявления и течение заболевания у первых пациентов с СБ в России, подтвержденным молекулярно-генетически.

Материал и методы

Использовались общепринятые в детской ревматологии клинические и лабораторно-инструментальные методы обследования, молекулярно-генетический анализ гена NOD2/CARD15. Поиск мутаций осуществлялся методом прямого автоматического секвенирования с исследованием 4-го экзона гена NOD2/CARD15 и прилежащих интронных областей.

Результаты/обсуждение

СБ был диагностирован нами у 2 пациентов. Оба пациента — мальчики, русские по этнической принадлежности, в семьях которых других случаев СБ не выявлено. Заболевание у них дебютировало на 2-м году жизни. У пациента 1 первым проявлением был гранулематозный орхит, у пациента 2 — мелкоточечная сливная сыпь, оставляющая после себя шелушение и пигментацию. У обоих пациентов ведущим признаком был симметричный полиартрит с поражением преимущественно крупных суставов с выраженным экссудативным компонентом и вовлечением периартикулярных тканей, с отсутствием болевого компонента и сохранной функцией (boggy-arthritis). У пациента 2 также отмечался гранулематозный увеит обоих глаз, кератит, осложненная катаракта. Пациент 1 имел повторяющиеся эпизоды фебрильной лихорадки. Повышения острофазовых маркеров ни у одного не отмечалось, РФ и АНФ были отрицательны. При молекулярно-генетическом исследовании гена NOD2/CARD15 определены мутации с.1000C>T (p.R334W) и с.1001G>A (p.R334Q), локализованные в 4-м экзоне и приводящие к замене аминокислоты в 334 позиции белкового продукта гена. В биоптате ткани яичка и синовию лучезапястного сустава у пациента 1 выявлены сар-

коидные гранулемы. Лечение адалимумабом и тоцилизумабом у пациента 1 было неэффективным.

Выводы/заключение

СБ может встречаться у пациентов детского возраста в России. Ранний возраст дебюта, характерное суставное поражение, сочетание с гранулематозным увеитом позволяет провести дифференциацию с ювенильным идиопатическим артритом. Помощь в диагностике могут оказать данные морфологического исследования пораженных тканей. Диагноз подтверждается обнаружением мутаций гена NOD2/CARD15.

ИНТЕРЛЕЙКИНЫ 8 И 10 ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Федорович С.Е.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Введение/цель

Интерлейкины играют ведущую роль в регуляции иммунного ответа при ревматоидном артрите (РА). Цель — изучить содержание провоспалительного интерлейкина 8 (ИЛ 8) и противовоспалительного интерлейкина 10 (ИЛ 10) в крови пациентов с РА и поражением легких.

Материал и методы

В исследовании принимали участие 30 пациентов с РА: 14 мужчин и 16 женщин. Средний возраст участников составлял $50,6 \pm 2,0$, длительность болезни была $8,0 (2,0–19,0)$ лет. Всем пациентам выполняли компьютерную томографию легких высокого разрешения (КТ ВР). К поражениям легких при РА относили ревматоидные узелки в легочной ткани, поражения интерстициальной ткани (сетчатый легочный рисунок, симптом «матового стекла», «сотовое» легкое), поражения дыхательных путей (бронхоэктазы, буллезная эмфизема, пневмофиброз). Сывороточную концентрацию ИЛ 8 и 10 определяли методом иммуноферментного анализа и измеряли в пг/мл.

Результаты/обсуждение

По данным КТ ВР поражения легких были обнаружены у 80% обследованных пациентов с РА (у 24 из 30 пациентов). В зависимости от наличия поражений легких или отсутствия такового все пациенты были разделены на две группы. Первую группу ($n=24$) составили пациенты с поражениями легких при РА, во вторую группу ($n=6$) вошли пациенты с РА без поражения легких. Были получены статистически значимые различия между группами по содержанию ИЛ 8 [$24,0 (9,0–48,2)$] в первой группе и [$6,4 (0–12,6)$] во второй группе, $p=0,028$. Содержание ИЛ 10 [$1,8 (9,9–16,5)$] в первой группе и [$8,4 (5,5–11,0)$] во второй группе, $p=0,041$. Нас интересовало, какой тип поражения легких в наибольшей степени изменяет продукцию цитокинов при РА. Для этого первую группу пациентов ($n=24$) с поражением легких разделили на 3 подгруппы: 1) пациенты с ревматоидными узелками в легких ($n=5$); 2) пациенты с поражением интерстициальной ткани ($n=9$); 3) пациенты с поражением дыхательных путей ($n=10$). У пациентов с интерстициальным поражением легких при РА содержание ИЛ 8 оказалось значимо выше, чем у пациентов остальных подгрупп [$33,3 (19,4–54,3)$] vs [$16,3 (5,3–43,2)$] и [$18,9 (6,5–33,6)$] у пациентов первой и третьей подгрупп соответственно; $\chi^2=9,6$, $p=0,022$. Содержание же ИЛ 10 статистически не различалось в разных подгруппах: [$15,2 (10,1–18,7)$] во второй подгруппе vs [$11,1 (10,0–14,3)$] и [$11,3 (8,4–15,2)$] у пациентов первой и третьей подгрупп.

Выводы/заключение

Поражение легких у пациентов с ревматоидным артритом стимулирует продукцию провоспалительного цитокина ИЛ 8. Содержание противовоспалительного цитокина ИЛ 10 заметно не повышается. Наиболее высокий уровень ИЛ 8 обнаружен у пациентов с РА и интерстициальным поражением легких.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩИХ КРЕМНЕ-ГРЯЗЕВЫХ ВАНН, РЕЛАКСАЦИОННОГО МАССАЖА И ДИНАМИЧЕСКОЙ ФОТОТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ХАРАКТЕРА
Федулова Е.А., Погребная М.В., Копылова Л.Г., Пчельникова Т.А., Куцына З.А., Еременко С.И.

ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», Благовещенск, Россия

Введение/цель

В ГАУЗ АО АОКБ с 2014 г. применяется сочетание природных и преформированных факторов для лечения дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата. Целью работы явилось применение общих кремне-грязевых ванн, релаксационного массажа и динамической фототерапии для уменьшения периода реабилитации пациентов.

Материал и методы

Для процедуры использовали препарат, полученный из сапропеля озера Шитовское, путем перевода в водорастворимое (физиологически активное) состояние гуминовых и кремнистых соединений. Методом пролечено 76 больных остеоартрозом и 54 – остеохондрозом. Из них 46 мужчин и 84 женщины. Средний возраст $46,2 \pm 5,6$ года. Длительность заболевания – от 6 мес до 5 лет. Контрольная группа – 20 пациентов, не получавших данную терапию. Сапропель применялся в виде общих и четырехкамерных ванн объемом 200 л, количество препарата – 200 мл, температура воды – от 36 до 37 °С. Длительность процедуры – от 10 до 20 мин. Кратность – через день, 8–10 ванн на курс. По окончании процедуры – последующий отдых 30–40 мин. Ванны сочетались с сеансами роликового вибрационно-теплового механического массажа с применением вертебрального тренажера «СВИНГ-машина». Для проведения процедуры использовали аппарат «ОРМЕД-релакс». Общее время воздействия – от 15 до 30 мин. Высота роликов – от 10 до 40 мм. Интенсивность вибрации роликомассажеров – от 30 до 70 Гц. Температура обогрева поверхности кушетки 35°С. Курс – 10–12 процедур ежедневно. С интервалом в 60 мин проводилась динамическая фототерапия от аппарата АДФТ-4-«РАДУГА». Применяли синий цвет с длиной волны 450–480 нм, зеленый – 510–550 нм. Добавляли красный цвет, длина волны – 620–800 нм и желтый – 550–585 нм. Зоны воздействия: область позвоночного столба, крестца, через день – облучение боковых поверхностей крупных (коленных) суставов ног. Производилось 10–15 процедур в непрерывно-пульсирующем режиме облучения длительностью 10–12–16–20 мин.

Результаты/обсуждение

Показана эффективность применения данной методики: у 47,8% пациентов с остеоартрозом и у 54,6% с остеохондрозом отмечено уменьшение болевого синдрома, околоуставного отека и нормализация артериального давления к 3-му сеансу терапии; купирование болевого синдрома и нормализация сна – с 5-го сеанса у 78,8%, увеличение объема движений – у 80% больных к 7–8-й процедуре, вос-

становление нормальной осанки и статики – к 10-й процедуре у 96,8% пациентов.

Выводы/заключение

Применение данного сочетанного метода может быть рекомендовано для восстановления и уменьшения периода реабилитации больных дегенеративными заболеваниями крупных суставов и позвоночника в лечебно-профилактических учреждениях.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Филимонова О.Г., Симонова О.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Киров, Россия

Введение/цель

Цель исследования – изучить особенности качества жизни (КЖ) и функционального статуса у пациентов с псориатическим артритом (ПсА).

Материал и методы

Исследование проведено у 108 больных с достоверным диагнозом ПсА, согласно критериям CASPAR. Преобладали женщины (57,4%), средний возраст составил $49,8 \pm 9,9$ года. Длительность суставного синдрома составила $9,2 \pm 8,1$ года, стаж кожного псориаза $18,1 \pm 13,9$ года. У большинства пациентов наблюдался вульгарный очаговый (51,9%) и распространенный (39,8%) псориаз в стационарной (45,4%) или прогрессирующей (54,6%) стадии. Больные имели преимущественно II степень активности заболевания (70,4%). У пациентов преобладал полиартритический вариант суставного синдрома (66,6%), II рентгенологическая стадия болезни (52,8%) и II степень функциональной недостаточности (64,8%). У трети больных наблюдались экстраартикулярные проявления заболевания. На момент исследования большинство пациентов получали базисную терапию: метотрексатом (50%) или сульфасалазином (15,7%). КЖ больных изучали по шкале SF-36, HAQ (функциональный статус) и DLQI (дерматологический индекс качества жизни). Показатели КЖ пациентов с ПсА сравнивали с популяционными нормами, которые были получены в рамках проекта «МИРАЖ».

Результаты/обсуждение

При изучении особенностей КЖ у больных ПсА было выявлено, что значения по всем шкалам опросника SF-36 были ниже, чем в популяции ($p < 0,001$), что соответствует данным единичных исследований КЖ при ПсА. У больных ПсА в наибольшей степени изменялись показатели физического здоровья (физическое функционирование, боль, общее здоровье). Были обнаружены многочисленные корреляционные связи между шкалами SF-36 и клиническими характеристиками больных (активностью заболевания, суставным индексом, числом болезненных и припухших суставов, степенью функциональной недостаточности, болью, утомляемостью и самочувствием по визуальной аналоговой шкале ($p < 0,01$ и $p < 0,05$)). Значения по опросникам HAQ и DLQI находились в пределах минимальных изменений, что связано, возможно, с небольшой продолжительностью заболевания и ограниченным характером псориаза.

Выводы/заключение

Таким образом, в период активности ПсА значительно ухудшается КЖ больных: страдает физическое, психологическое здоровье, нарушается их социальное функционирование. Выраженность нарушений по опросникам КЖ коррелирует с основными показателями активности воспалительного процесса.

БОЛЕЗНЬ ШЕГРЕНА: ОТ ДЕБЮТА ДО ЛИМФОМЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)**Финоженок В. Г., Инамова О. В.***СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», Санкт-Петербург, Россия***Введение/цель**

Заболелаемость болезнью Шегрена (БШ) — от 4 до 250 случаев на 100 тыс. Лимфоидные инфильтраты синтезируют поликлональные Ig (Ig A, Ig G), что в 15–20% сменяется синтезом олиго- и моноклональных Ig (IgG, IgM) с развитием неходжкинской лимфомы (НХЛ). При БШ летальность в 34,5% обусловлена НХЛ. Цель — изучить течение заболевания и предикторы развития НХЛ на клиническом примере.

Материал и методы

Пациентка Т., 1973 г. р., 08.2004 г. возникли миалгии и артралгии, пурпура, онемение кончиков пальцев, сухость в глазах и во рту, АИТ, гипотиреоз, острый гайморит и бронхит, интерстициальные изменения в легких, внутригрудная ЛАП, плеврит и перикардит. Пульмонологом и фтизиатром исключен саркоидоз легких и туберкулез. Нв 117 г/л, л. 3,9 • 10⁹/л, СОЭ 54 мм/ч, повышение АЛТ, АСТ, ЩФ, СРБ 6144 мг/л, о. белок 56 г/л (65–85 г/л), незначительное повышение р 1 и р 2 глобулинов, Ig в пределах нормы, РФ 1 /32768(1/30), АНФ 1 /2048 (1 /160), обнаружены АТ к Ег, Le, Tr. SSA 64,4 U/ml, SSB 31,1U/ml (до 25U/ml), криоглобулины — отриц. Проба Ширмера 6 мм, стоматолог — ксеростомия, сиалоденит. Диагноз: болезнь Шегрена, п/о течение, акт 3. Терапия: преднизолон 40 мг/сут, далее 10 мг/сут, азатиоприн 150 мг/сут. С 2007 до 2008 г. — интервальная пульс-терапия солумедрол и циклофосфан (суммарно 6 г). С 01.2009 эндоксан 400 мг/нед. С 05.2009 нарастание титра IgM с 2,93 до 3,8 (0,5–2,8 г/л), снижение С4 с 0,3 до 0,01. В 09.2009 — отметила припухание в области подчелюстной слюнной железы, по КТ ОГК увеличение внутригрудных л/у, биопсия слюнной железы с ИГХ — верифицирована диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома с выраженной плазмодифференцировкой 4A ossae стадии. Получила ПХТ по схеме СНОР, R-СНОР. Дистанционная лучевая терапия на область л/у средостения и периферических л/у. Отмечен регресс периферических л/у и узлов средостения.

Результаты/обсуждение

Представлено течение заболевания с постоянной клинико-иммунологической активностью и развитием преимущественно внежелезистых системных проявлений.

Выводы/заключение

Снижение фракции С4 и повышение IgM можно расценить как предикторы развития НХЛ.

ТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА, АССОЦИИРОВАННАЯ С ВРОЖДЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ ADAMTS13**Фроленко А.Л.¹, Савостьянов К.В.²,****Цыгин А.Н.², Каган М.Ю.¹***¹ГБУЗ «Областная детская клиническая больница», Оренбург, Россия; ²ФГАУ «Научный центр здоровья детей», Москва, Россия***Введение/цель**

Врожденная тромбоцитическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП), или синдром Апшоу–Шульмана, — редкое заболевание, обусловленное дефицитом ADAMTS13.

Дефицит этой протеазы проявляется с первых месяцев жизни повторными эпизодами тромбоцитопении и микроангиопатической гемолитической анемии.

Материал и методы

Мальчик 7 лет поступил в связи с бледностью, петехиями и экхимозами. Родители являются двоюродными сибсами. Брат ребенка умер в 10 дней от неясных причин. Сестра 16 лет и родители пациента здоровы. Неонатальный период протекал с гипербилирубинемией, в роддоме проведена гемотрансфузия. Со 2-го месяца — легкая тромбоцитопения. В 2-летнем возрасте впервые появились петехии и экхимозы. Диагностирована идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП), получал лечение курсом внутривенного IgG. Тромбоцитопения в сочетании с анемией сохранялись. На этом фоне развился эпизод желудочно-кровоотечения, перелита свежзамороженная плазма (СЗП), уровень тромбоцитов нормализовался. Через месяц вновь развилась тромбоцитопения и анемия, ретикулоцитоз, повышение непрямого билирубина, мочевины, креатинина, уровня ЛДГ. В общем анализе мочи протеинурия, расценена как осложнение гемолиза. Пункция костного мозга выявила гипертрофию мегакариоцитарного ростка. Антинуклеарные антитела, антитела к двуспиральной ДНК, антитела к односпиральной ДНК — отрицательные, прямая реакция Кумбса — отрицательная. В лаборатории общей физиологии Института биологии развития им. Кольцова г. Москвы определена активность ADAMTS 13 менее 1%. Ингибиторные антитела к ADAMTS13 не обнаружены. В лаборатории молекулярной генетики и клеточной биологии Научного центра здоровья детей г. Москвы проведено молекулярно-генетическое исследование. В экзоне 08 обнаружена ранее не описанная делеция с.943_974del в гомозиготном состоянии, приводящая к сдвигу рамки считывания и аминокислотной замене р.Phe315Glnfs*64. По данным компьютерного анализа (Alamut Visual) эта мутация является патогенной, приводящей к нарушению функции белка. Ребенку назначены инфузии СЗП по 10 мл/кг в течение 2 дней подряд. Через несколько дней ребенок выписан из стационара с нормальными лабораторными показателями. Рекомендовано проводить инфузии СЗП в дозе 10 мл/кг каждые 2 нед.

Выводы/заключение

Данный клинический случай демонстрирует важность точного диагноза при ТТП.

РОЛЬ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА (АНКЕТИРОВАНИЯ) В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ОМС**Фурсова В.А., Кошукова Г.Н., Петров А.В., Гнатенко Т.Г., Агутова К.В., Степанюк Л.Н.***ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», Симферополь, Россия***Введение/цель**

Качество оказания медицинских услуг зависит от множества причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации сотрудников к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. В последние годы большое значение придается проведению специаль-

ных социологических исследований для совершенствования качества медицинской помощи с целью повышения доступности и качества бесплатных медицинских услуг для населения и «развитие института общественного контроля».

Материал и методы

В течение 2016 г. проводился ежемесячный социологический опрос (анкетирование) в целях изучения удовлетворенности доступностью, качеством и условиями оказания стационарной медицинской помощи при осуществлении ОМС больных ревматологического отделения ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко». В анкетировании анонимно и на добровольной основе приняло участие 508 пациентов в возрасте от 18 до 78 лет, использовалось типовое приложение к Методическим рекомендациям по проведению независимой оценки качества работы государственных учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения. Качество полученной медицинской помощи пациенты оценивали по 5-балльной шкале с присвоением от 1 – минимального до 5 – максимальных баллов. Результаты анкетирования фиксировались в специально разработанной форме сбора информации – карте экспертной оценки качества медицинской помощи.

Результаты/обсуждение

Респонденты распределились следующим образом: по месту жительства: город – 57,5%, село – 42,5%; по возрасту: 18–39 лет – 22%, 40–60 лет – 64% и старше 60 лет – 14% респондентов, т. е. преобладали лица работоспособного возраста. По социальному статусу преобладали работающие пациенты (58%), неработающие пациенты распределились следующим образом: пенсионеры по инвалидности – 23%, пенсионеры по возрасту – 13%, учащиеся – 6%. Полную удовлетворенность медицинской помощью отметили 91% респондентов, не в полной мере – 8,6% и не удовлетворены – 0,4% пациентов. Качество полученной медицинской помощи было оценено следующим образом: 5 баллов – 82,1%, 4 балла – 13,4%, 3 балла – 4,3%, 2 балла – 0,2% и 1 балл – 0%. Никто из опрошенных оплату каких-либо медицинских услуг не производил. В итоге 96% пациентов рекомендовали обращение в данное медицинское учреждение.

Выводы/заключение

Анкетирование является доступным, недорогим методом внутреннего контроля оценки качества лечебно-диагностического процесса на различных уровнях и может применяться как механизм мотивации медицинских работников.

ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ

Хабижанова В.Б., Байсеитова А.М.,

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Введение/цель

При подагре наблюдается широкий спектр метаболических нарушений. Цель – изучение эффектов метформина на метаболические сдвиги у пациентов с подагрой.

Материал и методы

В исследование было включено 55 пациентов с подагрой и МС. Среди больных 46 (83,6%) мужчин, 9 (16,4%) женщин. Пациенты были разделены на две группы: контрольную из 20 больных, не получавших лечения метфор-

мином, и основную – 35 больных, получавших метформин. Возраст больных подагрой ($56,11 \pm 1,90$ и $55,31 \pm 2,02$) и длительность заболевания ($9,1 \pm 1,30$ и $10,08 \pm 1,30$) в обеих группах были сопоставимы. Терапия начиналась с разовой дозы метформина 850 мг/сут, повышалась после 2 нед до 1500 мг. Всем больным проводилась антропометрия (рост, вес, ОТ, ОБ), определялись уровни АД и б/х показатели – мочевая кислота, креатинин, сахар, липидный спектр и гликолизированный гемоглобин перед назначением метформина и через 3 и 6 мес лечения.

Результаты/обсуждение

Переносимость метформина как отличную отмечали 90% больных, удовлетворительную – 10%. Уровень HbA1c в основной группе достоверно снизился к 3-му месяцу лечения с $6,91 \pm 0,31$ до $5,51 \pm 0,24$ ($p < 0,05$), через 6 мес – $5,40 \pm 0,20$ %. В контрольной группе уровень HbA1c до лечения – $6,9 \pm 0,26$ %, через 3 мес – $6,85 \pm 0,24$ %, через 6 мес – $6,87 \pm 0,25$ %, т. е. без заметных сдвигов. Сывороточный уровень МК в основной группе пациентов снизился к 3-му месяцу с $591,57 \pm 48,79$ до $454,57 \pm 48,62$ мкмоль/л ($p < 0,05$), к 6 мес – до $400,21$; в контрольной же – уровень оставался без динамики – $556,75 \pm 35,03$, $530,98 \pm 42,03$, $534,68 \pm 38,9$ мкмоль/л. К 3-му месяцу терапии метформином в основной группе достоверно увеличился уровень ХС-ЛПВП (с $0,81 \pm 0,05$ до $0,98 \pm 0,06$ ммоль/л), тогда как в контрольной – на прежнем уровне за весь период наблюдения ($0,87 \pm 0,06$, $0,88 \pm 0,06$ и $0,88 \pm 0,06$ соответственно). Снижение уровня ЛПНП в основной группе отмечалось лишь к 6-му мес лечения – с $3,82 \pm 0,28$ до $3,40 \pm 0,09$ ммоль/л, $p < 0,05$. В основной группе ОТ/ОБ имело тенденцию к снижению, однако без достоверной разницы. Нами не обнаружены отрицательные эффекты препарата, в том числе на функцию почек (СКФ до лечения – $64,86 \pm 1,03$ мл/мин/1,73 м², через 3 мес – $72,41 \pm 2,1$, через 6 мес – $74,66 \pm 1,3$, $p < 0,01$). Уровень систолического АД в контрольной группе пациентов, получавших по необходимости гипотензивную терапию, снизился достоверно через 3 мес наблюдения, в основной – через 6 мес.

