



Общероссийская общественная организация
«Ассоциация ревматологов России»

Rheumatology science and practice

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ



Тезисы Конгресса ревматологов, посвященного
100-летию со дня рождения академика В.А. Насоновой

Тезисы Конгресса ревматологов, посвященного 100-летию со дня рождения академика В.А. Насоновой

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ПОРАЖЕНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф.

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

Введение/цель

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

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

Материал и методы

Проведено открытое наблюдательное исследование. Отобраны 56 больных с аксСпА, наблюдавшихся не менее 2 лет и постоянно находящихся на терапии НПВП и НПВП+ГИБП. Всем больным независимо от жалоб проводили рентгенологическое исследование, УЗИ и магнитно-резонансную томографию (МРТ) тазобедренных суставов (ТБС). За коксит на УЗИ ТБС принимали увеличение шеечно-капсулярного расстояния (ШКР) более 7 мм и наличие асимметрии между суставами более 1,5 мм. За коксит на МРТ принимали наличие синовита и/или остеита. Средний возраст больных составил $31,1 \pm 7,0$ года при средней длительности болезни $74,52 \pm 10,1$ мес. Позитивными по HLA-B27 были 52 (92%) больных.

Результаты/обсуждение

Проведен сравнительный анализ клинико-лабораторных и инструментальных показателей заболевания на фоне 2-летнего наблюдения пациентов, постоянно принимавших только НПВП и сочетание НПВП с ГИБП. В группу пациентов находившихся на терапии НПВП вошло 29 пациентов, а в группу комбинированной терапии ГИБП и НПВП – 27. В группе НПВП за 2 года наблюдения отмечалось увеличение пациентов с рентгенологическим кокситом (BASRI hip>2) с 6 (21%) до 14 (48%), $p<0,05^*$. За 2 года наблюдения показатели лабораторной активности, такие как СОЭ и СРБ, имели тенденцию к снижению (13 [7,8; 25,5] и 13 [6; 26,3]; 10,35 [2,9; 18,6] и 8,4 [2,9; 18,5], $p>0,05$), однако недостоверно. Показатели клинической активности, такие как BASDAI и ASDAS срб, снизились (10,35 [2,9; 18,6] и 8,4 [2,9; 18,5], $p>0,05$). При обследовании группы НПВП через 2 года выявлено уменьшение пациентов с УЗИ и МРТ признаками коксита, однако достоверных различий не получено. В группе комбинированной терапии НПВП+ГИБП за 2 года наблюдения отмечено достоверное снижение показателей лабораторной (СРБ 23,7 [8,4; 56] и 6,0 [1,0; 17,3]; СОЭ 25 [15; 38] и 15,0 [5; 35,2] и клинической активности заболевания (ASDAS СРБ – 3,5 [2,4; 4,7] и 2,0 [1,0; 2,4]; BASDAI – 4,7 [4,2; 6,9] и 2,2 [2,0; 3,7]), $p<0,005$, при этом не получено увеличения количества пациентов с рентгенологическими изменениями в ТБС, $p>0,005$.

Выводы/заключение

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

ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ РАННЕМ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАТРИТЕ: ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Агафонова Е.М., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Эрдес Ш.Ф.

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

Введение/цель

По данным отечественных исследований, поражение тазобедренных суставов (ТБС) встречается у половины больных анкилозирующим спондилитом (АС). Работ, посвященных изучению коксита у пациентов с ранним аксиальным спондилоартритом (аксСпА), практически не проводилось. До сих пор не известно, какие факторы вызывают развитие коксита при аксСпА, отсутствует общепринятый алгоритм диагностики данного состояния, особенно на ранней стадии. В выполненных ранее исследованиях показано, что коксит у пациентов с АС развивается в среднем через 5–10 лет после начала заболевания, у части больных на момент установления диагноза уже имеются необратимые изменения в ТБС, а у некоторых коксит так и не развивается.

Цель: сравнить клинические проявления коксита с результатами магнитно-резонансной томографии (МРТ) и рентгенографии ТБС.

Материал и методы

Обследовано 175 больных (средний возраст $28 \pm 5,92$ года) с аксСпА (соответствующих критериям ASAS 2009), с давностью воспалительной боли в спине не более 5 лет, из когорты KoPCaP. Среди включенных больных нр-аксСпА имели 69, а АС – 106 пациентов, большинство (87%) были позитивны по HLA-B27. Всем пациентам выполнено УЗИ ТБС. При выявлении синовита пациентам выполнялось МРТ-исследование ТБС. Признаком УЗИ коксита считали увеличение шеечно-капсулярного расстояния (ШКР) более 7 мм. По данным УЗИ у 54 больных был выявлен синовит ТБС. МРТ-исследование ТБС проведено у 54 пациентов. Медиана длительности заболевания составила 21 [3–60] мес. BASDAI $4,0 \pm 2,0$, BASFI $2,0 [0,4; 3,5]$. Медиана ШКР – $7,5 [7,0; 8,2]$ мм.