Выводы/заключение

Терапия метформином у пациентов с подагрой и МС позволила добиться снижения гиперурикемии (в среднем на 20%), а также и риска ССЗ, положительно влияя на их факторы риска (дислипидемию, АГ).

ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ

Хакимова Р.А., Алиахунова М.Ю.,

Хан Т.А., Исламова Д.Н.

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

Введение/цель

Целью данного исследования явилось изучение состояния нервно-мышечного аппарата у больных анкилозирующим спондилитом (АС).

Материал и методы

В исследование было включено 30 больных с диагнозом АС. Все пациенты наблюдались на базе РСНПМЦТ и МР. Средний возраст больных составил 36 ± 3 года. Продолжительность болезни 9 ± 3 года. Диагноз был верифицирован по модифицированным Нью-Йоркским критериям. Перед исследованием определяли биоэлектрическую ак-

тивность покоя в проксимальных и дистальных мышцах верхних и нижних конечностей, мышц спины. Затем определяли максимально произвольное мышечное сокращение (maximal voluntary contraction — MVC) при локтевом сгибании, отведении большого пальца кисти, тыльном сгибании стопы, подошвенном сгибании стопы с обеих сторон. Соответственно ЭМГ-активность регистрировали в *m. biceps brachii*, *m. abductor pollicis brevis*, *m. tibialis anterior*, *m. gastrocnemius*, *m. serratus* на электромиографе «Synapsis» фирмы «NEYROTECH» (Россия) методом накожного отведения в термонейтральных условиях (при температуре воздействия 22 °С). Определялась амплитуда вызванных М-ответов (мВ). Обработку ЭМГ проводили на базе программного обеспечения «Synapsis» (Таганрог, РФ), включая измерение средней амплитуды (мВ).

Результаты/обсуждение

Проведенное электромиографическое исследование показало, что у 20 больных отмечалось повышение амплитуды биопотенциалов прямых мышц спины, рефлекторная тоническая активность. Патологической спонтанной активности во всех исследованных мышцах выявлено не было. У 10 больных по передним большеберцовым мышцам отмечалось снижение амплитуды биопотенциалов и составило 0,87 мВ. При максимальном мышечном напряжении в икроножных мышцах у 14 больных отмечалось умеренное снижение амплитуды биопотенциалов и составило 0,75 мВ. По проксимальным мышцам верхних и нижних конечностей амплитуда оказалась в пределах нормы и составила 3,02 мВ и 3,25 мВ соответственно.

Выводы/заключение

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что у большей группы больных АС отмечались изменения в мышцах спины, характерные для рефлекторного мышечного болевого спазма, вторичные дистрофические изменения дистальных мышц нижних конечностей функционального характера, особенно выраженные на поздних стадиях болезни.

ОЦЕНКА ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ БОЛЬНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Хамроева З.Д., Шукурова С.М., Хамроева М.Г.

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) представляет собой одну из самых актуальных проблем в общетерапевтической практике. Боль при ОА является независимым предиктором прогрессирования болезни и требует проведения анальгетической терапии. Однако доказано, что НПВП при лечении ОА следует назначать с осторожностью в виду ряда возможных побочных явлений. Исследование было направлено на изучение рутинной практики назначения НПВП больным остеоартрозом путем опроса врачей.

Материал и методы

Опрос проводился среди врачей различных сфер деятельности по специально разработанной анкете. Всего в опросе участвовали 274 члена Ассоциации терапевтов Республики Таджикистан в 2013 и 2015 гг. Из их числа 126 (45,9%) врачей стационаров г. Душанбе и 148 (54,1%) врачей различных амбулаторий города.

Результаты/обсуждение

Анализ лечения, назначаемого врачами в реальной клинической практике, показал, что практически все опрошенные (97,8%) считают необходимым применять при ОА НПВП, при этом стоит отметить, что статистически значимых изменений в разрезе лет не выявлено. Из НПВП врачи широко используют диклофенак (64% в 2013 г. и 48,6% в 2015 г.), ибупрофен (38,2 и 37,3%), нимесулид (33,7 и 36,2%) и индометацин (14,6 и 18,9%). Реже назначали лорноксикам, мелоксикам (15,7% в 2013 г. и 18,4% в 2015 г.) и коксибы (14,6 и 8,6%). Среди опрошенных врачей (n=274) фактически всего 9,8% предпочитали назначение ацетоминофена (парацетамола), однако препараты, сочетающие в своем составе ацетоминофен с диклофенаком, назначают около половины респондентов (52,8% в 2013 г. и 48,2% в 2015 г.). Согласно рекомендациям доказательной медицины, степень обоснованности приема н-НПВС за счет развития большого числа осложнений (гастропатий) снижена, однако цифры свидетельствуют о предпочтении среди врачей лечебных учреждений этой группы препаратов. Это можно объяснить как доступностью (низкая цена по сравнению с высокоселективными), так и малой информированностью врачей на местах о разнообразии групп НПВС. Не надо сбрасывать со счетов и тесное «сотрудничество» фармацевтических компаний с врачами, что также негативно сказывается на качестве лечения. Положительно можно оценить снижение комбинированного применения НПВП: от 47,2% в 2013 г. до 31,9% в 2015 г.

Выводы/заключение

Таким образом, препаратами выбора для лечения больных с ОА являются неселективные НПВП в связи с их доступностью и малой информированностью врачей на местах о спектре побочных явлений.

НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ

Хан Т.А., Алиахунова М.Ю.,

Хакимова Р.А., Исламова Д.Н.

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

Введение/цель

В основе патогенеза спондилоартритов и атеросклероза лежит хроническое воспаление. Недавние исследования показали взаимосвязь между отношением уровня триглицеридов и липопротеидов высокой плотности с развитием атеросклероза. Целью данного исследования стало изучение взаимосвязи липидного спектра с изменениями в экстракраниальных отделах брахиоцефального ствола у пациентов со спондилоартритами.

Материал и методы

Было обследовано 28 больных с диагнозом аксиальный спондилоартрит, диагноз верифицирован согласно критериям ASAS (2009). Средний возраст больных составил $32 \pm 5,2$ года. Длительность заболевания в среднем составила $5 \pm 2,3$ года. У всех больных определялись общий анализ крови, липидный спектр крови с определением отношения триглицеридов к липопротеидам высокой плотности (ТГ/ЛПВП), СРБ, толщина комплекса интимы меди (тКИМ) при дуплексном сканировании экстракраниальных отделов брахиоцефального ствола. Контрольную группу составили 15 практически здоровых добровольцев, сопоставимых по возрасту с основной группой.

Результаты/обсуждение

В ходе исследования было выявлено, что дислипидемия наблюдалась у 15 (53,7%). Гиперхолестеринемия диагностирована в 46,7% случаев всех дислипидемий. Уровень ТГ в крови составил в среднем $2,45 \pm 0,2$ ммоль/л, против $1,5 \pm 0,3$ ммоль/л в контрольной группе. При этом отношение ТГ/ЛПВП было выше у лиц основной группы, по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). Согласно данным дуплексного исследования экстракраниальных отделов БЦС тКИМ у пациентов с аксиальным спондилоартритом и повышенным соотношением ТГ/ЛПВП составила $1,01 \pm 0,03$ мм против $0,78 \pm 0,02$ мм в контрольной группе. Таким образом, тКИМ была достоверно выше у пациентов в группе с аксиальным спондилоартритом и высоким отношением ТГ/ЛПВП. Также наблюдалась прямая корреляционная связь с уровнем СРБ, длительностью заболевания, отягощенным семейным анамнезом и курением, что свидетельствует о фундаментальной роли хронического воспаления в развитии атеросклероза.

Выводы/заключение

Соотношения ТГ/ЛПВП и толщины КИМ у пациентов с аксиальным спондилоартритом являются предикторами неблагоприятного исхода по сердечно-сосудистым осложнениям, определение которых играет важную роль в диагностике атеросклероза на ранней стадии.

ДИНАМИКА ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗВЕРНУТЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ АКТИВНОЙ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Хасанзода С.М., Абдулатиф А.,

Саидов Ё.У., Махмудов Х.Р., Хомидов Ф.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Введение/цель

В последние годы установлено, что развитие широкого спектра сердечно-сосудистого континуума у пациентов с ревматоидным артритом (РА) патогенетически связано как с традиционными факторами риска (ТФР) сердечно-сосудистой патологии (КВП), так и с особенностями иммунновоспалительных механизмов, лежащих в основе патогенеза РА и отчасти – КВП. Цель – оценить влияние активной контролируемой терапии, основанной на принципах стратегии Treat to Target (T2T) на состояние ТФР у пациентов с активным развернутым РА.

Материал и методы

В исследование было включено 48 (41 женщина и 7 мужчин) пациентов с активным (активность II и III степени) развернутым РА (средний возраст – $48 \pm 3,4$ года), которые были распределены на 2 группы. В I группу вошли 29 пациентов из группы тщательного наблюдения, у которых на фоне активной контролируемой противовоспалительной терапии было достигнуто состояние низкой активности заболевания (НАЗ)/клинической ремиссии. II группа объединила 19 пациентов, у которых на фоне проводимой терапии в традиционном режиме не было верифицировано состояние НАЗ/клинической ремиссии. Всем обследованным пациентам через 12 мес терапии была проведена комплексная оценка динамики ТФР развития КВП (в рамках шкалы SCORE и SCORE/EULAR).

Результаты/обсуждение

Через 12 мес терапии на фоне ликвидации большинства так называемых РА-обусловленных факторов риска развития (ФР) КВП (прежде всего активность и наличие системных проявлений РА) частота встречаемости артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД) 2-го типа и курения у пациентов I группы достоверно не изменилась, в то же время полученные результаты показали, что у пациентов II группы динамика частоты встречаемости РА-обусловленных ФР, АГ, СД 2-го типа к 12 мес терапии имела противоположный характер. К этому сроку наблюдения у больных II группы на фоне отсутствия существенных положительных сдвигов в динамике клинико-лабораторных параметров активности РА было зарегистрировано увеличение частоты встречаемости АГ (7,7%), СД 2-го типа (3,8%) и гиподинамии (19,2%). Перечисленные патологические сдвиги в динамике ТФР КВП и наличие новых случаев КВП, а также присутствие так называемых РА-обусловленных ФР у пациентов II группы закономерно привели к увеличению количества больных с высоким риском как по шкале SCORE, так и по шкале SCORE/EULAR.

Выводы/заключение

Таким образом, итоги настоящего исследования свидетельствуют о том, что агрессивный контроль воспаления в рамках стратегии T2T у пациентов с активным РА оказывает положительное влияние на динамику ТФР и тесно ассоциируется со снижением риска развития КВП.

АКТИВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДВИЖНОСТЬ ПОЗВОНОЧНИКА И РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ НА ФОНЕ

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ

Хондкарян Э.В., Апаркина А.В.,

Гайдукова И.З., Ребров А.П.

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

Введение/цель

Пациенты с анкилозирующим спондилитом (АС) в сравнении с общей популяцией имеют более высокий риск ранних сердечно-сосудистых событий. Традиционные методы определения сердечно-сосудистого риска не всегда отражают потенциальную угрозу сердечно-сосудистых заболеваний, что ставит необходимость поиска новых маркеров сердечно-сосудистого риска. Цель исследования – установить взаимосвязи между активностью заболевания, нарушением подвижности позвоночника и риском развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с АС на фоне противовоспалительной терапии, включающей глюкокортикоиды (ГК).

Материал и методы

В исследование включили 102 пациента с достоверным АС, принимающих ГК 63 мужчины (возраст $41,7 \pm 12,8$ года, продолжительность АС – 12 [5; 23] лет), исключены больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или наличием атеросклеротических бляшек по данным дуплексного исследования сонных артерий. У всех пациентов рассчитали риск ранних сердечно-сосудистых осложнений (шкала SCORE), определили текущую активность АС (индексы активности ASDAS и BASDAI), под-

вижность поясничного отдела позвоночника во фронтальной плоскости (тест Шобера) и в сагиттальной плоскости, ротацию в шейном отделе позвоночника, расстояние «козелок-стена», экскурсию грудной клетки, расстояние между медиальными лодыжками. Произвели подсчет суммарного индекса подвижности аксиального скелета BASMI.

Результаты/обсуждение

Установили взаимосвязи между величиной индекса SCORE и показателями подвижности осевого скелета – экскурсией грудной клетки (R Спирмена=-0,59; p=0,000), расстоянием «козелок-стена» (R=0,50; p=0,000), ротацией в шейном отделе (R=-0,53; p=0,000), боковой подвижностью позвоночника (R=-0,46; p=0,000), расстоянием между медиальными лодыжками (R=-0,38; p=0,01), тестом Шобера (R=-0,49, p=0,001), индексом BASMI (R=0,55; p=0,000) (расчеты выполнены с поправкой на возраст и пол пациентов). Взаимосвязей между текущей активностью заболевания и риском развития сердечно-сосудистых событий не обнаружено.

Выводы/заключение

Риск развития сердечно-сосудистых событий взаимосвязан с показателями подвижности аксиального скелета, но не с текущей активностью анкилозирующего спондилита у пациентов, принимающих глюкокортикоиды.

ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Хондарян Э.В., Гайдукова И.З.,

Апаркина А.В., Ребров А.П.

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

Введение/цель

Пациенты со спондилоартритами (СПА) подвержены более раннему развитию атеросклероза по сравнению с лицами общей популяции. Это связано как с длительно текущим системным воспалением, так и с возникающими впоследствии нарушениями подвижности позвоночника. Треть всех пациентов со СПА, помимо нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), принимают в различных режимах глюкокортикоиды (ГК), которые вносят самостоятельный вклад в повышение сердечно-сосудистой заболеваемости. Но традиционные методы оценки не всегда позволяют объективно оценить риск развития сердечно-сосудистых событий. Цель исследования – сравнить показатели жесткости сосудистой стенки у пациентов со СПА, принимающих ГК совместно с НПВП, и у пациентов, принимающих НПВП без ГК.

Материал и методы

Обследовано 200 пациентов со СПА (средний возраст – 41,1±12,4 года, 131 (65,5%) мужчина, продолжительность заболевания – 12 [5,0; 20,0] лет, длительность приема ГК – 0,5 [0,25; 2,0] года, средняя доза ГК – 10–20 мг/сут в преднизолоновом эквиваленте). Длительность приема НПВП составила 1,0 [0,5; 2,0] год, индекс приема НПВП за год (индекс ASAS) равен 43,0 [5,47; 75,0] %. Все пациенты разделены на 2 группы: постоянный прием ГК (130 больных) и без приема ГК (70 больных). Из исследования исключены пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, наличием атеросклеротических бляшек по данным дуплексного исследования сонных артерий, с онкогематоло-

гическими заболеваниями, с патологией мочевыделительной системы, с инфекциями. У всех пациентов определяли индекс аугментации в плечевой артерии AxB, в аорте AxAo, скорость пульсовой волны в аорте PWAo (артериография, Тензиоклиник, Венгрия) и индекс жесткости SI (фотоплетизмография, Ангиоскан, Россия).

Результаты/обсуждение

Параметры жесткости сосудистой стенки у пациентов обеих групп не различались: AxB в группе приема ГК составил -44,91 [-62,8; -7,44], без приема ГК он равен -41,28 [-57,44; -11,63], p≥0,05. AxAo у пациентов, принимающих ГК, составил 13,52 [5,9; 29,4], у пациентов без приема ГК он равен 15,06 [8,21; 27,6], p≥0,05. PWAo у пациентов на фоне приема ГК равна 7,06 [6,25; 8,89], без приема она составила 6,76 [6,06; 8,89], p≥0,05. SI у пациентов, принимающих ГК, равен 8,8 [7,4; 10,4], у лиц без приема ГК равен 9,84 [7,76; 10,2], p≥0,05.

Выводы/заключение

Параметры жесткости сосудистой стенки у пациентов, принимающих ГК совместно с НПВП, и у пациентов, принимающих только НПВП, не различаются. Это может быть свидетельством того, что при совместном приеме с НПВП глюкокортикоиды существенно не влияют на риск возникновения сердечно-сосудистых событий.

ГИПОТЕНЗИВНАЯ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Храмцова Н.А., Меньшикова Л.В., Баканач Е.В.

ОГАУЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр», Иркутск, Россия

Введение/цель

В структуре причин преждевременной смертности у больных ревматоидным артритом (РА), как известно, значимый удельный вес занимают кардиоваскулярные заболевания и их осложнения. Высокая частота сердечно-сосудистой патологии среди больных ревматоидным артритом особенно молодого возраста делают эту проблему чрезвычайно актуальной и современной. Цель исследования – изучение частоты и структуры гипотензивной и гиполипидемической терапии у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы

Проведено скрининговое анкетирование и анализ медицинской документации 750 пациентов (161 (21,5%) мужчин, 589 (78,5%) женщин, при соотношении в среднем 1:3), страдающих РА (ARA, 1987 г.). Средний возраст мужчин – 56,2±12,3, женщин – 54±11,7 (p=0,061). Формирование группы проводилось случайным методом в соответствии с репрезентативностью выборки больных РА. На каждый случай заполнялась унифицированная анкета с изучением: частоты и структуры кардиоваскулярной патологии, гипотензивной и гиполипидемической терапии, ее продолжительность, классы назначаемых препаратов, режим медикаментозной терапии.

Результаты/обсуждение

Частота приема гипотензивной терапии у больных РА с установленной артериальной гипертензией составила 50,7%. Регулярный прием статинов подтвердили в среднем лишь 4%. Структура гипотензивных препаратов представлена следующим образом: мочегонные препараты – 33%, ингибиторы АПФ – 25%, антагонисты кальция – 15%, бе-

та-блокаторы 11%, антагонисты рецепторов ангиотензина (сартаны) – 4,7% и другие – 11,3%. Наибольший удельный вес среди назначаемых препаратов занимали мочегонные. Второе место в структуре препаратов разделили блокаторы РААС, антагонисты кальция и бета-блокаторы. В структуре назначаемых ИАПФ максимальный удельный вес занимали: эналаприл (58% среди всех ИАПФ), лизиноприл (35%) и каптоприл (25%). Из назначаемых сартанов наибольший удельный вес составлял лозартан, частота назначения которого достигала 80%. В структуре бета-блокаторов в подавляющем большинстве назначался метопролол, второе место по частоте занимал бисопролол (48 и 39% соответственно). Фиксированные комбинации назначались в 10,9% случаев.

Выводы/заключение

Таким образом, лишь половина пациентов РА, коморбидных по артериальной гипертензии, получали гипотензивную терапию. Прием статинов подтвердили лишь 4% больных РА. Отмечается недостаточное в процентном соотношении назначение фиксированных комбинаций и блокаторов РААС как препаратов с наиболее эффективной органопротекцией.

ДИНАМИКА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Храмцова Н.А., Меньшикова Л.В., Баканач Е.В.

ОГАОЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр», Иркутск, Россия

Введение/цель

Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) – это современная методология оценки состояния регуляторных систем организма, в частности, функционального состояния различных отделов вегетативной нервной системы. Динамика ВСР может быть проявлением общей адаптационной реакции сердечно-сосудистой системы в условиях патологии. При РА показатели вариабельности сердечного ритма коррелируют с активностью заболевания и могут рассматриваться как предикторы кардиоваскулярного риска. Цель исследования – изучение вариабельности сердечного ритма при РА на фоне генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ).

Материал и методы

В исследование включено 32 пациентки с достоверным диагнозом РА (критерии ARA 1987 г.), в возрасте $51,1 \pm 3,5$ года. Критерии исключения: пациенты с тяжелой сердечно-сосудистой патологией, онкологическими заболеваниями, обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, декомпенсированной дисфункцией щитовидной железы. Всем включенным в исследование пациентам в день инфузии инфликсимабом (средняя доза – 3 мг/кг) проводилось суточное мониторирование ЭКГ (Cardioxplore Meditec, Венгрия). К оценке принимались средние показатели ВСР до проведения ГИБТ и через 6 часов после инфузии. Статистический анализ материалов проводился при помощи пакета прикладной программы Statistica 6.0.

Результаты/обсуждение

Получены следующие показатели ВСР у пациентов, страдающих ревматоидным артритом, до и после инфузии

инфликсимабом: SDNN мс 143 [127; 157] и 163 [135; 191], $p=0,004$; SDNNi, мс 60,5 [50; 75] и 67 [55; 82], $p=0,01$; SDANNi, мс 123 [106; 145] и 145 [117; 174], $p=0,005$; NN50, мс 5231 [2368; 12307] и 9072 [4387; 21681], $p=0,008$; TINN, мс 637 [506; 760] и 715 [605; 852], $p=0,02$; ULF, мс² 1118,50 [716; 1630] и 1355 [882; 2578], $p=0,01$; HF, мс² 262 [126; 485] и 318 [161; 723], $p=0,06$; LF/ HF 4,1 [2,91; 5,94] и 3,76 [2,69; 6,44], $p=0,6$. При сравнении показателей ВСР отмечаются достоверные различия до и после инфузии инфликсимаба, в виде повышения SDNN, SDNNi, SDANNi, NN50. По спектральным показателям отмечается подобная убедительная тенденция. Значимое повышение SDNN как общего показателя ВСР отражает активацию всех долговременных компонент и циркадных ритмов после инфузии. Повышение показателей RMSSD свидетельствует о позитивных изменениях ВСР в краткосрочном периоде.

Выводы/заключение

Таким образом, анализ ВСР при РА подтверждает важную роль болезнь-ассоциированных факторов в развитии кардиальной автономной дисфункции. Отмечено статистически значимое повышение параметров вариабельности сердечного ритма в условиях активной патогенетической терапии.

ДИНАМИКА ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Храмцова Н.А., Меньшикова Л.В.,

Грудинина О.В., Петрачкова Т.Н., Янышева А.В.

ОГАОЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр», Иркутск, Россия

Введение/цель

При ревматоидном артрите (РА) серьезные социальные-экономические последствия ассоциируются не только с тяжестью течения основного заболевания, но и с развитием остеопороза. Цель исследования – изучение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) при РА у пациентов, получающих генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ).

Материал и методы

В исследование включено 45 женщин, страдающих РА (ARA/EULAR 2010), средний возраст – 49 [22; 69] лет, продолжительность болезни – 14,4 [2; 21] года. До получения ГИБТ все пациенты соответствовали высокой степени активности РА (DAS 28 $5,5 \pm 3,0$), в преобладающем большинстве II и III рентгенологической стадии 29 (64,4%) и 8 (17,8%) человек соответственно. Ритуксимаб принимали 16 (35,5%) человек, инфликсимаб – 21 (46,7%), адалимумаб – 2 (4,4%), голимумаб – 2 (4,4%), абатацепт – 2 (4,4%), тоцилизумаб – 2 (4,4%). Всем обследуемым ежегодно проводилась рентгеновская остеоденситометрия на аппарате EXCELL XR-46 NORLAND (США).

Результаты/обсуждение

Частота остеопороза до назначения ГИБТ составила 64,4% (29 чел.), остеопения установлена у 17,8% (8), нормальные значения МПКТ – у 17,8% (8). Показатели МПКТ по BMD составили в среднем $0,691 \pm 0,05$ г/см³. Всем обследуемым по показаниям была назначена антирезорбтивная терапия бисфосфонатами (алендронат –

58,3%, ибандронат – 27,5%, золендронат – 19,4%) с обязательным приемом препаратов кальция и витамина D₃. Через год в динамике показатели BMD составили 0,704±0,008 g/cmI (p=0,002). Прирост МПКТ за год наблюдения составил 1,8±0,03%, частота остеопороза – в среднем 48,7%. Терапия остеопороза не претерпела изменений, только у 7 пациентов (в связи с появлением диспепсии) была отменена алендроновая кислота и назначены парентеральные формы ибандроната или золендроновая кислота. Спустя 2 года наблюдений показатели BMD составили 0,714±0,010 g/cmI (p=0,0001 p=0,051 и по сравнению со стартовыми показателями и данными наблюдений через год соответственно). Показатели МПКТ за год возросли в среднем на 1,4%. Частота остеопороза составила 46,2%, остеопении – 25,3%. В последующий год наблюдений отмечались стабильные показатели состояния минеральной плотности костной ткани, прирост BMD в среднем составил 0,9% при значительном снижении клинико-лабораторной активности воспаления. Так, показатели DAS28 составили в среднем 3,1±0,8. За 3 года наблюдений у пациентов не отмечено новых переломов.

Выводы/заключение

Таким образом, эффективная ГИБТ, направленная на подавление активности воспаления в сочетании с оптимальной терапией остеопороза позволяет в динамике значительно снизить частоту остеопороза и увеличить МПКТ у пациентов с РА.

КАК ПОВЫСИТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ НПВП (ИССЛЕДОВАНИЕ АГАТА)

**Цветкова Е.С., Денисов Л.Н.,
Насонов Е.Л. и группа АГАТА**

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

Введение/цель

Изучить эффективность и переносимость амтолметинагуацила (АМГ; Найзилат®, «Д-р Редди'сЛабораторис Лтд.», Индия) у пациентов с остеоартритом (ОА) коленного сустава (КС) и признаками диспепсии по сравнению с предшествующей терапией нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП).

Материал и методы

В открытое наблюдательное исследование включено 220 пациентов в возрасте 30–65 лет с ОА КС с интенсивной болью на фоне приема НПВП, имеющих симптомы диспепсии при отсутствии противопоказаний к приему АМГ. Среди сопутствующих болезней, которые в целом имели место у 68% пациентов, преобладали артериальная гипертензия (42%), варикозная болезнь вен нижних конечностей (6,4%) и сахарный диабет (6%). Эффективность лечения оценивали с использованием трех шкал индекса WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index), учитывали также интенсивность боли и общую оценку состояния здоровья по визуальной аналоговой шкале. Для количественной оценки диспепсии использовали индекс SODA (The Severity of Dyspepsia Assessment).

Результаты/обсуждение

АМГ обладает выраженным анальгетическим действием, подтвержденным уменьшением боли (на 40% и более), которое имело место у 72,5% пациентов. Высокая интенсивность обезболивающего действия АМГ достоверно подтверждена статистически (p<0,001) достоверным сни-

жением индекса WOMAC (боль и скованность) и повышением функциональной активности. Установлены достоверное уменьшение неболевых и болевых признаков диспепсии, а также положительная динамика показателя «общая оценка тяжести диспепсии» (p<0,001) и показателя «удовлетворенность лечением». Общая оценка переносимости лечения АМГ была только положительной: «отличная» – у 33%, «хорошая» – у 56% и «удовлетворительная» – у 11% пациентов. Серьезных нежелательных реакций (НР) не выявлено.

Степень тяжести НР в 8% случаев была «средней» и в 82% случаев – «легкой». НР зарегистрированы у 7,7% больных.

Выводы/заключение

Полученные результаты свидетельствуют о хороших перспективах применения АМГ при ОА КС.

ГИАЛУРОНОВАЯ КИСЛОТА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ МЕЛКИХ СУСТАВОВ – (РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО ПЛАЦЕБОКОНТРОЛИРУЕМОГО 12-МЕСЯЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

**Цветкова Е.С., Денисов Л.Н.,
Панасюк Е.Ю., Насонов Е.Л.**

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

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) – самое распространенное хроническое заболевание суставов, частота которого увеличивается с возрастом. ОА сочетается с такими состояниями, как ИБС, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсульт, остеопороз и злокачественные новообразования, что создает трудности в подборе адекватной симптоматической терапии. Оценка эффективности, переносимости и продолжительности последствия однократной инъекции в I запястно-пястный и I плюснефаланговый суставы 1,0 мл (20 мг) гиалуроновой кислоты, полученной по технологии NASHA (дьюралан) в сопоставлении с плацебо.

Материал и методы

В исследование было включено 120 больных (по 60 в основной и контрольной группах) обоего пола старше 40 лет с ОА мелких суставов кистей или стоп, интенсивностью боли > 40 мм по ВАШ. Исследование состояло из 2 фаз: «слепая» фаза до 24 нед, период оценки отдаленных результатов эффективности – 48 нед. Эффективность оценивалась по 40% уменьшению боли в анализируемом суставе, динамике индекса AUSCAN (для кисти) суточной дозы НПВП, суммарной оценке эффекта раздельно больным и врачом по ВАШ (мм).

Результаты/обсуждение

По основным клиническим характеристикам обе группы были сопоставимы. Средний возраст пациентов составил 64,3 года (42–82), продолжительность ОА мелких суставов – 5,0 лет (3,0–10,0) и длительность обострения – 7,4 нед. В основной и контрольной группах преобладали АГ (61,7 и 58,3%), хронический гастрит (20 и 17%), сахарный диабет (7 и 12%). 40% уменьшение боли по ВАШ (мм) в основной группе к 24-й неделе отмечено в 79,7%, в группе плацебо – в 30% (χ^2 : p<10–5), отношение шансов (OR) – 9,1 (3,9–21,1). Дисперсионный анализ (ANOVA for repeated measures) боли, скованности и функции индекса AUSCAN выявил достоверные различия между дьюрала-

ном и плацебо. Достоверные различия ($p < 0,0001$) по оценке общего состояния врачом и больным выявлены в основной группе с 4-й неделе и сохранялись до 48 нед. Нежелательных явлений, связанных с проводимым лечением, не отмечено. Доза НПВП была уменьшена у 45,7% в основной группе и у 30% – в группе плацебо.

Выводы/заключение

Выявлена высокая эффективность и значительная продолжительность последствий однократного введения дьюралана SJ (small joints) по сравнению с плацебо.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ У ДЕТЕЙ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Цурикова Н.А., Кобзева Н.Н.,
Цыганок И.А., Авдеенко В.Ю.**

*ГБУ РО «Областная детская клиническая больница»,
Ростов-на-Дону, Россия*

Введение/цель

Целью нашего исследования явился анализ этиологических факторов у детей с клиникой узловой эритемы.

Материал и методы

Проведен детальный анализ анамнеза, клинической картины, результатов лабораторно-инструментальных методов обследования у 38 детей с установленным диагнозом узловая эритема, госпитализированных в педиатрическое отделение ГБУ РО «ОДКБ».

Результаты/обсуждение

Согласно полученным результатам, было установлено, что преимущественно заболевали девочки (94,2%) в возрасте от 7,2 до 14,3 года (средний возраст на момент дебюта – $10,9 \pm 0,8$ года). В 21 (55,2%) случае узловая эритема была связана с острой или обострением хронической стрептококковой инфекции, подтвержденной бактериологическим исследованием; у 7 (18,4%) детей имело место течение идиопатической узловой эритемы, в 5 (13,1%) случаях течение узловой эритемы было связано с ювенильным идиопатическим артритом, у 3 (7,8%) детей узловая эритема связана с бесконтрольным приемом лекарственных средств (жаропонижающих и препаратов, обладающих иммуномодулирующими эффектами); онкопатология была установлена у 1 (2,6%) ребенка.

Выводы/заключение

Учитывая полученные результаты, важна осторожность педиатров и ревматологов в отношении стрептококковой инфекции, а также онкопатологии у детей с клиникой узловой эритемы. Необходимо тщательно собирать анамнез заболевания, т.к. бесконтрольный прием лекарственных препаратов может также стать причиной дебюта узловой эритемы.

ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С РАННИМИ ОЛИГОАРТРИТАМИ

Цурикова Н.А., Лигостаева Е.А., Жолобова Е.С.

*ГБУ РО «Областная детская клиническая больница»,
Ростов-на-Дону, Россия*

Введение/цель

Провести анализ анамнеза заболевания у детей, страдающих ранними олигоартритами.

Материал и методы

В исследование включено 100 детей, страдающих олигоартритами не более 6 мес: 67 девочек, средний возраст – 8,1 года (3–13 лет), длительность заболевания –

3,1 мес (1–6 мес) и 33 мальчика, средний возраст – 6,0 лет (4–16 лет), длительность заболевания – 4,5 мес (1–6 мес). Всем пациентам проводилось: оценка суставного синдрома, рентгенограмма пораженных суставов, клинический анализ крови, иммунологический анализ крови (IgG, IgM, IgA, ревматоидный фактор), определение IgG, IgM к хламидиям, микоплазмам, псевдотуберкулезу, иерсиниозу, сальмонеллезу; КТ или МРТ пораженных суставов (по показаниям), анализ анамнеза заболевания.

Результаты/обсуждение

По результатам проведенного обследования 44 детям установлен диагноз реактивная артропатия, у 49 – ювенильный идиопатический артрит, 2 пациентам поставлен диагноз септический артрит, у 1 ребенка отмечался псориатический артрит, еще у 1 – остеохондропатия Кенига, двое детей страдали острым лимфобластным лейкозом, 1 ребенок болел периодической болезнью. Изначально у ортопедов наблюдалось 47 детей (у 34 из них отмечалось ускорение СОЭ в 1,5 и более раз выше нормы); 68 детей получали ФТЛ по м/ж (электрофорез, прогревания, парафинотерапия, массаж), у 32 детей отмечалось ухудшение состояния на фоне или после ФТЛ. Комплексное лабораторно-инструментальное обследование назначалось детям после консультации ревматолога, которая была на 3-м месяце болезни (1–6 мес). В первый месяц болезни к ревматологу было направлено 5 детей, к ортопеду/хирургу – 60; на втором месяце болезни 15 детей направлены к ревматологу, 21 – к ортопеду/хирургу; на третьем месяце болезни 40 детей были направлены к ревматологу.

Выводы/заключение

Детям, страдающим ранними олигоартритами, рекомендована консультация детского ревматолога, вне зависимости от длительности заболевания, проведение иммунологического, серологического, рентгенологического обследования на ранних этапах заболевания, с целью точной верификации диагноза.

ОЦЕНКА ВЫЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Чамурлиева М.Н., Логинова Е.Ю., Коротчаева Т.В.

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

Введение/цель

К основным клиническим проявлениям псориатического артрита (ПсА) относят периферический артрит, дактилит, спондилит, энтезит и тендинит. В большинстве случаев ПсА возникает позже псориаза (Пс), поэтому дерматолог играет важную роль в ранней диагностике заболевания и своевременном направлении к ревматологу для назначения терапии. Цель – оценить клиническую диагностику основных проявлений ПсА у больных Пс в дерматологической клинике.

Материал и методы

Включено 103 больных с Пс (47 мужчин и 56 женщин, средний возраст – $44 \pm 13,69$ года, длительность Пс – $10,7 \pm 10,2$ года), последовательно обратившихся за медицинской помощью к дерматологу. Все пациенты заполняли скрининговый опросник mPEST для выявления ПсА у больных Пс, затем были осмотрены дерматологом и ревматологом. Выявляли периферический артрит, дактилит, воспалительную боль в спине (ВБС) по критериям ASAS, энтезит по индексу LEI в стандартных точках. Диагноз ПсА устанавли-

вали по критериям CASPAR. Рассчитывали $M \pm m$, частоту признака в %, t-тест, статически значимым считали $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

ПсА выявлен у 61 (59,2%) из 103 пациентов. При клиническом осмотре артрит выявлен дерматологом значимо реже, чем ревматологом: у 15 (24,6%) и у 35 (57,4%) пациентов соответственно ($p < 0,001$). Значимых различий по клиническому выявлению дактилита между дерматологом и ревматологом не выявлено: дактилит обнаружен у 37 (60,7%) и у 40 (65,6%) больных соответственно. На основании опросника mPEST дерматолог отметил наличие у 32 (52,5%) пациентов боли в пятках, энтезиты другой локализации не обнаружены. Ревматолог выявил энтезит локтевых суставов у 11 (18%), коленных суставов – у 8 (13,1%), пяточной области – у 25 (41%) пациентов. На основании опросника mPEST дерматолог отметил боль в позвоночнике у 30 (49,2%) пациентов. Однако ВБС не найдена ни у одного больного. Ревматологом ВБС выявлена у 21 (34,4%) обследованного. При клиническом осмотре дерматолог не обнаружил тендиниты пальцев кистей и стоп. Ревматолог выявил клинические признаки тендинита у 13 (21,3%) пациентов.

Выводы/заключение

В дерматологической практике отмечается недостаточное выявление симптомов ПсА, поэтому диагностика должна осуществляться на основании междисциплинарного взаимодействия дерматолога и ревматолога. Необходимо внедрение междисциплинарных обучающих программ, направленных не только на диагностику периферического артрита, но и спондилита, энтезита и тендинита.

БИОМАРКЕРЫ МОЧИ В ДИАГНОСТИКЕ ОБОСТРЕНИЯ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА

Чиж К.А., Абуанзех М.А., Сорока Н.Ф.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Введение/цель

Ранняя диагностика обострений волчаночного нефрита (ВН) является важной для коррекции проводимой терапии и прогнозирования исхода заболевания. Цель – оценить прогностическую значимость некоторых биомаркеров мочи для вероятного обострения ВН.

Материал и методы

В исследование включено 30 пациентов системной красной волчанкой (29 женщин, средний возраст – 36,2; 23–64 года, длительность заболевания – 87,6; 12–204 мес). У всех выявлено наличие ВН, подтвержденное морфологически. Пациенты были разделены на 2 группы с наличием обострения ВН (10 человек) и ВН в фазе ремиссии (20). Возраст пациентов и длительность заболевания в группах достоверно не различались ($p < 0,40$ и $p < 0,17$ соответственно). У всех пациентов с обострением ВН установлен IV морфологический класс, а в другой группе – II класс выявлен у 3 человек, III – у 6, IV – у 11 пациентов. Помимо общеклинических, рутинных лабораторных и иммунологических данных, в пробах мочи исследовались показатели цистатина С, χ^2 -микроглобулина (χ^2 -МГ, липокиназы-2 (NGAL) и С3-компонента комплемента.

Результаты/обсуждение

В группе с обострением ВН наблюдались достоверно более высокие показатели протеинурии, креатининемии и более низкие значения показателя скорости клубочковой фильтрации ($p < 0,0001$). Различий в мочевых показателях NGAL (168,00 (39,23; 297,17) и 69,92 (15,87; 123,97) нг/л)

и С3-комплемента (69,6 (54,6; 84,6) и 76,1 (64,6; 87,6) ЕД/мл) выявлено не было ($p < 0,10$ и $p < 0,51$ соответственно). У лиц с обострением ВН отмечены достоверно более высокие показатели в моче цистатина С (0,41 (1,47; 2,23) и 0,06 (0,04; 0,09) мг/л) и χ^2 -МГ (27,05 (4,61; 49,48) и 8,94 (4,21; 13,66) мг/л) ($p < 0,01$ и $p < 0,04$ соответственно) по сравнению с группой пациентов без обострения ВН.

Выводы/заключение

Определение в моче показателей цистатина С и χ^2 -МГ может быть полезным в раннем выявлении обострения ВН. Для уточнения предикторной способности изученных биомаркеров мочи требуются дополнительные исследования на большем количестве пациентов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

**Чудинов А.Л.¹, Беляева И.Б.²,
Мазуров В.И.², Инамова О.В.¹**

¹СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», Санкт-Петербург, Россия; ²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение/цель

Гранулематоз с полиангиитом (ГПА) является одним из наиболее неблагоприятных вариантов АНЦА-ассоциированных системных васкулитов в связи с поражением жизненно важных органов и высоким риском осложнений. Цель – исследовать особенности клинического течения ГПА в разных возрастных группах.

Материал и методы

В исследование включено 84 больных ГПА. Все больные были разделены на две группы в зависимости от возраста дебюта заболевания. В первую группу вошли 63 (75%) пациента – 26 мужчин и 37 женщин в возрасте от 18 до 59 лет (41,3 \pm 13,4). Во вторую группу включен 21 (25%) пациент – 8 мужчин и 13 женщин в возрасте от 60 до 78 лет (66,3 \pm 6,1). Проводилась сравнительная оценка клинических проявлений ГПА, индексов активности BVAS и повреждения VDI в течение первых 3 лет заболевания у пациентов в разных возрастных группах.

Результаты/обсуждение

В обеих группах в течение первых 3 лет заболевания отмечалось сопоставимое по частоте поражение ЛОР-органов (80 и 88%), легких, преимущественно в варианте легочных инфильтратов (62 и 67%), поражение почек (76 и 80%) и органов зрения (33 и 34%). Средний уровень индекса активности BVAS в дебюте был сопоставим в обеих группах и составлял 20,6 и 21,7 балла соответственно. У пациентов 1-й группы, по сравнению со 2-й группой, чаще развивался ишемический инсульт (13,0 против 4,7%, $p \leq 0,05$), а также поражение сердечно-сосудистой системы (ССС) в виде коронарита и миокардита (34,9 против 19,0%, $p \leq 0,05$). При этом у больных 2-й группы, по сравнению с 1-й группой, отмечалось более частое формирование сенсорной полинейропатии (61,9 против 31,7%, $p \leq 0,05$). При анализе клинических проявлений ГПА в дебюте заболевания (первые 3 мес) отмечено, что некротизирующий гломерулонефрит отмечался в 1,5 раза чаще во 2-й группе, чем в 1-й группе (у 61,9 и 41,2% соответственно, $p \leq 0,05$). Индекс повреждения VDI оказался несколько ниже в 1-й группе, чем во 2-й группе (5,2 и 5,8 балла).

Выводы/заключение

По нашим данным, у 25% пациентов ГПА может дебютировать в возрасте старше 60 лет. Вне зависимости от возраста в клинической картине ГПА в первые 3 года преобладает поражение ЛОР-органов, формирование легочных инфильтратов с очагами распада и поражение почек. У больных ГПА моложе 60 лет, по сравнению со старшей возрастной группой, отмечается более высокая частота поражения ССС и развития ишемического инсульта. Напротив, у больных ГПА старше 60 лет чаще формируется сенсорная полинейропатия, отмечается более высокий индекс повреждения VDI. Отмечен высокий индекс активности BVAS в дебюте ГПА во всех возрастных группах, что определяет показания для проведения агрессивной иммуносупрессивной терапии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПЕРЕНОСИМОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ХОНДРОГАРДА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И КОМОРБИДНОСТЮ

Шарапова Е.П., Алексеева Л.И., Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Аникин С.Г., Короткова Т.А.

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

Введение/цель

Оценить эффективность, переносимость и безопасность препарата «Хондрогард» у пациентов с остеоартрозом (ОА) коленных суставов и коморбидностью.

Материал и методы

В 2-месячное проспективное исследование были включены 70 пациентов с достоверным диагнозом ОА коленных суставов 2–3 ст. по Келлгрену и наличием сопутствующей патологии (сахарный диабет 2 типа, ИБС, артериальная гипертензия). Средний возраст – 62,0; 45–70 лет, длительность заболевания – 9,9; 4,8–15,0 лет. Индекс массы тела (ИМТ) – 31,9±5,9. 80% имели 2-ю стадию гонартроза, 20% – 3-ю стадию. Препарат назначался внутримышечно в дозе 1 мл (100 мг) через день (первые три инъекции), четвертая и последующие инъекции – 2 мл (200 мг). Всего было выполнено 30 инъекций на протяжении 2 мес.

Результаты/обсуждение

Достоверное снижение боли по WOMAC (217,3±73,2 и 130,1±78,5) и скованности (83,4±35,3 и 50,9±35,3), а также достоверное улучшение функционального состояния суставов (834,1±314,4 и 525,5±316,4), снижение суммарного индекса WOMAC (1135±401,6 и 703,7±419,7) отмечалось при 2-м и 3-м визитах. Нежелательных явлений не было зарегистрировано. Оценка эффективности лечения показала, что к концу терапии «значительное улучшение» и «улучшение» отметили 94,3% больных, отсутствие эффекта – 5,7%. У больных сахарным диабетом 2-го типа уровень гликемии оставался на прежнем уровне до конца лечения, а у 2 больных (14%) отмечалось снижение уровня глюкозы. У всех больных, страдающих артериальной гипертензией, повышения уровня артериального давления на всем протяжении исследования не отмечалось.