Результаты/обсуждение

Боль в ТБС определялась у 33 (61%) больных из 54, которым было выполнено инструментальное обследование. Зависимости между уровнем боли и выраженностью

синовита не было выявлено. ШКР достоверно коррелировало с лабораторными показателями активности заболевания, такими как СОЭ ($r=0,34$; $p<0,05$) и СРБ ($r=0,3$; $p<0,05$). По данным рентгенологического исследования у 7 пациентов индекс BASRI hip соответствовал II–III стадии, у остальных изменений не обнаружено. По данным МРТ у 36 (67%) больных имелся синовит, у 1 (2%) — отек костного мозга (КМО), у 2 (4%) — сочетание синовита с КМО. Пациенты с рентгенологическим кокситом и без не различались между собой по активности заболевания и функциональным индексам.

Выводы/заключение

При раннем аксСпА у пациентов с болью в ТБС по данным МРТ в большинстве случаев выявлялся синовит (67%) и значительно реже остеоит (2%) и сочетание данных признаков (4%). В 25% случаев синовит, выявляемый при МРТ, не сопровождался болью в ТБС. У 13 больных имелись рентгенологические изменения ТБС, соответствовавшие II–III стадии по BASRI hip.

ПРОФИЛЬ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С НОЦИПЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Акулинушкина Е.Ю., Иванова Л.В., Якупова С.П., Якупов Э.З.

БУЗ УР РКДЦ МЗ УР (Ижевск)

Введение/цель

Псориатический артрит (ПсА) — спондилоартрит, ведущим клиническим проявлением которого является поражение опорно-двигательного аппарата с развитием хронической боли (ХБ). ХБ может быть представлена различными компонентами — ноцицептивным, нейропатическим и ноципластическим (НЦБ). Ранее показано, что при ПсА наблюдается многочисленная коморбидная патология (КП), однако ее распространенность у пациентов с отдельными компонентами ХБ при ПсА остается неизученной. Детальный анализ коморбидности будет способствовать внедрению принципов прецизионной медицины в клиническую практику и повышению качества оказываемой медицинской помощи пациентам с ПсА.

Цель: сравнить встречаемость КП у пациентов с ПсА с присутствием и отсутствием НЦБ.

Материал и методы

В исследование включено 127 пациентов с верифицированным ПсА (54,3% (69/127) мужчин, 45,7% (51/127) женщин); средний возраст $42,23 \pm 9,19$ года, медиана длительности заболевания — 84 [48; 132] мес., средний индекс DAPSA — 25,2 [19,62; 41,92] балла. Пациенты с ХБ иной этиологии (сахарный диабет, неврологическая органическая патология, тяжелый остеопороз) не включались. У каждого пациента выполнен тщательный сбор анамнеза. Присутствие НЦБ определяли с помощью опросника Central Sensitization Inventory (CSI) для обнаружения ЦС: НЦБ считалась выявленной при наборе пациентом 40 и более баллов. Оценка симптомов тревоги и депрессии проводилась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS): при наборе пациентом 11 баллов и более тревога и депрессия считались клинически выраженными. Анализ производился с использованием софта IBM SPSS Statistica 26.0. Данные считались статистически достоверными при $p<0,05$.

Результаты/обсуждение

НЦБ выявлена у 44,9% (57/127) пациентов (группа НЦБ+): 47,3% (27/57) мужчин, 52,7% (30/57) женщин. НЦБ не выявлена у 55,1% (70/127) пациентов (НЦБ-): 60% (42/70) мужчин, 40% (28/70) женщин. КП выявлены у 71,9% (41/57) пациентов НЦБ+, у 71,4% (50/70) пациентов НЦБ-. Сформированные группы характеризовались одинаковой частотой встречаемости следующих КП: артериальная гипертензия (НЦБ- 40% (28/70) vs НЦБ+ 42,1% (24/57); $p=0,811$), остеoarтрит (НЦБ- 44,2% (31/70) vs НЦБ+ 56,1% (32/57); $p=0,186$), синдром печеночного цитолиза (НЦБ- 7,1% (5/70) vs НЦБ+ 7% (4/57); $p=0,472$), ожирение I степени (НЦБ- 11,4% (8/70) vs НЦБ+ 26,3% (15/57); $p=0,835$), ожирение II степени (НЦБ- 2,8% (2/70) vs НЦБ+ 3,5% (2/57); $p=0,297$), ожирение III степени (НЦБ- 1,4% (1/70) vs НЦБ+ 0% (0/57); $p=0,823$), постинфарктный кардиосклероз в исходе острого инфаркта миокарда в анамнезе (НЦБ- 2,8% (2/70) vs НЦБ+ 3,5% (2/57); $p=0,367$), нетяжелый остеопороз (НЦБ- 7,4% (5/70) vs НЦБ+ 19,2% (8/57); $p=0,204$). Пациенты группы НЦБ+ достоверно чаще страдали такими КП, как тревога (НЦБ- 25,7% (18/70) vs НЦБ+ 57,9% (33/57); $p=0,001$) и депрессия (НЦБ- 17,1% (12/70) vs НЦБ+ 40,3% (23/57); $p=0,001$).

Выводы/заключение

Проведенное исследование подтверждает высокую распространенность как КП (71,4–71,9%), в том числе тревоги (25,7–57,9%) и депрессии (17,1–40,3%), так и НЦБ (44,9%) у пациентов с ПсА. У пациентов с ноципластическим компонентом ХБ достоверно чаще встречаются тревога ($p=0,001$) и депрессия ($p=0,001$), чем у пациентов, не страдающих НЦБ. Различий в частоте другой КП не выявлено. Обнаруженные изменения свидетельствуют об ассоциативной связи тревожно-депрессивных расстройств и НЦБ. В связи с тем, что КП в виде тревоги и депрессии потенциально способна значительно усугублять течение болевого синдрома, дальнейшее изучение данных КП необходимо для повышения частоты ремиссий и низкой активности заболеваний у пациентов с ПсА.

ПОЧЕЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СВЯЗАНА С ЦИРКУЛИРУЮЩИМ АНГИОПОЭТИН-ПОДОБНЫМ БЕЛКОМ 8-ГО ТИПА

Александров В.А.^{1,2}, Шилова Л.Н.¹, Александров А.В.^{1,2}, Алехина И.Ю.³, Головина Н.Б.¹

¹ Волгоградский государственный медицинский университет (Волгоград);

² ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского» (Волгоград);

³ Ставропольский государственный медицинский университет (Ставрополь)

Введение/цель

Ангиопоэтин-подобный белок 8-го типа (АППБ8) связан с метаболическими и воспалительными параметрами, а также с окислительным стрессом.

Цель: оценить взаимосвязь циркулирующего ангиопоэтин-подобного белка 8-го типа в сыворотке крови больных РА с развитием почечной дисфункции.

Материал и методы

Лабораторное обследование 96 пациентов с достоверным диагнозом РА (средний возраст $54,4 \pm 11,6$ года, длительность заболевания $10,7 \pm 8,56$ года; 57,3% с умеренной активностью РА) включало биохимические (АЛТ, АСТ,

холестерин, триглицериды, креатинин, глюкоза крови), иммунологические тесты (РФ, СРБ, АЦП), а также обязательное определение сывороточной концентрации ангиопозитин-подобного белка 8-го типа (ANGPTL8, SEW803Hu, Cloud-Clone Corp., PRC) с помощью твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA). Всем пациентам был проведен расчет скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле СКД-ЕРІ (2009 года). Почечную дисфункцию определяли при показателях расчетной СКФ <60 мл/мин/на 1,73 м².