Выводы/заключение

Хондрогард достаточно быстро и эффективно снижает болевой синдром и скованность, улучшает функциональное состояние суставов и при этом является безопасным препаратом. Препарат «Хондрогард» может быть рекомендован пациентам с ОА и такими сопутствующими заболеваниями, как артериальная гипертензия, ИБС, сахарный диа-

бет 2 типа. Важным преимуществом этого препарата является быстрый эффект за счет внутримышечного применения, дающий возможность снижения дозы или отмены НПВП, что очень важно для больных ОА с коморбидностью.

СПОНДИЛОАРТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ИНФЕКЦИЕЙ *CHLAMYDOPHILIPNEUMONIAE*. РЕЗУЛЬТАТЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Шаруба С.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Введение/цель

Последние научные данные свидетельствуют, что *S. pneumoniae* следует считать одним из триггерных агентов спондилоартритов (СПА). Цель – оценить эффективность антибактериальной терапии пациентов со СПА, ассоциированными с инфекцией *S. pneumoniae*.

Материал и методы

Наблюдали 16 пациентов со СПА, из них 5 с диагнозом АС и 11 пациентов с диагнозом реактивный СПА. Всего 14 мужчин и 2 женщины в возрасте 18–46 лет. Средняя длительность заболевания составила 39 (12–65) мес. Связь СПА с инфекцией *S. pneumoniae* подтверждалась определением ДНК возбудителя методом РТ-ПЦР в соскобах из полости рта, уретры, цервикального канала, в синовиальной жидкости (СЖ) или методом ИФА. *S. pneumoniae* в полости рта была обнаружена у 11 пациентов, в полости рта и уретре одновременно – у 1, в полости рта и синовиальной жидкости – у 1, только в синовиальной жидкости – у 1 и методом ИФА в сыворотке крови диагностически значимый уровень антител IgM обнаружен у 2 пациентов. Методом РТ-ПЦР были исключены другие артритогенные инфекции: *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Yersinia* spp., *Salmonella* spp., *Shigella* spp., HSV, CMV, EBV. Следует отметить, что у 6 пациентов из 16, помимо суставного синдрома, одним из клинических проявлений СПА был стойкий субфебрилитет. У всех 16 пациентов СПА характеризовался высокой активностью по индексу BASDAI 6,1 (5,4–6,8), несмотря на адекватную противовоспалительную терапию. После верификации диагноза пациентам назначалась следующая схема лечения: последовательный прием по 10 дней макролидных антибиотиков, фторхинолонов и доксициклина в течение 1 месяца в дополнение к сульфасалазину и НПВС. ГКС в низких дозах продолжали принимать 2 пациента. Каждый антибактериальный препарат назначали в максимальной суточной дозе перорально. Активность заболевания оценивали до назначения антибиотика и через 2 месяца после окончания антибактериальной терапии по динамике индекса BASDAI, уровню СРБ и СОЭ.

Результаты/обсуждение

У пациентов со СПА, ассоциированным с инфекцией *S. pneumoniae*, было выявлено достоверное снижение индекса BASDAI до и после лечения в среднем на 3,4 ($p < 0,01$), уровня СРБ в среднем на 16,7 (10,4%) мг/л ($p < 0,02$). В динамике СОЭ статистически значимых различий получено не было. Исчезновение лихорадки было отмечено у 5 пациентов из 6 с субфебрилитетом.

Выводы/заключение

Лечение инфекции *S. pneumoniae* у пациентов со СПА способно увеличить эффективность противовоспалительной терапии.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ, ПОЗИТИВНЫХ ПО АНТИТЕЛАМ К РИБОНУКЛЕОПРОТЕИНУ

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

Введение/цель

Среди пациентов, удовлетворяющих критериям системной склеродермии (ССД), имеется подгруппа больных, у которых не выявляются специфические для ССД антиядерные антитела, но циркулируют антитела к рибонуклеопротеину (РНП). Клиническое значение циркуляции этого вида антиядерных антител при ССД не ясно. Цель – дать клиническую и лабораторную характеристику больных ССД, позитивных по антителам к РНП.

Материал и методы

В исследование включено 52 больных ССД (49 женщин и 3 мужчины, средний возраст $44,2 \pm 15$ лет, длительность заболевания от начала синдрома Рейно $11,2 \pm 7$ лет), удовлетворяющих критериям ССД (ACR/EULAR, 2013) и высокопозитивных (>200 Ед/мл) по антителам к РНП (U1-RNP-70 определялось методом ИФА, референсные значения 0–25 Ед/мл). Были изучены данные анамнеза заболевания, клинические проявления и данные лабораторно-инструментальных методов исследования.

Результаты/обсуждение

Все больные удовлетворяли критериям ССД ACR/EULAR, 2013. 35 больных (67,3%) имели лимитированную форму болезни, 8 больных (15,4%) – диффузную форму и 9 больных (17,3%) – перекрестный синдром. Феномен Рейно присутствовал в 100% случаев, большинство больных имело склеродактилию или отек кистей (55,8%), типичные капилляроскопические изменения (86,5%). Интерстициальное поражение легких было обнаружено в 67,3% случаев (по данным КТВР и/или рентгенографии органов грудной клетки), а легочная гипертензия – в 3,8% (по данным эхокардиографии). Кроме того, поражение пищевода встречалось у 63,5% больных, суставной синдром – 58%, отек кистей – 55,8%, телеангиэктазии – 48%, дигитальные рубчики/язвочки – 42,3%, мышечный синдром – 30,7%, поражение серозных оболочек – 27,5% (в том числе у 23% – перикардит). Все больные были позитивны по антинуклеарному фактору (Нер-2), а иногда также выявлялись РФ, Анти-Ro/SS-A и Анти-La/SS-B антитела, антитела к Sm и dsDNA. Повышенные СРБ и/или СОЭ встречались в 56% случаев. 38 больных (73%) одновременно удовлетворяли критериям смешанного заболевания соединительной ткани (СЗСТ), предложенным Kasukawa и соавт. (1987 г.).

Выводы/заключение

В исследованной группе преобладала лимитированная форма ССД с разными проявлениями васкулопатии, более чем у половины больных отмечался отек кистей. С высокой частотой встречалось интерстициальное поражение легких, а также суставной и мышечный синдромы. У 17% больных имелся перекрестный синдром (сочетание системной склеродермии с ревматоидным артритом, системной красной волчанкой). Кроме того, субтип ССД, высокопозитивный по антителам к РНП, часто удовлетворял критериям СЗСТ, что предполагает возможность перекрестного синдрома между этими двумя заболеваниями.

ТЕРАПИЯ «УПРАЖНЕНИЯМИ» В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

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

Введение/цель

Лечебная гимнастика – основной метод реабилитации ревматологических больных. Цель – оценить сроки проведения различных по цели комплексов стационарного реабилитационного лечения для выполнения поставленной задачи.

Материал и методы

В 2015 г. пролечено 676 больных, 295 получили реабилитационный курс. Средний срок лечения – 8 дней. Общеукрепляющий комплекс проведен 121 больному, средний срок – 5 дней, полноценный срок получили 45 (37%) пациентов, неполный – 70 (58%) пациентов, обучение – 6 (5%) пациентов. Мобилизационный комплекс 158 пациентов, средний срок – 8-дневный полноценный курс – 48 (30%) пациента, неполный – 44 (28%), обучение – 66 (42%). Корректирующий комплекс – 16 пациентов, средний курс – 12 дней, полноценный срок – 11 (69%) пациента, неполный – 3 пациента и обучение – 2 пациента.

Результаты/обсуждение

Направлено на реабилитационное лечение 44% пациентов (в основном с ЮИА). Минимальный курс лечения был у функционально сохранных пациентов, имевших недостаточность мышечного аппарата, которым назначался общеукрепляющий комплекс, включающий групповые занятия, работу на тренажерах и самостоятельное выполнение упражнений на укрепление мышц. Его результативность может оцениваться только при регулярном выполнении длительное время. Мобилизационный курс включал индивидуальные и групповые занятия, механотерапию, самостоятельное выполнение комплексов упражнений для суставов, различной локализации и для укрепления мышечного тонуса. Проведение полноценного по времени комплекса (не менее 10 занятий) позволило увеличить объем движений в пораженных суставах. Проведение полноценного корректирующего курса позволило предотвратить развитие контрактуры пораженного сустава почти у $2/3$ больных, остальные получили конкретные рекомендации по продолжению лечения по месту жительства.

Выводы/заключение

Направление на реабилитационное лечение получило менее половины стационарных пациентов. Большинству пациентов в стационаре не удается провести полноценный по времени курс реабилитации, поэтому они должны получать конкретные рекомендации по продолжению лечения в домашних и амбулаторных условиях.

ГИПЕРРЕНИНОВЫЕ ФОРМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Шилкина Н.П., Савина Ж.Е., Юнонин И.Е.
ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

Введение/цель

Синдром артериальной гипертензии (АГ) при системной красной волчанке (СКВ) имеет ряд патогенетических особенностей с развитием форм, резистентных

к стандартной антигипертензивной терапии, что служит показанием для подбора антигипертензивных средств.

Материал и методы

Обследован 91 пациент: 36 больных СКВ с АГ и 55 больных с гипертонической болезнью (ГБ), сопоставимых по возрасту и полу (все женщины), по уровню АД и предшествующей гипотензивной терапии. Уровень ренина плазмы крови определялся методом радиоиммунного анализа, антиген фактора фон Виллебранда (ФВ) (Ме/мл) – твердофазным иммуноферментным методом. Подсчет десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) выполнялся по методу J. Hladovec (1978). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводили на аппарате BPLab (ООО «Петр Телегин», Н.Новгород, Россия).

Результаты/обсуждение

Исходные показатели уровня ренина плазмы у пациентов с СКВ составили 1,66 [0,48;1,8] нг/л/ч, превышая уровень ренина при ГБ 0,75 [0,2;1,68] нг/л/ч ($p=0,04$). Уровень ренина положительно коррелировал с выраженностью системного воспаления при СКВ (коэффициент корреляции Спирмана R с СОЭ составил 0,8 при $p=0,0004$, с уровнем антител к нативной ДНК – 0,9 при $p=0,02$). У больных СКВ уровень антител к фактору фон Виллебранда превышал данный показатель в группе больных с ГБ (1,63 [0,81;3,36] против 0,29 [0,23;2,8] МЕ/мл при $p=0,04$). При СКВ с АГ количество ДЭ составило $8 [7;10] \times 10^4$ л, достоверно превышая данный показатель в группе ГБ $5 [3;8] \times 10^4$ л, при $p<0,01$. Пациенткам назначали алискирен в дозе 150 мг/сут в течение 6 нед. Уровень ренина после лечения снизился до 0,1 [0,06;0,36] в группе СКВ ($p=0,04$), у больных ГБ ренин снизился до 0,12 [0,08;0,15] нг/л/ч ($p=0,04$). В группе больных СКВ выявлено достоверное снижение суточных показателей АД. Терапия алискиреном оказывала благоприятный эффект на функцию эндотелия как у больных СКВ, так и у пациентов с ГБ: достоверно снизилось количество ДЭ в периферической крови (до $5 [4;7] \times 10^4$ л у пациентов с СКВ и до $3 [2;4]$ у пациентов с ГБ).

Выводы/заключение

Алискирен у больных СКВ с АГ продемонстрировал не только выраженный гипотензивный эффект, но и ряд органопротективных свойств, без негативного влияния на течение основного заболевания и функцию почек.

ДИНАМИКА МАРКЕРОВ СОСУДИСТОГО ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С КОМОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАЦЕРЕИНОМ

Широкова К.Ю., Горохова В.А., Широкова Л.Ю.

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

Введение/цель

Остеоартроз (ОА) занимает лидирующие позиции в структуре современных коморбидных состояний, таких как ожирение (Ож) и сахарный диабет (СД). Цель – оценить влияние терапии диацереином на маркеры сосудистого поражения в виде скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по артериям мышечного и эластического типа и интенсификации оксидативного стресса по концентрации нитрат-ионов (NO_3^-) у больных ОА коленных суставов с коморбидным Ож и СД 2-го типа.

Материал и методы

Обследовано 38 женщин (18 – с ОА коленных суставов и коморбидным СД 2-го типа и 20 – с ОА коленных суставов и коморбидным Ож), II–III рентгенологической стадии по Kellgren–Lawrence, сопоставимых по возрасту, длительности ОА, ИМТ. Проведена терапия диацереином по 100 мг/сут в течение 3 мес. Группа контроля по оценке NO_3^- состояла из 26 относительно здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с группами ОА. Функционально-лабораторное исследование проводилось до и через 3 мес терапии. Для определения СРПВ использовали «Поли-Спектр-СРПВ» («Нейрософт», Россия). Плазменный уровень NO_3^- измеряли потенциометрией.

Результаты/обсуждение

СРПВ по артериям мышечного и эластического типа отличалась от референсных значений у 61 и 83% пациентов с ОА и коморбидным СД 2-го типа соответственно, и у 68 и 93% больных ОА с Ож. Титр NO_3^- в плазме крови по сравнению с контролем был на 27,7% ($p<0,05$) выше у пациентов с ОА и Ож и на 21,1% ($p<0,05$) больше нормы при ОА с СД 2 типа. К завершению курса лечения диацереином у больных группы ОА+Ож СРПВ по артериям мышечного типа снижалась на 31,2% ($p=0,017$), по артериям эластического типа – на 25,7% ($p=0,017$). У пациентов с ОА и СД 2 типа жесткость артериальных сосудов при приеме диацереина достоверно не изменялась. Титры нитрат-ионов в периферической крови через 3 мес терапии диацереином нормализовались как в группе ОА с коморбидным Ож, так и у больных ОА с СД 2-го типа.

Выводы/заключение

В ходе трехмесячного курса ежедневного применения 100 мг диацереина маркеры сосудистого поражения в виде концентрации нитрат-ионов в крови и жесткости сосудистой стенки артерий у больных ОА с коморбидным Ож и СД 2-го типа изменяются в разной степени выраженности. Наибольшей позитивной динамике по СРПВ соответствует группа пациентов с ОА и Ож. Однокурсовая терапия диацереином в течение 3 мес оказывает существенное благоприятное влияние на интенсивность оксидативного стресса по плазменной концентрации нитрат-ионов как при ОА с Ож, так и при ОА с СД 2-го типа.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТОМ И ЭЛЕМЕНТАМИ МЫШЕЧНО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ТЕХНИК ПРИ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫХ БОЛЯХ В ОБЛАСТИ ШЕИ

Широкова Л.Ю.¹, Мокроусова М.В.²,

Якушев С.В.², Малыгина Е.А.², Шепеляева Л.С.¹

¹ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия; ²ГБУЗ ЯО «Клиническая больница № 1», Ярославль, Россия

Введение/цель

Хроническая неспецифическая цервикалгия (ХНЦ) относится к разновидностям скелетно-мышечных болей и тесно связана с фасеточным и миофасциальным болевыми синдромами, что должно учитываться при выборе терапии таким пациентам. Цель – анализ качества жизни в ходе комплексной терапии ХС и элементами МЭТ у пациентов с ХНЦ.

Материал и методы

Пролечено 57 пациентов (94,7% женщин и 5,3% мужчин) с ХНЦ в стадии обострения в возрасте $55,4 \pm 9,4$ года с длительностью болевого синдрома $14,8 \pm 7,5$ года. У 89,5% больных констатирован спондилоартроз шейного отдела позвоночника, у 10,5% – плечелопаточный периартрит. В комплекс лечения входил ХС по 200 мг 2 раза/нед в/м (курсовая доза – 2,4 г) в сочетании с миофасциальным релизом 2 раза/нед по 30 мин и стретчингом в другие дни. Пациентов осматривали до лечения, через 3 и 6 мес. Показатели качества жизни мониторировали с помощью опросника SF-36 (психический и физический компоненты), теста «Индекс нарушения жизнедеятельности при болях в шее» по Вернону, выраженность депрессивных расстройств – по шкале Бека, общее состояние здоровья – по опроснику EQ-5D-термометр здоровья.

Результаты/обсуждение

Физический компонент здоровья через 3 и 6 мес от начала терапии увеличился по сравнению с исходным уровнем на 25,6 и 24,9% соответственно ($p < 0,05$). Позитивный прогресс психического компонента здоровья по опроснику SF-36 был также отмечен к 3 и 6 мес мониторинга и составил 24,1 и 19,3% соответственно ($p < 0,05$). Динамика индекса Вернона через 3 мес от начала терапии – 56,9%, через 6 мес – на 69,1% ($p < 0,001$). До лечения из общего количества пациентов отсутствие депрессивных тенденций наблюдалось у 36 (63,1%); легкий уровень депрессии – у 18 (21,1%); умеренная депрессия – у 3 (15,8%) пациентов. Через 3 мес лечения в подгруппе с удовлетворительным эмоциональным состоянием оказался 51 (89,5%) человек; в подгруппе с субдепрессией – 6 (10,5%), с умеренной депрессией – 0. Достигнутый количественный состав не изменился и через 6 мес наблюдения. Качественный показатель выраженности депрессии по шкале Бека снизился на 44,8 и 60,3% ($p < 0,05$) соответственно через 3 и 6 мес от начала терапии по сравнению с исходным уровнем. Улучшение общего состояния здоровья пациентов по EQ-5D-термометру здоровья через 3 мес от начала лечения возросло на 43,5%, через 6 мес – на 52,3% ($p < 0,001$).

Выводы/заключение

На фоне комплексной терапии ХС и процедурами МЭТ отмечено улучшение качества пациентов со скелетно-мышечной болью в области шеи, сохраняющееся на протяжении 6 мес от начала лечения.

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ
ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТА
НА НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ
ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

Широкова Л.Ю.¹, Политов Я.В.¹,
Голикова Ю.В.², Горохова В.А.¹, Шепеляева Л.С.¹

¹ФГБОУ ВО «Ярославский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Ярославль, Россия; ²ГБУЗ ЯО «Клиническая больница
№ 1», Ярославль, Россия

Введение/цель

Хронические локальные и генерализованные боли с выраженным ухудшением функционального статуса пораженных суставов при остеоартрозе (ОА) снижают качество жизни в такой же степени, как и сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, депрессия. Цель – оценить влияние однокурсового лечения с использованием хондро-

итина сульфата – ХС (Хондрогард) на клинические показатели у больных ОА коленных суставов.

Материал и методы

Обследовано 30 пациентов с достоверным, согласно диагностическим критериям Американской коллегии ревматологов, ОА коленных суставов (93,3% женщин) в возрасте от 42 до 67 лет (средний возраст – 58,7) и длительностью заболевания – $11,6 \pm 5,3$ года. Всем пациентам проведено стандартное клиническое и артрологическое обследование. Чаще определялась II степень функциональной недостаточности суставов (50% пациентов). По данным ультразвукового исследования суставов у 14 пациентов (46,7%) преобладало сочетание признаков синовита и тендинита. В исследование клинической эффективности парентерального ХС включено 16 женщин с ОА коленных суставов в возрасте $54,8 \pm 6,2$ года без явлений выраженного синовита, с болевым синдромом по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) не менее 40 мм и согласившихся не применять НПВП во время лечения ХС. У 50% диагностирована I рентгенологическая стадия гоноартроза по Kellgren–Lawrence, у 37,5% – II, у 12,5% – III. Один курс терапии Хондрогардом проводился по стандартной методике с внутримышечными инъекциями 3 раза/нед, всего 25 инъекций (47 мл; 4,7 г). Пациенты осматривались до и после лечения. Оценивали уровень боли по ВАШ при нагрузке днем, ранговый индекс боли эвалютивной шкалы МакГилла, качество жизни и двигательную активность – по суммарному альгофункциональному индексу WOMAC.

Результаты/обсуждение

Боль по ВАШ при нагрузке днем составляла (Ме; 25–75%) 65,5 мм (55–79) и снижалась к окончанию терапии ХС на 50,8% ($p = 0,011$), достигнув 32 мм (25–42). Ранговый индекс боли эвалютивной шкалы МакГилла исходно составлял 43,5 балла (36; 51,5), уменьшившись в ходе терапии на 43,9% ($p = 0,011$), и составил в итоге 24 балла (21,5–28). Суммарный балл альгофункционального индекса WOMAC до лечения был 56 (40,5–65,5), после терапии ХС – 26,5 (24–44,5), что составило регрессию на -37,4% ($p = 0,017$).

Выводы/заключение

На фоне однокурсовой монотерапии парентеральным хондроитин сульфатом (Хондрогардом) отмечено снижение выраженности боли в коленных суставах, ее качественных характеристик и эмоционального восприятия, а также улучшение двигательной активности пациентов с ОА коленных суставов.

**CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE PLACE
IN RHEUMATIC DISORDERS STRUCTURE
AT THE HOSPITAL LEVEL**

Shukurova S.M., Kurbanova F.W., Ishankulova M.F.

Department of therapy with the course of cardiorheumatology GOU «Institute of postgraduate education in the field of health of the Republic of Tajikistan»

Background

To define frequency and characteristics of chronic rheumatic heart disease's place in rheumatic disorders structure at the specialized hospital level in Dushanbe.

Materials and methods

The source of information served the medical records of inpatient rheumatology department for the period of 2008–2015 years. Analysis of medical records ($n = 4716$) was performed on a

pecially - designed card where demographic points, medical history, laboratory and instrumental performance were included.