Результаты/обсуждение

Содержание АППБ8 в сыворотке крови больных РА составило 641,9±283,5 пг/мл. Средняя рСКФ у больных РА составила 74,0±18,6 мл/мин/1,73 м². Более половины пациентов имели рСКФ в пределах от 89 до 60 мл/мин/1,73 м². Снижение функции почек <60 мл/мин/1,73 м² отмечено у 28 (29,2%) пациентов с РА. АППБ8 в сыворотке был обратно связан с рСКФ ($r = -0,29$, $p = 0,039$) и прямо связан с возрастом ($r = 0,25$, $p = 0,04$), уровнем С-реактивного белка ($r = 0,31$, $p = 0,007$) и уровнем креатинина крови ($r = 0,34$, $p = 0,019$). На основании рСКФ пациенты были разделены на две группы: I – без признаков почечной дисфункции (≥ 60 мл/мин/1,73 м²) и II – с наличием почечной дисфункции (≤ 59 мл/мин/1,73 м²). Уровни АППБ8 в сыворотке были значительно выше у пациентов с почечной дисфункцией (группа II) по сравнению с группой больных РА с нормальной функцией почек (695±324 пг/мл против 543±248 пг/мл соответственно; $p = 0,015$). Кроме того, у пациентов с высокими показателями АППБ8 (квартиль 3 и 4) рСКФ была существенно ниже, чем у больных РА с уровнем АППБ8 из квартиля 1 и 2 ($p = 0,002$). Бинарный логистический регрессионный анализ показал, что по сравнению с лицами из первого квартиля АППБ8 у пациентов из четвертого квартиля уровней АППБ8 риск возникновения почечной дисфункции был в 2,4 раза выше. Также было продемонстрировано, что наличие метаболического синдрома (по критериям NCEP/АТРИІІ 2004) у больных РА оказывало существенное влияние на показатели АППБ8 в группах больных РА с различной рСКФ. Отмечено достоверное увеличение АППБ8 в сыворотке крови больных РА из II-ой группы ($p = 0,021$) при наличии выраженных метаболических изменений ($p = 0,013$). Квадрат множественного коэффициента корреляции (R²) в данной модели с участием АППБ8 был равен 0,31. Возможные механизмы участия повышенных уровней АППБ8 в нарушении функции почек могут состоять в том, что почечная дисфункция способна ухудшать экскрецию АППБ8. В уточнении нуждаются все возможные механизмы взаимного влияния АППБ8 и СКФ. Равнозначны предположения, что развитие почечной дисфункции на фоне РА может снижать экскрецию АППБ8, но также высокие значения АППБ8 у больных РА, в свою очередь, могут ухудшать функцию почек за счет как общего ревматоидного воспаления, так и воспаления, например, артериальной стенки и атеросклеротического поражения почечной артерии.

Выводы/заключение

Развитие почечной дисфункции на фоне хронического ревматоидного воспаления сопровождается увеличением содержания АППБ 8-го типа в крови больных РА. В свою очередь, высокие уровни АППБ8 в сыворотке способны оказывать негативное влияние на функцию почек при РА.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРИТА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Алексеева Л.И.¹, Таскина Е.А.¹, Кашеварова Н.Г.¹, Стребкова Е.А.¹, Михайлов К.М.¹, Савушкина Н.М.¹, Шарапова Е.П.¹, Алексеева О.Г.¹, Самаркина Е.Ю.¹, Авдеева А.С.¹, Раскина Т.А.², Аверкиева Ю.В.², Усова Е.В.², Виноградова И.Б.³, Сальникова О.В.³, Маркелова А.С.³, Лиля А.М.¹

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

²ФГБОУ ВО «КемГМУ» Минздрава России (Кемерово);

³ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Введение/цель

Оценить влияние гиперхолестеринемии (ГХ) на течение остеоартрита (ОА) коленных суставов.

Материал и методы

В исследование включено 183 пациента в возрасте 40–75 лет, с достоверным диагнозом ОА (АКР) коленных суставов I–III стадии (Kellgren J. – Lawrence J), подписавших информированное согласие. Средний возраст пациентов составил 55,6±10,7 года (от 40 до 75), ИМТ – 29,3±6,3 кг/м², длительность заболевания – 5 (1–10) лет. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, WOMAC, KOOS и сопутствующие заболевания. Всем пациентам проводились стандартная рентгенография и УЗИ коленных суставов, лабораторное обследование. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 10.