Results

In the mentioned period of time from 4716 treated patients with different rheumatic diseases, 401 (8,5%) patients suffered from chronic rheumatic heart disease. From this amount 63,3% – female and 36,7% – male, with the average age $48 \pm 0,5$ and middle length of diseases 9,5 years. We could see decreasing of the average registered cases number through the years (14,7% in 2010, against 19,7% in 2008). Among the clinical signs mild cordites (73,8%) with minimal activity level (58,9%) were seen. Frequency of cutaneous serous surface involvement were registered in 6,3% of cases, skin and subcutaneous tissue (1,8%), arthralgia (53,2%), nervous system disease (31,3%). Most of the registered patients (88,1%) had different levels of heart failure and in 9,9% of cases there were septic complications. Data from medical history indicated latent course, from 401 patients, only 33 (8,2%) pointed to the existence of joint attacks in the debut of the disease.

Conclusions

Chronic rheumatic heart disease is seen less than rheumatoid arthritis and osteoarthritis on the stationary level. Among clinical characteristics of the disease is predominance of the female version with average age of $48 \pm 0,5$ is seen more often, as well as, mild cordites complicated with heart failure. Anamnesis history demonstrates hidden course of the diseases at the early beginning of the process.

ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Шукурова С.М., Хамроева З.Д., Шодиев Б.Р.

*Кафедра терапии с курсом кардиоревматологии
Института последипломного образования в сфере
здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе,
Таджикистан*

Введение/цель

Оценка частоты сопутствующих заболеваний у больных остеоартрозом (ОА) в зависимости от возраста.

Материал и методы

В исследование включены 120 пациентов, страдающих ОА, поступившие на стационарное лечение в кардиоревматологическое отделение ГКБ № 5 им. К.Т. Тоджиева (г. Душанбе) за 2013–2015 гг. Диагноз ОА верифицировался согласно диагностическим требованиям, рекомендованным Ассоциацией ревматологов России с учетом критериев R.D. Altmann (1995 г.). Пациентам проведены: оценка артрологического статуса с учетом функциональных проб по индексу Лекена (баллы) и выраженности болевого синдрома по ВАШ (мм). Для верификации диагноза ОА, а также нозологической диагностики сопутствующей патологии использованы следующие методы инструментального исследования: рентгенография суставов, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, ЭхоКГ, ФЭГДС. Оценивались показатели лабораторных исследований.

Результаты/обсуждение

Для выявления особенностей клинического течения ОА в зависимости от возраста пациенты были разделены на следующие группы: I группа – 60–74 года ($n=60$), средний возраст – $65,1 \pm 3,34$ года, II группа – старше 75 лет ($n=30$), средний возраст – $78,7 \pm 4,03$ года, III группа – моложе 59 лет ($n=30$), средний возраст – $53 \pm 6,1$ года. Установлено, что наибольшее количество сопутствующих заболеваний

(более 3) наблюдалось в возрастной категории 60–74 года (у 36 больных), против 16 и 12 в группах лиц ≤ 59 и ≥ 75 лет соответственно. В каждой возрастной группе больных ОА наблюдается от 2 до 4, а то и более сопутствующих патологий (от 0 до 7). Кардиоваскулярные заболевания занимают лидирующие позиции в представленных возрастных группах. Так, АГ в возрастных группах ≤ 60 лет, 60–74 года и ≥ 75 лет встречается в 53,3, 63,3 и 76,7% соответственно. Аналогичная тенденция наблюдается и с ИБС: 26,7, 41,7 и 40% соответственно. У каждого второго больного в возрастной категории ≥ 75 лет встречается остеохондроз позвоночника (56,7%). Болезни ЖКТ замыкают тройку лидеров и в целом наблюдаются у 39,9% больных ОА. В возрастной категории до 60 лет болезни мочевыделительной системы и метаболический синдром встречаются почти с одинаковой частотой (26,7 и 23,3%), а в возрастных категориях 60–74 года и ≥ 75 лет количество больных ОА с метаболическим синдромом имеет тенденцию к уменьшению – 23 и 13% соответственно.

Выводы/заключение

Таким образом, характерной особенностью течения ОА с возрастом является полиморбидность. Так, в возрастной категории до 59 лет число сопутствующих заболеваний составляет $2,9 \pm 1,5$, а у лиц старше 75 лет этот показатель равен $4,7 \pm 2,5$.

LOCAL DEREGLATION OF miRNA EXPRESSION IN THE SYNOVIAL FLUID OF RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Shumnalieva R.¹, Kachakova D.², Monov S.¹,
Kaneva R.², Kolarov Z.¹, Rashkov R.¹

*¹Clinic of rheumatology, Department of Internal Medicine,
Medical University, Sofia, Bulgaria; ²Molecular Medicine
Center, Department of Medical Chemistry and
Biochemistry, Medical University, Sofia, Bulgaria*

Background

Altered expression of miRNA molecules has been linked to the pathogenesis of rheumatoid arthritis (RA). Local abnormal production of miRNA in the synovial fluid (SF) or synovial tissue in RA is thought to regulate and perpetuate the inflammatory autoimmune reaction.

Material and Methods

We review the mechanisms through which miRNAs regulate synovial inflammation in RA and the effect of the inflammatory milieu on altering the expression profile of miRNAs. In addition we checked the local expression levels of three miRNAs in the SF from 48 RA patients by quantitative real-time polymerase chain reaction (qPCR), SybrGreen technology. Relative changes of gene expression levels of the miRNAs were calculated by 2- $\Delta\Delta C_t$ method. RNU6B gene was used as a reference control for normalization. Healthy donors were used as controls (HCs).

Results

We found a local deregulation of the chosen miRNAs when compared to HCs. The ROC curve analysis showed good diagnostic accuracy of all miRNAs which improved by the multimer analysis. The altered expression of these miRNAs correlated with the clinical, laboratory and imaging markers for disease activity.

Conclusion

Due to their stability miRNAs could be used as potential diagnostic and prognostic biomarkers in RA. Our data confirm the presence of local deregulation of miRNA expression in the inflamed RA joints.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА И АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Щербаков Г.И.

МБУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр», Кемерово, Россия

Введение/цель

Определить связь анемического синдрома с активностью заболевания у больных анкилозирующим спондилитом.

Материал и методы

В исследование было включено 97 пациентов с анкилозирующим спондилитом, диагностированным на основании модифицированных Нью-Йоркских критериев. Из них у 47 (48,5%) пациентов была диагностирована анемия (средний уровень гемоглобина 123 г/л); у 50 (51,5) пациентов анемия отсутствовала (средний уровень гемоглобина 142 г/л), различия между группами статистически достоверно ($p < 0,382$). Всем пациентам был определен общий анализ крови и С-реактивный белок (СРБ). Степень воспалительной активности определяли с использованием индекса BASDAI. Значение BASDAI, составляющее 4 и более балла, соответствовала высокой степени активности заболевания. Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

В группе пациентов без анемии индекс BASDAI составил 5,7, у пациентов с анемией – 5,2 ($p > 0,592$). При оценке взаимосвязи индекса активности BASDAI и уровня гемоглобина, эритроцитов в группах пациентов с анемией и без анемии статистически значимых различий не выявлено. В обеих группах пациентов между СОЭ по Панченкову и количеством эритроцитов выявлены статистически значимые различия ($p = 0,077$).

Выводы/заключение

В группе пациентов с анкилозирующим спондилитом с анемией определяются статистически значимые различия между СОЭ по Панченкову и эритроцитами, СРБ и гемоглобином.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ

Юнина Т.А., Авдеева О.С., Беляева Е.А.

Городской ревматологический центр ГУЗ «Городская больница № 9», Тула, Россия

Введение/цель

Узловатая эритема может быть одним из симптомов различных заболеваний и требует проведения дифференциального диагноза с использованием современных методов исследования для определения этиологии процесса.

Материал и методы

Рассмотрим 18 случаев обращения пациентов к ревматологу с узловатой эритемой без других сопутствующих жалоб. Все обратившиеся пациенты – женщины, средний возраст $38,2 \pm 12,8$ года.

Результаты/обсуждение

В 7 случаях был впервые диагностирован саркоидоз, подтвержденный наличием лимфоаденопатии на КТ легких (при этом 5 пациентам были назначены врачом-терапевтом и проведены рентгенография легких и флюорография, не выявившие патологических изменений), гиперкальциемией и повышением уровня ангиотензинпревращающего фермента в сыворотке крови. В двух случаях при уточнении анамнеза имелись указания на эпизоды жидкого стула, предшествующие появлению узловатой эритемы, и при обследовании выявлен йерсиниоз (Ig G $> 1,1$) у 2 больных и сальмонеллез (РПГА 1:400) у 1 пациентки, подтвержденные серологическими методами. У 4 женщин определены высокие титры АСЛ-О (более 500), впоследствии при осмотре отоларинголога диагностированы хронический синусит, хронический тонзиллит, распространенный кариез, потребовавшие проведения антибактериальной терапии и санации полости рта. Две пациентки оказались на ранних сроках беременности. В остальных случаях диагностирована идиопатическая узловатая эритема. Успех лечения узловатой эритемы у наблюдаемых пациентов обеспечила дифференцированная этиологическая терапия, подобранная на основании данных проведенного обследования.

Узловатая эритема – это заболевание, характеризующееся наличием узловатых высыпаний на коже. Узловатая эритема может быть симптомом различных заболеваний, поэтому важно проводить дифференциальную диагностику. В данном исследовании были рассмотрены 18 случаев обращения пациентов к ревматологу с узловатой эритемой. В 7 случаях был впервые диагностирован саркоидоз, подтвержденный наличием лимфоаденопатии на КТ легких (при этом 5 пациентам были назначены врачом-терапевтом и проведены рентгенография легких и флюорография, не выявившие патологических изменений), гиперкальциемией и повышением уровня ангиотензинпревращающего фермента в сыворотке крови. В двух случаях при уточнении анамнеза имелись указания на эпизоды жидкого стула, предшествующие появлению узловатой эритемы, и при обследовании выявлен йерсиниоз (Ig G $> 1,1$) у 2 больных и сальмонеллез (РПГА 1:400) у 1 пациентки, подтвержденные серологическими методами. У 4 женщин определены высокие титры АСЛ-О (более 500), впоследствии при осмотре отоларинголога диагностированы хронический синусит, хронический тонзиллит, распространенный кариез, потребовавшие проведения антибактериальной терапии и санации полости рта. Две пациентки оказались на ранних сроках беременности. В остальных случаях диагностирована идиопатическая узловатая эритема. Успех лечения узловатой эритемы у наблюдаемых пациентов обеспечила дифференцированная этиологическая терапия, подобранная на основании данных проведенного обследования.

Выводы/заключение

При наличии узловатой эритемы даже без сопутствующих жалоб необходимо обследование на предмет саркоидоза (с применением КТ легких, определением уровня ангиотензинпревращающего фермента) и инфекционных процессов, поскольку это определяет тактику ведения больных. Женщинам детородного возраста в определенных случаях целесообразно проведение теста на беременность.

ОПЫТ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ ГИАЛУРОМА CS В КОЛЕННЫЙ И ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ

Юнина Т.А., Авдеева О.С.,

Беляева Е.А., Иолчиева А.В., Латышева Д.В.

Городской ревматологический центр ГУЗ «Городская больница № 9», Тула, Россия

Введение/цель

Лечение пациентов с остеоартритом (ОА) направлено на улучшение качества жизни и отдаление сроков эндопротезирования. Современным методом терапии, позволяющим минимизировать применение анальгезирующих лекарственных препаратов и сохранить двигательную активность пациентов, является введение производных гиалуроновой кислоты в целевые суставы.

Материал и методы

Гиалуром CS – комбинированный препарат для внутрисуставного введения объемом 3 мл, содержащий 60 мг гиалуроната натрия и 90 мг хондроитина сульфата, выпускается в преднаполненном стеклянном шприце, оснащенном системой фиксации иглы типа Луер Лок и предназначен для однократного введения в сустав. Гиалуронат натрия получен методом бактериальной ферментации. Введение препарата в целевой сустав было проведено 32 пациентам с ОА коленного сустава и 15 пациентам с ОА тазобедренного сустава II и III рентгенологических стадий по Келлгрэну–Лоуренсу. Возрастной интервал пациентов 38–82 года. Введение в тазобедренный сустав проводилось надтрохантерным доступом под контролем УЗИ иглой 70 мм. Введение в коленный сустав – латеральным доступом.

Результаты/обсуждение

Переносимость лечения оценена как отличная всеми пациентами при введении препарата в тазобедренный сустав; как отличная и хорошая 93% / 30 пациентов при

введении в коленный сустав и как удовлетворительная – в 7% / 2 пациентами – локальный отек и боль в течение суток после введения (в одном случае побочные эффекты были купированы антигистаминными препаратами, в другом – НПВП). Через месяц после проведенного лечения снизили дозу НПВП 10 (67%) пациентов с коксартрозом и 21 (65%) – с гонартрозом, смогли полностью отказаться от их приема 2 (14%) пациента с коксартрозом и 8 (25%) – с гонартрозом. Купирование ночных болей и боли в покое отметили 42 (89%) пролеченных больных. Средние значения боли по ВАШ до и после лечения у больных с коксартрозом: $68,6 \pm 12,3 / 43,7 \pm 8,2$ мм с гонартрозом: $74,2 \pm 9,1 / 42 \pm 8,5$ мм.

Выводы/заключение

Гиалуром CS является безопасным и удобным в применении комбинированным препаратом для однократного внутрисуставного введения при остеоартрите крупных суставов нижних конечностей, эффективно уменьшающим болевой синдром и потребность в НПВП, что способствует увеличению двигательной активности и улучшению качества жизни пациентов.

СОДЕРЖАНИЕ МОЛЕКУЛЫ АДГЕЗИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ-1 В КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ягода А.В., Корой П.В., Саритхала В.Д.

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

Введение/цель

Молекула адгезии сосудистого эндотелия 1 типа (VCAM-1) обеспечивает адгезию мононуклеарных лейкоцитов к активированному эндотелию с последующей экстравазацией и миграцией клеток в очаг воспаления. Целью исследования явилось изучение показателей растворимой VCAM-1 при ревматоидном артрите.

Материал и методы

Обследовано 134 больных ревматоидным артритом (30 мужчин, 104 женщины) в возрасте от 20 до 66 лет. Значения шкалы DAS28 у пациентов равнялись 5,49 (4,88–6,01). В большинстве случаев была диагностирована III рентгенологическая стадия, II и III функциональные классы ревматоидного артрита. Контрольную группу составили 70 практически здоровых человек в возрасте от 22 до 55 лет. Концентрацию VCAM-1 в крови определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты/обсуждение

При ревматоидном артрите отмечалось достоверное увеличение концентрации VCAM-1 в крови ($p < 0,05$). Пол больных, а также клиническая стадия заболевания не влияли на содержание VCAM-1 в крови. В случаях наличия ревматоидного фактора или антител к циклическому цитруллиновому пептиду в крови показатели молекулы адгезии были более высокими ($p < 0,05$), чем при серонегативных формах ревматоидного артрита. У пациентов с отсутствием ревматоидного фактора или антител к циклическому цитруллиновому пептиду плазменные уровни VCAM-1 не отличались от величин контрольной группы. Значения адгезина не были взаимосвязаны с активностью заболевания, определяемой по данным индекса DAS28, тяжестью рентгенологических изменений суставов, в том числе с наличием или отсутствием эрозий. Вне зависимости от функционального класса ревматоидного артрита определялось

увеличенное сывороточное содержание молекулы адгезии. Наличие у больных системных проявлений характеризовалось достоверно более высокой концентрацией VCAM-1 в крови ($p < 0,05$). Появление осложнений ревматоидного артрита или его сочетание с анемией или тромбоцитозом не влияло на динамику медиатора межклеточных взаимодействий.

Выводы/заключение

Содержание молекулы адгезии сосудистого эндотелия-1 в крови увеличено при ревматоидном артрите, особенно в случаях серопозитивных форм и наличия системных проявлений, что характеризует влияние адгезина на иммунологические отклонения у больных.

ОСОБЕННОСТИ ВНЕСКЕЛЕТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У ПАЦИЕНТОВ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Якубова У.А., Бугрова О.В.

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

Введение/цель

Пациенты с анкилозирующим спондилитом (АС) часто имеют различные внескелетные проявления (ВСП), такие как передний увеит, воспалительные заболевания кишечника, псориаз (Essers I. et al, 2015). При этом ВСП снижают качество жизни больных и могут повлиять на течение и тактику терапии АС (Elwaut D. et al, 2009). Изучение частоты и факторов риска ВСП при АС остается актуальной проблемой. Оценка особенностей ВСП у пациентов Оренбургской области явилась целью данной работы.

Материал и методы

В исследование включено 65 пациентов Оренбургской области 17 (26,2%) женщин и 48 (73,8%) мужчин с достоверным диагнозом АС. Средний возраст пациентов составил 38 [31,5; 47,5] лет, давность заболевания – 16 [11; 26] лет, индекс BASDAI – 5,1 [3,5; 7], ASDAS-СРБ – 3,3 [2,6; 4,25], MASES – 2 [0; 3,5], BASFI – 5,4 [2,5; 7,2]. Оценивали наличие ВСП по результатам обследования или по данным амбулаторных карт. Обработку полученных результатов осуществляли с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10».

Результаты/обсуждение

У обследуемых имелись нарушения проводящей системы сердца (НПСС), зарегистрированные на ЭКГ, увеит, псориаз, болезнь Крона (БК). Анализ внутри подгрупп при наличии или отсутствии ВСП в зависимости от пола, возраста, длительности заболевания и активности по индексу BASDAI не показал достоверных различий, хотя имелась тенденция к более частой встречаемости ВСП при большей длительности заболевания. НПСС имели место у 33 (50,8%) пациентов, преимущественно (68%) в группе старше 41 года, несколько чаще у мужчин (54,2%) при более высокой активности АС (48,8%); $p > 0,05$. Увеит диагностирован у 5 (7,7%) больных старше 31 года с тенденцией к более частой встречаемости у мужчин (8,3%); $p > 0,05$. Псориаз имелся у 5 (7,7%) больных, несколько чаще у женщин (11,8%) и не зависел от исходной степени активности заболевания; $p > 0,05$. БК встречалась у 1 (1,5%) пациентки в возрасте 54 лет, при высокой активности АС и давности заболевания 36 лет.

Выводы/заключение

Из внескелетных проявлений у пациентов с АС достоверно чаще выявляются нарушения проводящей системы сердца, зарегистрированные на ЭКГ (50,8%), реже — увеит (7,7%), псориаз (7,7%) и болезнь Крона (1,5%). Имеется тенденция к более частой встречаемости внескелетных проявлений при большей давности заболевания АС.

МИКРОКРИСТАЛЛИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП ОСТЕОАРТРИТА

Якупова С.П.

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

Введение/цель

В последние годы накапливаются данные, что патогенез остеоартрита (ОА) является сложным и ОА имеет разные субтипы. Выделение фенотипов ОА является важным, так как это может способствовать пониманию механизмов прогрессирования заболевания, а также позволить проводить таргетную терапию. Одним из выделяемых фенотипов является микрокристаллический, связанный с врожденным иммунитетом.

Материал и методы

Проведен анализ литературы, содержащей фундаментальные и клинические исследования по ОА.

Результаты/обсуждение

У пациентов с ОА отмечается отложение кальций-содержащих кристаллов в суставном хряще и параартикулярных тканях. В основном это два типа кристаллов: кальция дигидрат пирофосфат (пирофосфат кальция, ПФК) и основные фосфаты кальция, в том числе гидроксипатит (ГА) (Hang-Korng E. и др., 2011). При III–IV стадии ОА — преобладал (65,8–77% случаев) ГА (Дубиков А.И. и др., 2012 г.). Проведенные исследования показали, что это происходит как активный процесс, который назвали «микрокристаллическим стрессом». Содержащие кальций кристаллы вызывают воспаление через взаимодействие с различными компонентами системы врожденного иммунитета — они способны индуцировать продукцию хондроцитов оксида азота TLR2-зависимым способом (Liu-Bryan R. и др., 2005); вовлекать NLRP3 инфламмосомы в макрофаги и высвобождать провоспалительные цитокины IL-1 β и IL-18 (Pazar V. и др., 2011), а также другие медиаторы воспаления — простагландины (Morgan и др., 2004), MMP (McCarthy и др., 1994), и S100A8 (Cunningham и др., 2012). По результатам 150 аутопсий кристаллы выявлены у 93% больных с тяжелой формой ОА и 24% — с минимальным ОА или без ОА (Gordon G.V. и др., 1984). В 72,7% случаев микрокристаллические депозиты в хряще выявлены рентгеновским дифрактометром в послеоперационном материале у пациентов с ОА, прошедших эндопротезирование (Дубиков А.И. и др., 2016), причем эти изменения предварительно не выявлялись рентгенографически. Проводимые фундаментальные исследования направлены на поиск потенциальных целей противодействия эффектам микрокристаллического стресса.

Выводы/заключение

Имеющиеся исследования свидетельствуют о наличии микрокристаллического фенотипа ОА, который ассоциирован с врожденным иммунитетом. Усиление кристаллизации хряща связано с прогрессированием ОА. Но на сегодняшний день имеются трудности для внедрения этих данных в обычную клиническую практику в связи со слож-

ностью идентификации этого фенотипа (нет доступного и простого способа диагностики) и отсутствия доказанной таргетной терапии, замедляющей прогрессирование ОА при этом фенотипе.

ПАЦИЕНТ, ПОЛУЧАЮЩИЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ: ЧТО ОН ЗНАЕТ О ГЛЮКОКОРТИКОИДНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ, ЗАНИМАЕТСЯ ЛИ ПРОФИЛАКТИКОЙ И ПОЛУЧАЕТ ЛИ НЕОБХОДИМОЕ ЛЕЧЕНИЕ?

Якупова С.П., Демидов Р.О.

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

Введение/цель

Системные глюкокортикоиды (сГК) применяются в различных областях медицины и являются значимым фактором риска остеопороза (ОП). Цель — оценить частоту проведения профилактики ОП, использования противоостеопоротических препаратов (пОПп), а также осведомленность об ОП пациентов, длительно принимающих сГК.

Материал и методы

В исследование включено 50 пациентов (10 мужчин и 40 женщин), принимающих сГК, госпитализированных в отделения ревматологии — 30 (60%), пульмонологии — 5 (10%), гастроэнтерологии — 5 (10%), нефрологии — 10 (20%) РКБ № 1 МЗ РТ. Средний возраст составил 48,84 \pm 14,03 года (от 26 до 73 лет). Оценивались клинические данные, факторы риска ОП, имеющиеся инструментальные (рентгенография, денситометрия) показатели. Оценен риск переломов по FRAX, применялся самостоятельно разработанный опросник для выяснения осведомленности пациентов о глюкокортикоидном остеопорозе.

Результаты/обсуждение

Длительность приема сГК — 5,93 \pm 4,86 года. Минимальная доза сГК в сутки (в пересчете на преднизолон) — 7,5 мг; максимальная — 60 мг. 10-летний абсолютный риск основных остеопоротических переломов по FRAX, скорректированный по дозе сГК, — 18,11 \pm 11,01. 32 (64%) пациентам врачами были даны рекомендации по изменению образа жизни и характера питания для профилактики ОП, по приему препаратов кальция и витамина D — 40 (80%), причем соблюдают рекомендации и принимают препараты кальция только 31 (62%). Из них только 14 (45,2%) пациентов принимали необходимую суточную дозу кальция и витамина D. Показания для назначения пОПп выявлены у 18 пациентов, но только 6 (33,3%) пациентам было назначено лечение, преимущественно бисфосфонаты. Ежегодную денситометрию после начала лечения проходит только половина из них. 72,2% пациентов с ОП принимают препараты кальция и 30,7% — необходимую суточную дозу кальция и витамина D.

Выводы/заключение

Несмотря на достижения в диагностике и лечении ОП, сохраняется разрыв между клиническими рекомендациями и реальной медицинской практикой. Менее 60% пациентов принимают кальций и витамин D, рекомендованные всем, начавшим терапию ГК; не более 33% нуждающихся получают терапию пОПп, лишь половина из них проходит ежегодную денситометрию. Пациенты недостаточно информированы об изменении образа жизни и характера питания для профилактики ОП. Необходимо проведение школ для пациентов с ОП и образовательных программ для врачей всех специальностей.

Содержание

Влияние базисной, биологической и психофармакологической терапии на динамику психических расстройств у больных ревматоидным артритом 3 <i>Абрамкин А.А., Лисицына Т.А., Вельтищев Д.Ю., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Насонов Е.Л.</i>	Роль антител к ксантиноксидазе в развитии иммунопатологических реакций при ревматических заболеваниях 9 <i>Алехина И.Ю., Александрова Н.В., Александров В.А., Ненашева Н.В., Александров А.В.</i>
Частота поражения почек при подагре 4 <i>Авдеева О.С., Юнина Т.А.</i>	Поражения сердца у больных анкилозирующим спондилитом 10 <i>Алиахунова М.Ю.</i>
Остеоартрит в работе врача поликлинического звена 4 <i>Авдеева О.С., Юнина Т.А.</i>	Иммунологическая характеристика больных реактивным артритом различной этиологии 10 <i>Алиахунова М.Ю.</i>
Гендерные особенности качества жизни пациентов с гонартритом 4 <i>Аверкиева Ю.В., Раскина Т.А., Королева М.В., Малышенко О.С., Дубаева А.М.</i>	Выбор генно-инженерной биологической терапии при ревматоидном артрите и возраст пациента 11 <i>Алиев Д.Б., Зоткин Е.Г.</i>
Качество жизни пациентов с гонартритом на фоне комбинированной терапии диафлексом и алфлутопом 4 <i>Аверкиева Ю.В., Раскина Т.А., Королева М.В., Малышенко О.С., Дубаева А.М.</i>	Безопасность ритуксимаба при системной склеродермии: спектр нежелательных явлений 11 <i>Ананьева Л.П., Конева О.А., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Овсянникова О.Б., Захарова А.Ю., Волков А.В., Гарзанова Л.А.</i>
Поражение тазобедренных суставов при анкилозирующем спондилите по данным магнитно-резонансной томографии 5 <i>Агафонова Е.М., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Красненко С.О., Румянцева О.А., Румянцева Д.Г., Старкова А.С., Подряднова М.В., Урумова М.М., Эрдес Ш.Ф.</i>	Повреждение почек у больных со спондилоартритами, принимавших нестероидные противовоспалительные препараты постоянно и курсами (сравнительный анализ) 12 <i>Апаркина А.В., Гайдукова И.З., Хонджарян Э.В., Ребров А.П.</i>
Влияние терапии анкилозирующего спондилита на поражение тазобедренных суставов по данным магнитно-резонансной томографии 5 <i>Агафонова Е.М., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Красненко С.О., Румянцева О.А., Румянцева Д.Г., Старкова А.С., Подряднова М.В., Урумова М.М., Эрдес Ш.Ф.</i>	Взаимосвязь боли в суставах и нарушений ритма сердца у детей с ювенильным артритом 12 <i>Атаянц О.К., Завалихина Т.В., Голуб Е.В., Павлова Л.Б., Козлова И.А., Строганова И.В.</i>
Современное течение инфекционного эндокардита 6 <i>Азина И.Б., Павлова М.В., Кречикова Д.Г., Алдохина Е.О.</i>	Взаимосвязь между уровнем никотинамид-фосфорибозилтрансферазы и лабораторными маркерами воспаления у пациентов с ревматоидным артритом 13 <i>Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В., Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е., Зборовская И.А.</i>
Оптимизация алгоритма дифференциальной диагностики ранних артритов с использованием методов ультрасонографии суставов и сывороточных маркеров субклинического воспаления 6 <i>Акимова А.А., Королев М.А., Омельченко В.О., Муллагалиев А.А.</i>	О вегетативной дисрегуляции системы кровообращения у больных ревматоидным артритом 13 <i>Бабаджанов Ж.К.</i>
Суточное мониторирование центрального аортального давления у больных анкилозирующим спондилоартритом 7 <i>Аксенова Т.А., Иващенко Н.Ф., Царенок С.Ю.</i>	Возможности эндопротезирования крупных суставов у пациентов с высокой активностью ревматоидного артрита 13 <i>Бабаджанов Ж.К., Нуржанов Б.Б.</i>
Валидация опросника EQ-5D-5L в России 7 <i>Акулова А.И., Гайдукова И.З., Ребров А.П.</i>	С чем связана низкая выявляемость реактивных артритов 14 <i>Бадокин В.В.</i>
Болезнь Бехчета – современные тенденции 8 <i>Алекберова З.С.</i>	Ревматоидный артрит у пожилых пациентов: нужны специальные критерии? 14 <i>Баймухамедов Ч.Т.</i>
Антитела к DFS70 – новый биомаркер для исключения диагноза системной красной волчанки у АНФ-позитивных здоровых лиц 8 <i>Александрова Е.Н., Верижникова Ж.Г., Новиков А.А., Панафидина Т.А., Попкова Т.В.</i>	Антирезорбтивный эффект деносумаба при лечении остеопороза у больных с ревматоидным артритом 14 <i>Банищикова Н.Е., Королев М.А., Летьгина Е.А., Омельченко В.О.</i>
Роль антител к ксантиноксидазе и аденозиндезаминазе в развитии сосудистых нарушений у больных системной красной волчанкой с признаками антифосфолипидного синдрома 9 <i>Александров А.В., Алехина И.Ю., Александрова Н.В., Ненашева Н.В., Александров В.А.</i>	Ассоциация полиморфизма гена IL1β, IL4, IL10 и TNF с сывороточной продукцией остеокальцина и β-СТХ 15 <i>Банищикова Н.Е., Королев М.А., Летьгина Е.А., Омельченко В.О., Шевченко А.В., Прокофьев В.Ф., Коненков В.И.</i>

Сравнительный анализ антирезорбтивной эффективности деносумаба и пероральных бисфосфонатов у пациентов с ревматоидным артритом и остеопорозом	16	Состояние почек у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты	23
<i>Банщикова Н.Е., Королев М.А., Летягина Е.А., Омельченко В.О.</i>		<i>Бичурина Д.М., Гайдукова И.З., Ребров А.П.</i>	
Распространенность и структура кардиоваскулярной патологии у больных молодого возраста с тяжелыми формами псориаза	16	Сердечно-сосудистые риски и состояние почек у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты	24
<i>Баткаева Н.В., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А.</i>		<i>Бичурина Д.М., Гайдукова И.З., Ребров А.П.</i>	
Редкий клинический случай агрессивного течения артериита Такааясу у пациентки 27 лет	17	Состояние костного метаболизма у больных псориазическим артритом с психоэмоциональными расстройствами	24
<i>Бахметьев А.С., Шубин А.Г., Каляев А.О.</i>		<i>Благинина И.И., Реброва О.А., Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д., Покрышка И.И.</i>	
Профиль пациента с ревматоидным артритом, поступающего на эндопротезирование суставов, и послеоперационные риски (на примере жителей Чувашской республики)	17	Анализ эффективности ингибиторов фактора некроза опухоли α у пациентов с псориазическим артритом (собственный опыт)	24
<i>Башкова И.Б., Безлюдная Н.В., Дидиченко С.Н., Карпунин А.С.</i>		<i>Богданова Е.А., Несмеянова О.Б., Богданов А.А., Соловьёва О.В.</i>	
Анализ тактики ведения пациентов с ревматическими заболеваниями, длительное время получающих глюкокортикоидные препараты	18	Влияние абатацепта на цитокиновый профиль пациентов с ревматоидным артритом	25
<i>Башкова И.Б., Мадьянов И.В.</i>		<i>Борисова М.А., Лукина Г.В., Сигидин Я.А., Лучихина Е.Л., Каратеев Д.Е., Новиков А.А., Александрова Е.Н., Аронова Е.С., Глухова С.И., Насонов Е.Л.</i>	
Оценка адекватности использования метотрексата в терапии ревматоидного артрита врачами амбулаторно-поликлинического звена	18	Анализ заболеваемости ревматологическими заболеваниями в Астраханской области за 15 лет	25
<i>Башкова И.Б., Воробьева Т.И., Кудряшова Е.Н.</i>		<i>Браташ В.И., Огнева Е.А., Матющенко С.В., Агапова Н.П., Расевич Т.Г.</i>	
Роль активации аутоиммунного воспаления в развитии эндотелиальной дисфункции	19	Опыт лечения больных гонартрозом препаратом «Ферматрон плюс» за трехлетний период	26
<i>Башлакова Н.А., Тябут Т.Д., Буглова А.Е., Кравчук З.М., Марцев С.П.</i>		<i>Браташ В.И., Матющенко С.В., Огнева Е.А., Расевич Т.Г., Агапова Н.П.</i>	
Особенности течения системной красной волчанки для развития атеросклероза	19	Имеем ли мы сегодня альтернативы терапии ревматоидного артрита двумя и более болезнью-модифицирующими препаратами?	26
<i>Башлакова Н.А., Тябут Т.Д., Буглова А.Е.</i>		<i>Бубликов Д.С., Анчугина Д.А.</i>	
Активность энзимов пуринового и пиримидинового циклов в лизатах лимфоцитов у больных системной красной волчанкой	19	Влияние хронической ишемии нижних конечностей на интенсивность болевого синдрома у пациентов с остеоартритом коленных суставов и противоболевой эффект НПВП	27
<i>Бедина С.А., Мартемьянов В.Ф., Мозговая Е.Э.</i>		<i>Бубликов Д.С., Анчугина Д.А.</i>	
Особенности клинического течения системной красной волчанки у больных с отсутствием антител к нативной ДНК	20	Смертность от хронической ревматической болезни сердца в Тульской области в 2001–2015 гг.	27
<i>Белоглазов В.А., Петров А.А., Шадуро Д.В., Петров А.В.</i>		<i>Вайсман Д.Ш., Никитина Е.С., Плахова А.О., Сороцкая В.Н.</i>	
Оценка уровня 25(ОН)D у пациентов с остеопорозом и остеоартрозом	20	Ступенчатая терапия остеоартрита хондроитинсульфатом у больных с кардиоваскулярными рисками	27
<i>Беляева Е.А., Авдеева О.С.</i>		<i>Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Никитин А.В., Бурдина Н.С., Барсукова Н.А.</i>	
Приверженность лечению пациентов с остеопорозом	21	Оценка влияния половых гормонов на течение ревматоидного артрита	28
<i>Беляева Е.А.</i>		<i>Васькова О.А., Везикова Н.Н., Марусенко И.М.</i>	
Коморбидная патология при осложненном постменопаузальном остеопорозе	21	Роль мультиплексного иммунного анализа антиядерных антител при системной красной волчанке	28
<i>Беляева Е.А., Хадарцев А.А.</i>		<i>Верижникова Ж.Г., Александрова Е.Н., Новиков А.А., Панафидина Т.А., Серодакина Н.В., Попкова Т.В., Айзина Н.Л., Насонов Е.Л.</i>	
Роль антител к пуриноклеозидфосфоорилазе и гуанозиндезаминазе в диагностике органических поражений у больных системной красной волчанкой	22		
<i>Бенедикция Е.В., Алехина И.Ю., Александров А.В.</i>			
Патогенетическое лечение гоноартроза	22		
<i>Бердиева Д.У.</i>			
Сравнительная характеристика эффективности сочетанной базисной терапии и биологических агентов в лечении ревматоидного артрита	23		
<i>Бужор О.В., Гроппа Л.Г.</i>			

Факторы риска остеопороза у больных с болезнью депонирования кристаллов пирофосфата кальция	29	Особенности внутренней картины болезни у больных анкилозирующим спондилитом	35
<i>Владимиров С.А., Елисеев М.С., Желябина О.В., Смирнов А.В., Глухова С.И.</i>		<i>Грехов Р.А., Харченко С.А., Мякишев М.В., Рогаткина Т.Ф., Черкесова Е.Г., Левкина М.В.</i>	
Оценка психометрических свойств опросника LupusQol у больных системной красной волчанкой	29	Острая ревматическая лихорадка: трудности диагностики	36
<i>Воробьева Л.Д., Асеева Е.А., Соловьев С.К., Амирджанова В.Н.</i>		<i>Гриднева Р.И., Закиров М.М., Кондрыкинский Е.Л., Початкова Г.И., Житенева А.И., Хомарова Е.В.</i>	
Уровень интерлейкина 17А у больных анкилозирующим спондилитом остается повышенным в течение года, несмотря на успешное лечение и-ФНОα	30	Случай болезни Бехчета у подростка	36
<i>Гайдукова И.З., Апаркина А.В., Хондкарян Э.В., Ребров А.П.</i>		<i>Гриднева Р.И., Закиров М.М., Хомарова Е.В., Ковешникова Н.А.</i>	
Эффективность постоянного и деэскалационного применения цефекоксиба у больных анкилозирующим спондилитом	30	Сравнение клинических характеристик в начальных стадиях серонегативного и серопозитивного ревматоидного артрита	37
<i>Гайдукова И.З., Дорогойкина К.Д., Гамаюнова К.А., Ребров А.П.</i>		<i>Гронна Л.Г., Нистор А.И.</i>	
Оценка двигательной активности у пациентов, перенесших перелом проксимального отдела бедренной кости	31	Диагностика анкилозирующего спондилоартрита у женщин	37
<i>Ганерт О.А., Еришова О.Б., Белова К.Ю., Романова М.А., Сеницына О.С.</i>		<i>Гронна Л., Сырбу О.</i>	
Выявление раннего атеросклероза у больных системной красной волчанкой по результатам исследования экстракраниальных сосудов	31	Поражение глаз при ревматоидном артрите	38
<i>Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Арипова Н.А.</i>		<i>Гронна Л.Г., Усатый Р.А.</i>	
Опыт работы кабинета терапии генно-инженерными биологическими препаратами СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25»	32	Динамика МРТ-сакроилита у больных с ранним периферическим псориатическим артритом за 1 год терапии (предварительные результаты)	38
<i>Гапонова Т.В., Нестеров Ю.А.</i>		<i>Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В., Смирнов А.В., Глухова С.И., Каратеев Д.Е.</i>	
Качество жизни больных ревматоидным артритом на фоне длительной терапии тоцилизумабом. Предварительные данные	32	Диагностика аксиального поражения при раннем периферическом псориатическом артрите	39
<i>Герасимова Е., Попкова Т., Болушева А., Герасимова Д., Пашанова О.</i>		<i>Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю., Смирнов А.В., Глухова С.И., Коротаева Т.В.</i>	
Уровни матричной протеиназы-3, антител к модифицированному цитруллинированному виментину и антител к окисленному липопротеину низкой плотности в крови пациентов с ревматоидным артритом	33	Ассоциация поражения осевого скелета с активностью периферического артрита и тяжестью поражения кожи у больных ранним периферическим псориатическим артритом	39
<i>Герасимова Е., Попкова Т., Черкасова М., Александрова Е., Новиков А., Новикова Д.</i>		<i>Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю., Смирнов А.В., Глухова С.И., Коротаева Т.В.</i>	
Динамика изменений аорты и клапанов сердца у больных анкилозирующим спондилитом	33	Использование кластерного анализа в оценке микробиоты больных ревматическими заболеваниями	40
<i>Годзенко А.А., Корсакова Ю.О., Румянцева О.А., Бочкова А.Г., Эрдес Ш.Ф., Бадюкин В.В.</i>		<i>Гульнева М.Ю., Носков С.М., Малафеева Э.В.</i>	
Особенности нарушений в системе эластин-эластаза как процесс, манифестирующий отдельные клинические проявления системной красной волчанки	34	Антигены гистосовместимости HLA класса I у больных передними увеитами С и без анкилозирующего спондилита	40
<i>Гонтарь И.П., Емельянова О.И., Маслакова Л.А., Русанова О.А., Трофименко А.С.</i>		<i>Гусева И.А., Годзенко А.А., Разумова И.Ю.</i>	
Аспекты антителогенеза к белку S-100 у больных ревматоидным артритом	34	Аллели HLA-B*27 не ассоциированы с особенностями клинического течения анкилозирующего спондилита в российской популяции	41
<i>Гонтарь И.П., Маслакова Л.А., Баранов Е.В., Парамонова О.В., Трофименко А.С.</i>		<i>Гусева И.А., Логинова М.А., Парамонов И.В., Подряднова М.В., Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф.</i>	
Коморбидность у больных анкилозирующим спондилитом	35	Назначение генно-инженерных биологических препаратов у больных ранним ревматоидным артритом, не отвечающих на монотерапию метотрексатом, ассоциировано с полиморфизмом гена CTLA-4 (+49A>G)	41
<i>Горячева С.А., Погребная М.В., Фомина О.П., Попова В.А., Белованская М.Н., Кострикова М.Э.</i>		<i>Гусева И.А., Лучихина Е.Л., Абрамов Д.Д., Сорока Н.Е., Демидова Н.В., Александрова Е.Н., Новиков А.А., Самаркина Е.Ю., Трофимов Д.Ю., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л.</i>	
Тревожно-депрессивные нарушения у пациентов с анкилозирующим спондилитом	35	Эффективность нафталана в комплексной физиотерапии у больных анкилозирующим спондилитом	42
<i>Грехов Р.А.</i>		<i>Гусейнов Н.И.</i>	
		Роль системной энзимотерапии в комплексном лечении синдрома ограничения подвижности суставов у больных сахарным диабетом	42
		<i>Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н., Сулейманова Р.Т.</i>	

Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду и модифицированному цитруллинированному виментину у больных ревматоидным артритом в сочетании с аутоиммунным тиреозитом	43	Своевременность диагностики реактивных артритов врачами амбулаторно-поликлинического звена	50
<i>Дворовкин А.Э., Один В.И.,</i> <i>Инамова О.В., Тыренко В.В., Топорков М.М.</i>		<i>Журавлева М.О.</i>	
Клинико-лабораторные особенности течения синдрома Шегрена при ревматоидном артрите и системной красной волчанке	43	Клинико-экономическая эффективность антибиотикотерапии при реактивном артрите	50
<i>Демина О.В., Ушакова Е.Н., Лила А.М.</i>		<i>Журавлева М.О., Коровина Е.В., Твердохлебова Е.Д.</i>	
Особенности факторов, приводящих к развитию анемического синдрома у детей с ревматическими заболеваниями	43	Эффективность и безопасность эторикоксиба и мелоксикама в лечении гонартроза	51
<i>Джафарова С.М., Мусаев С.Н.</i>		<i>Заводовский Б.В., Сивордова Л.Е.,</i> <i>Полякова Ю.В., Никитина Н.В., Ахвердян Ю.Р.</i>	
Сравнительная характеристика магнитно-резонансной томографии и рентгенографии в диагностике раннего ревматоидного артрита	44	Клиника и течение ANCA-ассоциированных васкулитов у детей	51
<i>Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Зияева Ф.К.</i>		<i>Закиров М.М., Кондратова И.В., Кондрькинский Е.Л.,</i> <i>Настаушева Т.Л., Початкова Г.И., Хомарова Е.В.</i>	
Сравнение эффективности деносуаба при лечении остеопороза у пациенток с ревматоидным артритом и женщин с первичным остеопорозом	44	Малоинвазивное хирургическое лечение височно-нижнечелюстных суставов у пациентов с различной ревматической патологией	52
<i>Добровольская О.В., Коваленко П.С., Никитинская О.А.,</i> <i>Дыдыкина И.С., Торопцова Н.В., Насонов Е.Л.</i>		<i>Заславский И.Д., Дробышев А.Ю.,</i> <i>Дубинина Т.В., Эрдес Ш., Кузнецов А.Н.</i>	
Качество жизни пациентов с ревматоидным артритом на ранних этапах заболевания	45	Оценка поражений внутренних органов в современной когорте больных системной склеродермией	52
<i>Доценко С.С., Шилова Л.Н.</i>		<i>Захарова А.Ю., Ананьева Л.П.,</i> <i>Конева О.А., Старовойтова М.Н.,</i> <i>Гордеев А.В., Десинова О.В., Овсянникова О.Б.</i>	
Особенности суставного синдрома при саркоидозе	45	Состояние сердечно-сосудистой системы у больных системной красной волчанкой по данным холтеровского мониторирования	53
<i>Егорова О.Н., Белов Б.С., Савушкина Н.М.</i>		<i>Зияева Ф.К., Джураева Э.Р., Ганиев Д.А.</i>	
Сравнение методов УЗИ, КТ, рентгенографии и МРТ для динамической оценки проявлений хронической тофусной подагры (тофусы, эрозивное поражение, синовиты)	46	Сравнительное исследование генотипа HLA-B5/51 в двух этнических группах	53
<i>Елисеев М.С., Желябина О.В.,</i> <i>Владимиров С.А., Чикина М.Н., Северинова М.В.,</i> <i>Смирнов А.В., Кудинский Д.М., Мирович О.В.</i>		<i>Измаилова Ф.И., Кудяев М.Т., Алекберова З.С.</i>	
Синдром вегетативной дисфункции как проявление синдрома соединительнотканной дисплазии у студентов медакадемии	46	Опыт применения голимумаба в лечении ревматоидного артрита г. Алматы	53
<i>Еременко С.И., Погребная М.В.,</i> <i>Куцына З.А., Федулова Е.А.</i>		<i>Исаева Б.Г., Дильманова Д.С.,</i> <i>Габдулина Г.Х., Турдалин Н.Б.,</i> <i>Есиркепова Г.С., Надирова АА., Хайдарова Ю.М.,</i> <i>Омарова К.С., Аташева А.А., Машкунова О.В.</i>	
Трудности диагностики неврологических проявлений системных ревматических заболеваний	47	Влияние снижения массы тела на течение остеоартроза у женщин с ожирением	54
<i>Еременко С.И., Погребная М.В.,</i> <i>Фомина О.П., Пчельникова Т.А.</i>		<i>Искандерова С.Дж.,</i> <i>Маманазарова Д.К., Максудова М.Б.</i>	
Факторы риска переломов проксимального отдела бедренной кости у мужчин	47	Формирование сердечно-сосудистой коморбидности при остеоартрите	54
<i>Ершова О.Б., Сеницына О.С.,</i> <i>Белова К.Ю., Ганерт О.А., Романова М.А.</i>		<i>Кабальк М.А.</i>	
Суставной синдром у больных вирусными гепатитами	48	Особенности ремоделирования субхондральной кости при остеоартрите с сердечно-сосудистой коморбидностью	55
<i>Жилонова А.Н., Ахмедова Н.К., Нормуродов Ж.А.</i>		<i>Кабальк М.А.</i>	
Ранняя диагностика НПВП-индуцированной гастропатии	48	Значение белков теплового шока в патогенезе остеоартрита	55
<i>Жилонова А.Н., Ахмедова Н.К., Нормуродов Ж.А.</i>		<i>Кабальк М.А., Коровко Ю.В.,</i> <i>Кашиперов А.А., Суняйкин А.Б.</i>	
Особенности течения системного склероза в зависимости от типа выявляемых специфических антиядерных антител	49	Оценка эффективности диацереина (орцерина) у больных остеоартрозом	56
<i>Жирик О.А., Апанасович В.Г., Достанко Н.Ю.</i>		<i>Касимова М.Б.</i>	
Влияние триггерных инфекций на уровни цитокинов при реактивном артрите	49	Состояние минеральной плотности костной ткани у больных анкилозирующим спондилитом	56
<i>Журавлева М.О.</i>		<i>Касимова М.Б.</i>	
		Эффективность комбинированной терапии хондрогадом и диацереином у больных остеоартрозом	56
		<i>Касимова М.Б., Зияева Ф.К.</i>	

Влияние симптоматических препаратов замедленного действия на прогрессирование остеоартроза коленных суставов у больных с длительностью заболевания до пяти лет при пятилетнем проспективном наблюдении 57	Влияние ревматоидного артрита на показатели молекулы адгезии эндотелия и тромбоцитов-1 в крови 64
<i>Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Алексеева Л.И.</i>	<i>Корой П.В., Саритхала В.Д., Ягода А.В.</i>
Уровень интерлейкина-6 в крови у больных остеоартрозом на ранних стадиях заболевания 57	Антиген HLAB27 как потенциальный маркер ответа на противоревматическую терапию у пациентов, страдающих серонегативными спондилоартритами 64
<i>Клементьева В.И., Чернышева Т.В., Сарычева Ю.А.</i>	<i>Королев М.А., Коненков В.И., Летягина Е.А., Прудникова М.А., Омельченко В.О., Банищикова Н.Е.</i>
Показатели биохимических маркеров костной ткани на ранних стадиях остеоартроза 58	Влияние циркуляторных и метаболических нарушений на суставной хрящ на примере биологической модели остеоартроза 65
<i>Клементьева В.И., Чернышева Т.В., Сиротина Г.В.</i>	<i>Корочина К.В., Чернышёва Т.В., Корочина И.Э.</i>
Оценка качества жизни, связанного со здоровьем у кыргызских пациентов с системной красной волчанкой 58	Влияние ожирения на эффективность терапии псориазического артрита и псориаза 65
<i>Койлубаева Г.М., Асеева Е.А., Соловьев С.К., Решетняк Т.М., Насонов Е.Л., Джумагулова А.С., Каримова Э.Р., Джайлобаева К.А., Джетыбаева М.К., Джумакадырова А.Ж.</i>	<i>Корсакова Ю.Л., Кортаева Т.В.</i>
Состояние тканей пародонта у больных ревматоидным артритом 59	Псориазическая болезнь и неалкогольная жировая болезнь печени 66
<i>Колотова Н.Н., Колотова Г.Б., Кузнецова Н.А.</i>	<i>Корсакова Ю.Л., Кортаева Т.В.</i>
Влияние психологических особенностей пациентов с анкилозирующим спондилитом на приверженность к лечению 59	Остеоартрит, боли в нижней части спины и депрессия 66
<i>Колотова Г.Б., Кузнецова Н.А.</i>	<i>Коршунов Н.И., Яльцева Н.В., Филатова Ю.С., Речкина Е.В.</i>
Особенности клинического течения анкилозирующего спондилоартрита у женщин 59	Определение предикторов достижения неактивного заболевания и обострений у пациентов с системным ювенильным идиопатическим артритом, получающих терапию тоцилизумабом 67
<i>Комаров В.Т., Деина О.В., Никишина А.Ю., Носанова М.Н., Хичина Н.С., Фадеева С.С.</i>	<i>Костик М.М., Исупова Е.А., Чикова И.А., Дубко М.Ф., Масалова В.В., Снегирева Л.С., Калашикова О.В., Часнык В.Г.</i>
Влияние рамиприла на оценку ангиогенеза у больных ревматоидным артритом 60	Определение диагностических признаков, позволяющих дифференцировать ревматические «маски» онкогематологических заболеваний и системный ювенильный идиопатический артрит 67
<i>Комарова Е.Б., Ребров Б.А., Бешимова Р.К., Маяцкий А.С.</i>	<i>Костик М.М., Шилова Е.А., Аврусин И.С., Корин Ю.Ю., Копчак О.Л., Исупова Е.А., Чикова И.А., Панова Т.Ф., Дубко М.Ф., Масалова В.В., Снегирева Л.С., Корнишина Т.Л., Калашикова О.В., Часнык В.Г.</i>
Оценка риска развития сахарного диабета 2 типа у больных ревматоидным артритом с помощью опросника FINDRISK 60	Опыт применения тоцилизумаба у пациентов с полиартикулярным вариантом ювенильного идиопатического артрита: результаты 42-месячного ретроспективного наблюдения 68
<i>Кондратьева Л.В., Попкова Т.В., Насонов Е.Л.</i>	<i>Костик М.М., Чикова И.А., Исупова Е.А., Дубко М.Ф., Масалова В.В., Лихачева Т.С., Снегирева Л.С., Гайдар Е.В., Калашикова О.В., Часнык В.Г.</i>
Влияние анти-В-клеточной терапии препаратом ритуксимаб на легочную функцию пациентов с системной склеродермией с интерстициальным поражением легких 61	Болезнь такаясу у детей: опыт лечения и многолетнего наблюдения 68
<i>Конева О.А., Десинова О.А., Овсянникова О.Б., Старовойтова М.Н., Глухова С.И., Ананьева Л.П.</i>	<i>Костина Ю.О., Лыскина Г.А.</i>
Значение компьютерной томографии высокого разрешения в оценке эффективности ритуксимаба у пациентов с интерстициальным поражением легких при системной склеродермии 61	Отдаленные результаты применения ритуксимаба при лечении полимиозита, дерматомиозита 69
<i>Конева О.А., Ковалева Н.В., Десинова О.В., Овсянникова О.Б., Старовойтова М.Н., Ананьева Л.П.</i>	<i>Костромитина Е.В., Комлева Л.В., Горбенко С.Б., Сырцова Е.Ю., Горбачева М.А., Витковская Е.С.</i>
Сравнительная характеристика и диагностические критерии, позволяющие дифференцировать небактериальный и острый гематогенный остеомиелит 62	Частота выявления и спектр коморбидной патологии эндокринных органов у больных ревматоидным артритом 69
<i>Копчак О.Л., Костик М.М., Мушкин А.Ю.</i>	<i>Кошукова Г.Н., Репинская И.Н., Доля Е.М., Фурсова В.А., Гнатенко Т.Г.</i>
Сравнительная характеристика и диагностические критерии, позволяющие дифференцировать небактериальный и туберкулезный остеомиелиты 63	Сравнительная оценка эффективности и безопасности микофенолата мофетила и циклофосфана при лечении люпус-нефрита с нефротическим синдромом 70
<i>Копчак О.Л., Малетин А.С., Мушкин А.Ю., Костик М.М.</i>	<i>Кошукова Г.Н., Петров А.В., Белоглазов В.А., Доля Е.М., Фурсова В.А., Гнатенко Т.Г.</i>
Небактериальный остеомиелит у детей: клиничко-лабораторная характеристика и лечение 63	
<i>Копчак О.Л., Мушкин А.Ю., Костик М.М.</i>	

Спондилоартрит как исход течения реактивных артритов	70	Динамика рентгенологических изменений при раннем псориатическом артрите через год лечения в рамках стратегии «лечение до достижения цели» (предварительные результаты исследования «РЕМАРКА»)	77
<i>Кошукова Г.Н., Петров А.В., Заяева А.А., Фурсова В.А., Гнатенко Т.Г.</i>		<i>Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В., Смирнов А.В., Колтакова А.Д., Каратеев Д.Е.</i>	
Влияние полиморфизмов генов VDR и MCP-1 на результаты лечения стронцием ранелата в течение 1 года больных остеопорозом	71	Анализ исходов беременностей у пациенток с системной красной волчанкой по данным СПБ ГБУЗ «КРБ № 25» за период с 1988 по 2015 г.	77
<i>Крылов М.Ю., Никитинская О.А., Самаркина Е.Ю., Торопцова Н.В.</i>		<i>Ломарева Н.И., Петрова М.С., Инамова О.В.</i>	
Ревматологические проявления у больных воспалительными заболеваниями кишечника	71	Препараты гиалуроновой кислоты в терапии остеоартроза, в том числе на ранних стадиях процесса	78
<i>Кузин А.В., Головенко О.В.</i>		<i>Лучкина О.Е., Щендригин И.Н.</i>	
Динамика изменений ДНКазной сывороточной активности и уровней антинуклеарных антител при лечении ревматоидного артрита инфликсимабом	72	Некоторые аспекты качества жизни у больных остеоартрозом на фоне терапии комбинированным препаратом, содержащим хондроитин сульфат и глюкозамин гидрохлорид	78
<i>Кундер Е.В., Петрович Д.М., Буглова А.Е., Генералов И.И.</i>		<i>Майко О.Ю.</i>	
Динамическое наблюдение за пациентами с ревматоидным артритом в рамках регионального регистра как эффективный инструмент лечения для достижения цели (T2T)	72	Полиморфизм RS9594738 гена TNFSF11 И риск развития остеопороза шейки бедренной кости в постменопаузе	79
<i>Кунст М.А., Шевнина Я.О., Новичкова Н.Л., Абдракипов Р.З., Гимадеева А.М., Лапина С.А., Абдулганиева Д.И.</i>		<i>Майлян Э.А.</i>	
Кардиоваскулярные факторы риска у больных остеоартрозом	73	Мультиморбидность при анкилозирующем спондилите	79
<i>Курбанова Ш.Р., Ризамухамедова М.З.</i>		<i>Мальшенко О.С., Раскина Т.А., Пирогова О.А., Аверкиева Ю.В.</i>	
Влияние медикаментозной терапии на толерогенные свойства дендритных клеток у пациентов с ревматоидным артритом.	73	Сравнительное изучение артросонографических показателей у больных гонартрозом с различной массой тела	79
<i>Курочкина Ю.Д., Тихонова М.А., Тыринова Т.В., Леплина О.Ю., Сизиков А.Э., Сулутьян А.Э., Коненкова Л.П., Чумасова О.А., Останин А.А., Черных Е.Р.</i>		<i>Маманазарова Д.К., Искандерова С.Дж., Максудова М.Б.</i>	
Эффективность применения ритуксимаба у детей с системной красной волчанкой: опыт ретроспективного обсервационного исследования	74	Активность энзимов пуринового и пиримидинового циклов в плазме крови у больных системной красной волчанкой.	80
<i>Кучинская Е.М., Костик М.М., Абдурагимова Ф.Н., Дубко М.Ф., Калашникова О.В., Часнык В.Г.</i>		<i>Мартемьянов В.Ф., Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Зборовская И.А.</i>	
Клинико-функциональная эффективность артропластики крупных суставов у пациентов с высокой активностью ревматоидного артрита	74	Остеопоротический фенотип остеоартрита: миф или реальность?	80
<i>Лапина С.А., Ахтямов И.Ф., Ардашев С.А., Гильмутдинов И.Ш., Мясоутова Л.И.</i>		<i>Мартусевич Н.А.</i>	
Приверженность к терапии в лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата	75	Эффективность лорноксикама при суставном синдроме	81
<i>Леушина Е.А., Ведзижеева М.М.</i>		<i>Матчанов С.Х.</i>	
Триггерные факторы в этиологии ювенильного идиопатического артрита у детей Ростовской области	75	Влияние терапии, предшествующей беременности, на течение ревматоидного артрита в период гестации и после родов.	81
<i>Лигостаева Е.А., Цурикова Н.А., Цыганок И.А., Кобзева Н.Н., Авдеенко В.Ю.</i>		<i>Матьянова Е.В., Кошелева Н.М.</i>	
Хирургическое лечение больных с ревматоидными поражениями краниовертебральной области	76	Синдром Рейно при системной склеродермии. Опыт применения метода капилляроскопии при системной склеродермии в медицинском центре болезней суставов города Шымкента	82
<i>Лисицкий И.Ю., Киселев А.М., Киселев С.Е.</i>		<i>Махмудов Ш.А., Баймухамедов Ч.Т.</i>	
Сравнительный анализ психических расстройств при ревматических заболеваниях	76	Анализ первичной заболеваемости болезнями костно-мышечной системы поликлиники города Шымкента за 2014–2016 гг.	82
<i>Лисицына Т.А., Вельтищев Д.Ю., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Старовойтова М.Н., Десинова О.В., Абрамкин А.А., Овчаров П.С., Васильев В.И., Алекберова З.С., Краснов В.Н., Насонов Е.Л.</i>		<i>Махмудов Ш.А., Баймухамедов Ч.Т.</i>	
		Ревматологические маски болезни Фабри	83
		<i>Машкунова О.В., Беркинбаев С.Ф., Джунусбекова Г.А.</i>	
		Динамика субпопуляций В-лимфоцитов у больных системной красной волчанкой на фоне лечения ритуксимабом	83
		<i>Меснянкина А.А., Соловьев С.К., Александрова Е.Н., Супоницкая Е.В., Алксанкин А.П., Новиков А.А., Асеева Е.А., Насонов Е.Л.</i>	
		Совершенствование диагностики псориатического артрита.	84
		<i>Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А.</i>	

HLA-B27 антиген у больных псориатическим артритом	84	Практика применения аутологических мезенхимальных стволовых клеток при остеоартрозе коленных и тазобедренных суставов	91
<i>Мирахмедова Х.Т., Исламова Д.Н., Хакимова Р.А., Хан Т.А.</i>		<i>Носков С.М., Дыбин С.Д., Паруля О.М., Нагибин Р.М.</i>	
Immunological and molecular aspects of ankylosing spondylitis in Bulgarian population	85	Сравнительная эффективность симптоматических препаратов медленного действия у больных остеоартрозом, коморбидных по ожирению и СД 2 типа	92
<i>Miteva L.D., Ivanova M.G., Manolova I.M., Stoilov R.M., Stanilova S.A.</i>		<i>Носков С.М., Красивина И.Г., Шерина Т.А., Козлова О.Г.</i>	
Neuropsychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus: something new in the diagnostic algorithm.	85	Возможность своевременной диагностики первичного системного AL-амилоидоза	92
<i>Monov S., Monova D., Rashkov R., Shumnalieva R.</i>		<i>Нутрихина Н.Н., Обухова И.В., Орлова С.Н., Галашевская Л.А., Шенурева Н.С., Алферова Е.В.</i>	
Возможности УЗИ в оценке эффективности внутрисуставного введения препаратов гиалуроновой кислоты при остеоартрозе коленных суставов	85	Когнитивные нарушения при болезни Бехчета: клиничко-патогенетические связи с психической и неврологической патологией	92
<i>Морозова О.В., Просвилов Е.Ю.</i>		<i>Овчаров П.С., Лисицына Т.А., Вельтищев Д.Ю., Буренчев Д.В., Ищенко Д.А., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Алекберова З.С., Насонов Е.Л.</i>	
Морфология ранней и поздней стадии ювенильного ревматоидного артрита.	86	Оценка эффективности амитриптилина или тразодона (триттико) в комплексной терапии больных ревматоидным артритом с эмоционально-аффективными расстройствами	93
<i>Мохаммади М.Т., Пашкевич Л.А., Герасименко М.А., Третьяк С.И.</i>		<i>Октябрьская И.В., Беляева И.Б., Ташлыков В.А.</i>	
Иммуногистохимическое изучение ревматоидного артрита	86	Эффективность и безопасность тоцилизумаба при ревматической полимиалгии: 5-летнее наблюдение	93
<i>Мохаммади М.Т., Пашкевич Л.А., Герасименко М.А., Третьяк С.И.</i>		<i>Оттева Э.Н.</i>	
Влияние препарата Остеокейр на течение остеоартроза	87	Время идентифицировать эрозивный остеоартрит (фенотип остеоартрита? ревматоидного артрита?)	94
<i>Мухаммадиева С.М., Курбанова Ш.Р., Шукруллаева Н.А.</i>		<i>Оттева Э.Н.</i>	
Клиничко-иммунологическая характеристика поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных ревматоидным артритом	87	Рекомендации EULAR/ACR по лечению ревматической полимиалгии.	94
<i>Мусаев С.К., Гадиева Ш.Ф.</i>		<i>Оттева Э.Н.</i>	
Саркопения при ревматоидном артрите: частота, клиничко-диагностические особенности и факторы риска.	88	Клиническое значение N-концевого фрагмента натрийуретического пептида (NT-proBNP) у пациентов с системной красной волчанкой, не получающих патогенетическую терапию	95
<i>Мясоедова С.Е., Рубцова О.А.</i>		<i>Панафидина Т.А., Сохова М.А., Попкова Т.В., Новикова Д.С., Александрова Е.Н., Насонов Е.Л.</i>	
Локальная терапия гонартроза препаратами гиалуроновой кислоты	88	Изменения синовиальных структур при субacroмиальном импинджмент-синдроме	95
<i>Набиева Д.А., Сагатова Д.Р.</i>		<i>Пашкевич Л.А., Мохаммади М.Т., Борисов А.В., Скакун П.Г., Пересада А.С.</i>	
Влияние низкочастотной магнитотерапии на качество жизни пациентов с ревматоидным артритом	89	Ткань регенерата хряща из мезенхимальных стволовых клеток	96
<i>Ненашева Н.В., Александров А.В., Александрова Н.В., Зборовская И.А.</i>		<i>Пашкевич Л.А., Мохаммади М.Т., Эйсмонт О.Л., Букач Д.В.</i>	
Риск остеопоротических переломов у женщин в постменопаузе, проживающих в различных регионах России.	89	Оценка влияния терапии адалимумабом на динамику клинических и структурных показателей состояния тазобедренных суставов у больных анкилозирующим спондилитом.	96
<i>Никитинская О.А., Торопцова Н.В., Демин Н. В.</i>		<i>Петров А.В., Заяева А.А., Фурсова В.А., Гнатенко Т.Г., Петров А.А.</i>	
Частота факторов риска остеопоротических переломов среди женщин в возрасте 50 лет и старше в различных регионах РФ.	90	Клиническая характеристика больных ревматоидным артритом, рефрактерных к лечению блокаторами фактора некроза опухоли α (БНФНОα).	97
<i>Никитинская О.А., Торопцова Н.В.</i>		<i>Петров А.В., Фурсова В.А., Агutowa К.В., Кошукова Г.Н., Заяева А.А.</i>	
Опыт клинического применения препарата гиалган в лечении пациентов с остеоартрозом коленных суставов	90		
<i>Норина С.В., Клейман Т.Д.</i>			
Оценка эффективности лечения препаратом хондрогард пациентов с остеоартритом в поликлинических условиях	90		
<i>Норина С.В., Кулькова О.Н.</i>			
Кишечная микробиота и эффективность применения пероральных гликозаминогликанов у больных остеоартрозом метаболического и неметаболического фенотипов.	91		
<i>Носков С.М., Гульнева М.Ю., Широкова Л.Ю., Луцкова Л.Н., Жомова М.В., Андрейченко Е.А.</i>			

Анализ клинического и антидеструктивного эффектов ритуксимаба у пациентов с ревматоидным артритом	97	Четырехлетний опыт применения тофацитиниба у больных ревматоидным артритом	103
<i>Пиванова А.В., Лукина Г.В., Сигидин Я.А., Смирнов А.В., Кузьянец К.Х., Кузнецова А.Ю., Глухова С.И., Насонов Е.Л.</i>		<i>Раскина Т.А., Мальшенко О.С., Летаева М.В., Королева М.В.</i>	
Состояние системы остеокластогенеза у мужчин с анкилозирующим спондилитом	97	Опыт применения ритуксимаба при впервые выявленном волчаночном нефрите	104
<i>Пирогова О.А.</i>		<i>Ратушная К.П., Несмеянова О.Б., Соловьёва О.В., Богданова Е.А., Харьковская А.Н., Меньшикова И.В., Данилюк И.Н., Дмитриева Н.А.</i>	
Динамика показателей стационарной помощи при спондилопатиях в Российской Федерации и при международных сопоставлениях	98	Оптимизация лечения псориатического артрита	104
<i>Плахова А.О., Никитина Е.С., Сороцкая В.Н., Вайсман Д.Ш.</i>		<i>Рахматов А.Б., Дадабаева Н.А., Мирахмедова Х.Т.</i>	
Динамика смертности от болезней костно-мышечной системы	98	Кожно-суставной синдром в клинической картине псориатического артрита	104
<i>Плахова А.О., Никитина Е.С., Сороцкая В.Н., Вайсман Д.Ш.</i>		<i>Рахматов А.Б., Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А.</i>	
Поражение легких в дебюте системной красной волчанки	98	Особенности преподавания клинических дисциплин в условиях смены парадигмы (на примере спондилоартритов)	105
<i>Погребная М.В., Войцеховский В.В., Горячева С.А., Фомина О.П., Приходько О.Б., Еременко С.И.</i>		<i>Ребров А.П., Сергеева В.А., Гайдукова И.З.</i>	
Оценка сердечно-сосудистого риска у больных ревматоидным артритом, получающих анти-ФНО-терапию, в реальной клинической практике	99	Цереброваскулярная реактивность у больных ревматоидным артритом	105
<i>Польская И.И., Марусенко И.М., Корякова Н.В., Сильвестрова Н.Д., Авдеева Я.А., Сакович О.Н.</i>		<i>Реброва Н.В., Рунн Т.М., Анисимова Е.А., Саркисова О.Л., Богомолова И.И., Мордовин В.Ф., Карпов Р.С.</i>	
Оценка первичного риска ССЗ у пациентов с псориатическим артритом	99	Влияние эндогенных и экзогенных факторов на частоту тромбозов при системной красной волчанке и антифосфолипидном синдроме при длительном наблюдении	106
<i>Польская И.И., Марусенко И.М.</i>		<i>Решетняк Т.М., Штивельбанд И.Б., Середавкина Н.В., Сатыбалдыева М.А., Насонов Е.Л.</i>	
«Волчаночная маска» ВИЧ-инфекции в стадии СПИД	100	Выраженность тревожности и депрессии у женщин с ревматоидным артритом в сочетании с артериальной гипертензией	106
<i>Пономарева Е.Ю., Рощина А.А., Сажнова С.И., Седов Д.С.</i>		<i>Романова Т.А., Егорова Е.В., Никитина Н.М., Ребров А.П.</i>	
Комплексная оценка долговременной безопасности применения целекоксиба у пациентов с остеоартрозом	100	Клинико-диагностическое значение суточного мониторирования артериальной ригидности у больных ревматоидным артритом	107
<i>Просвилов Е.Ю., Осипов Л.Б., Епифанов А.В., Милевская И.Ю., Ульянова И.В., Никишков И.С., Терновая Г.Т., Морозова О.В., Рязанова В.В., Насыбуллина Е.С.</i>		<i>Романова Т.А., Никитина Н.М., Мелехина И.Ф., Ребров А.П.</i>	
Сравнительная эффективность двух способов введения алфлутопола у пациентов с гонартрозом	101	Сравнительное исследование качества жизни у мужчин и женщин с подагрой	107
<i>Просвилов Е.Ю., Осипов Л.Б., Насыбуллина Е.С., Епифанов А.В., Баймуратов А.А., Андреев А.С., Морозова О.В.</i>		<i>Ротару Л.А., Гронпа Л.Г., Десятникова Е.В., Казак В.И.</i>	
Проявления нарушений опорно-двигательного аппарата при гипотиреозе	101	Влияние частоты приема НПВП на активность раннего аксиального спондилоартрита по результатам двухгодичного наблюдения за когортой KoPCap	108
<i>Раду Ю.</i>		<i>Румянцева Д.Г., Дубинина Т.В., Румянцева О.А., Демина А.Б., Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф.</i>	
Минеральная плотность костной ткани у больных первичным гипотиреозом	102	Поражение щитовидной железы как фактор, увеличивающий тяжесть течения системной красной волчанки	108
<i>Раду Ю.Ю., Гронпа Л.Г.</i>		<i>Русанова О.А., Гонтарь И.П., Емельянова О.И., Трофименко А.С., Маслакова Л.А., Парамонова О.В.</i>	
Выбор антимикробных препаратов при лечении интеркуррентных инфекций у ревматологических больных	102	Дисбиоз кишечника у больных псориатическим артритом	108
<i>Разаренова Е.Н., Петрова М.С., Инамова О.В.</i>		<i>Рустамова М.Т., Мирахмедова Х.Т.</i>	
Взаимосвязь показателей липидного обмена с минеральной плотностью кости у мужчин с ишемической болезнью сердца	103	Поражения кишечника у больных псориатическим артритом	109
<i>Раскина Т.А., Воронкина А.В., Летаева М.В., Малюта Е.Б., Барбараш О.Л.</i>		<i>Рустамова М.Т., Мирахмедова Х.Т., Сулейманова М.Х.</i>	

Оценка исходов панникулитов: факторы риска развития рецидивов и предикторы медленного регресса уплотнений	109	Дифференциальная диагностика некротизирующего саркоидного гранулематоза легких	116
<i>Савушкина Н.М., Глухова С.И., Егорова О.Н., Белов Б.С.</i>		<i>Семенова Л.А., Ленеха Л.Н.</i>	
Нарушения ритма и проводимости сердца у больных системной склеродермией	110	Динамика показателей роста и костного возраста у детей с системным ювенильным идиопатическим артритом и низкорослостью на фоне терапии генно-инженерными биологическими препаратами	116
<i>Сагатова Д.Р., Абдуазизова Н.Х.</i>		<i>Серая В.А., Жолобова Е.С., Витебская А.В.</i>	
Каротидный атеросклероз у больных системной склеродермией	110	Уровень анти-Ха-активности селективных и неселективных ингибиторов фактора Ха у больных системной красной волчанкой и антифосфолипидным синдромом	117
<i>Сагатова Д.Р., Абдуазизова Н.Х., Умарова Г.К.</i>		<i>Середавкина Н.В., Сатыбалдыева М.А., Кашикова Л.Г., Насонов Е.Л., Решетняк Т.М.</i>	
Эффективность некоторых нестероидных противовоспалительных препаратов у больных анкилозирующим спондилитом	110	Остеопороз на фоне идиопатического анкилозирующего спондилоартрита: терапевтические возможности альфакальцидола	117
<i>Сагитова Э.Р., Багирова Г.Г.</i>		<i>Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Ахвердян Ю.Р., Фофанова Н.А., Рогаткина Т.Ф., Заводовский Б.В.</i>	
Лечение остеоартрита в амбулаторных условиях семейной поликлиники	111	Влияние терапии диацереином на артрозонографические показатели при гонартрозе	118
<i>Садикова С.И.</i>		<i>Симонова О.В., Сухих Е.Н., Тимин М.В.</i>	
Гастропатии при ревматоидном артрите: клиника, диагностика	111	Влияние глюкозамин сульфата на качество жизни и рентгенологическое прогрессирование гонартроза	118
<i>Садикова С.И., Содиков Х.Т.</i>		<i>Симонова О.В., Сухих Е.Н., Тимин М.В.</i>	
Результаты пилотного проекта «Раннее выявление и улучшение диагностики пациентов ревматологического профиля» в Казани	112	Изучение эффективности и переносимости стронция ранелата при лечении остеопороза у женщин в менопаузе, страдающих стероидозависимым ревматоидным артритом	119
<i>Садыкова Д.И., Сафина Л.З., Толубаева А.Т.</i>		<i>Симонова О.В., Тимин М.В.</i>	
Оценка кардиоваскулярного риска у пациентов с активным развернутым ревматоидным артритом до начала активной контролируемой противовоспалительной терапии	112	Альтернативный подход к лечению больных облитерирующим тромбангиитом	119
<i>Саидов Э.У., Махмудов Х.Р., Зубайдов Р.Н., Халилова Д.А., Хасанзода С.М.</i>		<i>Скрябина Е.Н., Сафонова В.Н.</i>	
Диагностика и спектр системных проявлений ревматоидного артрита	112	Новые факторы риска развития вторичного амилоидоза у пациентов с ревматоидным артритом	120
<i>Саидов Э.У., Назаров Б.Д., Хасанзода С.М., Абдулатиф А., Махмудов Х.Р., Шарипов К.О.</i>		<i>Сорока Н.Ф., Тушина А.К.</i>	
Моногенные аутовоспалительные заболевания в практике ревматолога	113	Анализ по первоначальной и множественным причинам смерти при ревматоидном артрите у жителей Тульской области	120
<i>Салугина С.О., Фёдоров Е.С., Кузьмина Н.Н., Каменец Е.А., Захарова Е.Ю.</i>		<i>Сороцкая В.Н., Никитина Е.С., Плахова А.О., Вайсман Д.Ш.</i>	
Опыт диагностики и лечения болезни Кавасаки в клинике СПб ГПМУ и ДГБ № 1 (Санкт-Петербург)	113	Изменения показателей, характеризующих метаболизм костной ткани у детей с ювенильным артритом	121
<i>Сантимов А.В., Рупп Р.А., Алексеев И.Г., Плутова Н.Н., Москвина Е.А., Кручина М.К., Тарасенко А.Н., Соколова Н.Е., Савельева Е.А., Богданов И.Ю., Иванов Д.В., Кандрин Т.И., Копаневич О.В., Графская А.Я., Игнатьева Н.А., Пулукчу Д.Б., Павлова Н.В., Калашникова О.В., Корнишина Т.Л., Дубко М.Ф., Часнык В.Г., Костик М.М.</i>		<i>Спиваковская А.Ю., Черненко Ю.В., Захарова Н.Б., Спиваковский Ю.М.</i>	
Молекула межклеточной адгезии-1 при ревматоидном артрите	114	Качество жизни больных ревматоидным артритом по данным опросника EQ 5D, вклад боли	121
<i>Саритхала В.Д., Ягода А.В., Корой П.В.</i>		<i>Старкова А.С., Амирджанова В.Н.</i>	
Прямые ингибиторы тромбина в терапии антифосфолипидного синдрома	114	Физическая и социальная активность пациентов с ревматическими заболеваниями по данным детского ревматологического стационара	121
<i>Сатыбалдыева М.А., Середавкина Н.В., Кашикова Л.Н., Насонов Е.Л., Решетняк Т.М.</i>		<i>Степаненко Н.Ю., Шелепина Т.А.</i>	
Влияние саркопении на прогноз остеоартрита у пожилых людей	115	Bone characteristics obtained by dual-energy X-ray absorptiometry scanning and fracture risk in ankylosing spondylitis	122
<i>Сафонова Ю.А.</i>		<i>Stoilov R.M., Ivanova M.G., Boyadzhieva V.V., Kundurdzhiev T.G., Stoilov N.R., Dimitrov N.I.</i>	
Генно-инженерная биологическая терапия у детей с ювенильным идиопатическим артритом в городе Москве	115		
<i>Севостьянов В.К., Жолобова Е.С.</i>			

Динамика уровня адипокинов и цитокинов и их взаимосвязь с клиническими проявлениями остеоартрита коленных суставов на фоне уменьшения массы тела больных	122	Болезнь Шегрена: от дебюта до лимфомы (случай из практики)	129
<i>Стребкова Е.А., Алексеева Л.И.</i>		<i>Финоженок В.Г., Инамова О.В.</i>	
Таргетное секвенирование нового поколения в диагностике аутовоспалительных заболеваний	123	Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, ассоциированная с врожденным дефицитом ADAMTS13.	129
<i>Суспицын Е.Н., Соколенко А.П., Костик М.М., Казанцева А.Ю., Дубко М.Ф., Имянитов Е.Н.</i>		<i>Фроленко А.Л., Савостьянов К.В., Цыгин А.Н., Каган М.Ю.</i>	
Влияние терапии проспидином на функциональный статус больных анкилозирующим спондилоартритом	123	Роль социологического опроса (анкетирования) в повышении качества медицинского обслуживания в условиях ОМС.	129
<i>Сухих Е.Н., Симонова О.В.</i>		<i>Фурсова В.А., Кошукова Г.Н., Петров А.В., Гнатенко Т.Г., Агутова К.В., Степанюк Л.Н.</i>	
Влияние анкилозирующего спондилита на трудоспособность и качество жизни у женщин	123	Влияние метформина на показатели метаболических нарушений у пациентов с подагрой.	130
<i>Сырбу О.</i>		<i>Хабижанова В.Б., Байсеитова А.М.</i>	
Клинические проявления антифосфолипидного синдрома у пациентов с наличием только антител к β_2 гликопротеину I	124	Диагностика поражения нервно-мышечного аппарата при спондилоартритах	130
<i>Талако Т.М.</i>		<i>Хакимова Р.А., Алиахунова М.Ю., Хан Т.А., Исламова Д.Н.</i>	
Содержание Т-регуляторных клеток у пациентов с антифосфолипидным синдромом	124	Оценка практики назначения нестероидных противовоспалительных препаратов больным остеоартрозом	131
<i>Талако Т.М., Сорока Н.Ф.</i>		<i>Хамроева З.Д., Шукурова С.М., Хамроева М.Г.</i>	
Основные факторы развития остеопороза у женщин с ревматоидным артритом	125	Новое в диагностике кардиоваскулярных осложнений при спондилоартритах	131
<i>Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Дыдыкина И.С., Подворотова М.М., Демин Н.В., Смирнов А.В., Насонов Е.Л.</i>		<i>Хан Т.А., Алиахунова М.Ю., Хакимова Р.А., Исламова Д.Н.</i>	
Факторы развития остеопороза у женщин с сохраненным менструальным циклом, страдающих ревматоидным артритом	125	Динамика традиционных факторов риска развития кардиоваскулярной патологии у пациентов с развернутым ревматоидным артритом на фоне активной контролируемой противовоспалительной терапии	132
<i>Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Дыдыкина И.С., Подворотова М.М., Смирнов А.В., Насонов Е.Л.</i>		<i>Хасанзода С.М., Абдулатиф А., Саидов Ё.У., Махмудов Х.Р., Хомидов Ф.М.</i>	
Информативность ультразвукового исследования голеностопных суставов и суставов стоп для диагностики реактивного артрита в амбулаторных условиях	125	Активность заболевания, подвижность позвоночника и риск развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с анкилозирующим спондилитом на фоне противовоспалительной терапии, включающей глюкокортикоиды	132
<i>Ткаченко И.В., Журавлева М.О., Чернышева Т.В.</i>		<i>Хонджарян Э.В., Апаркина А.В., Гайдукова И.З., Ребров А.П.</i>	
Объективизация особенностей течения клинического фенотипа остеоартрита в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа	126	Жесткость сосудистой стенки у пациентов со спондилоартритами на фоне различных режимов противовоспалительной терапии	133
<i>Трифонов Е.П., Зонина Е.В., Сазонова О.В.</i>		<i>Хонджарян Э.В., Гайдукова И.З., Апаркина А.В., Ребров А.П.</i>	
Применение локальных инъекций гиалуроната натрия при заболеваниях мягких околоуставных тканей	126	Гипотензивная и гиполипидемическая терапия при ревматоидном артрите в общеклинической практике	133
<i>Удовика М.И.</i>		<i>Храмцова Н.А., Меньшикова Л.В., Баканач Е.В.</i>	
Пациенты с синдромом Блау в практике педиатра-ревматолога в России	127	Динамика variability сердечного ритма у пациентов с ревматоидным артритом, получающих генно-инженерную биологическую терапию	134
<i>Федоров Е.С., Шаповаленко А.Н., Салугина С.О., Каменец Е.А., Никишина И.П., Медынцева Л.Г.</i>		<i>Храмцова Н.А., Меньшикова Л.В., Баканач Е.В.</i>	
Интерлейкины 8 и 10 при ревматоидном артрите с поражением легких	127	Динамика плотности костной ткани у пациентов с ревматоидным артритом, получающих генно-инженерную биологическую терапию	134
<i>Федорович С.Е.</i>		<i>Храмцова Н.А., Меньшикова Л.В., Грудина О.В., Петрачкова Т.Н., Янышева А.В.</i>	
Сочетанное применение общих кремне-грязевых ванн, релаксационного массажа и динамической фототерапии при заболеваниях опорно-двигательного аппарата дегенеративного характера	128	Как повысить безопасность НПВП (исследование АГАТА)	135
<i>Федулова Е.А., Погребная М.В., Копылова Л.Г., Пчельникова Т.А., Куцына З.А., Еременко С.И.</i>		<i>Цветкова Е.С., Денисов Л.Н., Насонов Е.Л., и группа АГАТА</i>	
Качество жизни больных псориазическим артритом	128		
<i>Филимонова О.Г., Симонова О.В.</i>			

Гиалуроновая кислота при остеоартрозе мелких суставов (результаты многоцентрового рандомизированного плацебоконтролируемого 12-месячного исследования)	135	Анализ качества жизни на фоне комплексной терапии хондроитин сульфатом и элементами мышечно-энергетических техник при скелетно-мышечных болях в области шеи	140
<i>Цветкова Е.С., Денисов Л.Н., Панасюк Е.Ю., Насонов Е.Л.</i>		<i>Широкова Л.Ю., Мокроусова М.В., Якушев С.В., Малыгина Е.А., Шепеляева Л.С.</i>	
Этиологические факторы узловой эритемы у детей Ростовской области	136	Оценка влияния применения парентерального хондроитин сульфата на некоторые клинические параметры остеоартроза коленных суставов	141
<i>Цурикова Н.А., Кобзева Н.Н., Цыганок И.А., Авдеенко В.Ю.</i>		<i>Широкова Л.Ю., Политов Я.В., Голикова Ю.В., Горохова В.А., Шепеляева Л.С.</i>	
Тактика обследования детей с ранними олигоартритами	136	Chronic rheumatic heart disease place in rheumatic disorders structure at the hospital level	141
<i>Цурикова Н.А., Лигостаева Е.А., Жолобова Е.С.</i>		<i>Shukurova S.M., Kurbanova F.W., Ishankulova M.F.</i>	
Оценка выявления клинических признаков псориатического артрита в дерматологической практике	136	Частота сопутствующей патологии у больных остеоартрозом в зависимости от возраста	142
<i>Чамурлиева М.Н., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В.</i>		<i>Шукурова С.М., Хамроева З.Д., Шодиев Б.Р.</i>	
Биомаркеры мочи в диагностике обострения волчаночного нефрита	137	Local deregulation of miRNA Expression in the synovial fluid of rheumatoid arthritis patients	142
<i>Чиж К.А., Абуанзех М.А., Сорока Н.Ф.</i>		<i>Shumnaliev R., Kachakova D., Monov S., Kaneva R., Kolarov Z., Rashkov R.</i>	
Особенности клинического течения гранулематоза с полиангиитом в разных возрастных группах	137	Взаимосвязь анемического синдрома и активности заболевания у пациентов с анкилозирующим спондилитом	143
<i>Чудинов А.Л., Беляева И.Б., Мазуров В.И., Инамова О.В.</i>		<i>Щербатов Г.И.</i>	
Оценка эффективности, переносимости и безопасности хондрогарда у больных остеоартрозом коленных суставов и коморбидностью	138	Дифференциальная диагностика узловой эритемы	143
<i>Шарапова Е.П., Алексеева Л.И., Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Аникин С.Г., Короткова Т.А.</i>		<i>Юнина Т.А., Авдеева О.С., Беляева Е.А.</i>	
Спондилоартрит, ассоциированный с инфекцией <i>chlamydia pneumoniae</i>. Результаты антибактериальной терапии.	138	Опыт внутрисуставного введения гиалурома сс в коленный и тазобедренный сустав при остеоартрите	143
<i>Шаруба С.В.</i>		<i>Юнина Т.А., Авдеева О.С., Беляева Е.А., Иолчиева А.В., Латышева Д.В.</i>	
Клинико-лабораторная характеристика больных системной склеродермией, позитивных по антителам к рибонуклеопротеину	139	Содержание молекулы адгезии сосудистого эндотелия-1 в крови у больных ревматоидным артритом	144
<i>Шаяхметова Р.У., Ананьева Л.П., Конева О.А., Старовойтова М.Н., Десинова О.В., Овсянникова О.Б.</i>		<i>Ягода А.В., Корой П.В., Саритхала В.Д.</i>	
Терапия «упражнениями» в реальной клинической практике детского ревматологического отделения	139	Особенности внескелетных проявлений анкилозирующего спондилита у пациентов в Оренбургской области	144
<i>Шелепина Т.А.</i>		<i>Якубова У.А., Бугрова О.В.</i>	
Гиперениновые формы артериальной гипертензии при системной красной волчанке и их коррекция	139	Микрокристаллический фенотип остеоартрита	145
<i>Шилкина Н.П., Савина Ж.Е., Юнонин И.Е.</i>		<i>Якупова С.П.</i>	
Динамика маркеров сосудистого поражения у больных остеоартрозом с коморбидным ожирением и сахарным диабетом 2 типа при лечении диациреином	140	Пациент, получающий глюкокортикоиды: что он знает о глюкокортикоидном остеопорозе, занимается ли профилактикой и получает ли необходимое лечение?	145
<i>Широкова К.Ю., Горохова В.А., Широкова Л.Ю.</i>		<i>Якупова С.П., Демидов Р.О.</i>	