Результаты/обсуждение

Гиперхолестеринемия выявлена у 59% лиц, при этом статины принимали 23% пациентов. В зависимости от наличия или отсутствия ГХ пациенты были распределены в 2 группы. У лиц с повышенными значениями холестерина отмечались выше показатели боли по ВАШ: 45 (30–58) против 34,5 (10–55) мм, $p < 0,02$; суммарного WOMAC: 861 (560–1108) против 502,5 (135–804,5) мм, $p < 0,0003$ и его составляющих: боль – 165 (110–230) против 127 (32,5–152) мм, $p < 0,0002$; скованность – 610 (397–811) против 340 (75–603) мм, $p < 0,0007$; ФН – 610 (397–811) против 340 (75–603) мм, $p < 0,0007$; хуже данные по индексу KOOS: 45 (30–54) против 34 (15–45) баллов, $p < 0,006$ и при УЗ-обследовании – меньшие размеры хрящевой ткани: по передне-медиальной поверхности – 1,5 (1–1,6) против 1,6 (1,4–1,8) мм, $p < 0,005$, по передне-латеральной поверхности – 1,6 (1,4–1,7) против 1,7 (1,5–1,8) мм, $p < 0,007$. При этом пациенты были сопоставимы по ИМТ, объему талии и бедер, длительности заболевания, но значительно различались по возрасту. При лабораторном обследовании у лиц с ГХ выявлялись большие значения не только холестерина: 6,2 (5,6–6,8) против 4,8 (4,4–5,4) ммоль/л, $p < 0,0001$, ЛПНП: 4,05 (3,4–4,6) против 2,5 (2,1–2,9) ммоль/л, $p < 0,0001$; ТГ: 1,25 (0,8–2,2) против 1,1 (0,7–1,4) ммоль/л, $p < 0,006$, но и СТХ-II: 3,1 (2,3–4) против 2,4 (0,9–3,1), $p < 0,02$; меньшие – ЛПВП ($p < 0,05$). При наличии повышенных значений общего холестерина значимо чаще регистрировались артериальная гипертензия (АГ) (ОР=1,36, 95% ДИ 1,01–1,86, $p = 0,04$) и стеатоз печени (ОР=4,78, 95% ДИ 1,54–14,8, $p = 0,002$). В корреляционном анализе по Спирмену подтверждены позитивные взаимосвязи ($p < 0,05$) между ГХ и возрастом ($r = 0,25$), болью по ВАШ ($r = 0,2$), суммарным индексом WOMAC ($r = 0,28$) и его составляющими (боль $r = 0,29$, скованность $r = 0,27$,

ФН $r=0,26$) и СТХ-II $r=0,23$; отрицательные — с толщиной хрящевой ткани (УЗИ) ($r=-0,26$).

Выводы/заключение

Результаты исследования подтвердили высокую частоту ГХ при ОА (59%), низкую приверженность лечению статинами. При ГХ отмечалось более тяжелое клиническое течение ОА, выявлялись худшие показатели при инструментальном (меньшие размеры хрящевой ткани) и лабораторном обследовании (выше маркер деградации хрящевой ткани), чаще встречались АГ и стеатоз печени.

СРАВНЕНИЕ СОКРАЩЕННОЙ И КОМПЛЕКСНОЙ СУСТАВНЫХ СИСТЕМ СЧЕТА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ (УЗИ) У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА)

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

Насонов Е.Л.

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

Введение/цель

Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов является объективным инструментом для оценки активности заболевания у пациентов с ревматоидным артритом (РА). На данный момент нет единого мнения о точном количестве суставов, которые следует включать в оценку активности процесса.

Цель: сравнить сокращенный 7-суставной УЗ-индекс при оценке суставов у пациентов с РА с комплексной оценкой 46 суставных зон и оценить связь данных индексов с комплексными показателями активности заболевания.

Материал и методы

В исследование включено 85 больных РА (средний возраст — 53,0 [44,0; 61,0] лет, средняя продолжительность заболевания — 8 [4; 24] мес.). УЗИ проводилось в аппаратах экспертного класса с использованием мультисекторного линейного датчика (10–18 МГц) с техникой энергетического Доплера (ЭД). Рентгенологическое обследование с оценкой рентгенологических изменений методом Sharp в модификации van der Heijde. Всем пациентам проводилась сокращенная (7-суставной УЗ-индекс) и комплексная УЗ-оценка (46-суставной УЗ индекс) суставных зон. 7-суставной УЗ-индекс включал суставные зоны запястья, 2,3 пястнофаланговые, 2,3 проксимальные межфаланговые, 2,5 плюснефаланговые суставы клинически доминирующей стороны. Ультразвуковыми признаками синовита являлись внутрисуставной выпот и пролиферация синовиальной оболочки по данным «серой» шкалы (В-режим) и гиперваскуляризация синовии в режиме ЭД согласно критериям OMERACT (the Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials). В режиме СШ и ЭД регистрация синовита осуществлялась на основании полуколичественной оценки толщины синовии и ее гиперваскулярных потоков, которая также выражалась в баллах от 0 до 3. Ультразвуковыми признаками деструктивных изменений (эрозии) являлось углубление костного контура, визуализируемое в 2 перпендикулярных срезах, шириной более 2 мм и глубиной более 1 мм. Подсчет деструкций осуществлялся с помощью бинарной системы счета (есть/нет) на каждый исследуемый сустав (количество суставов с эрозиями). УЗ-оценка 46 суставов включала суставы, входящие в индекс DAS28 (плечевые, локтевые, суставы запястья, пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые и коленные), а также плюснефаланговые и тазобедренные.

В режиме СШ и ЭД регистрация синовита также осуществлялась на основании полуколичественной оценки в баллах от 0 до 3. В крупных суставах выраженность синовита оценивалась на основании выраженности растяжения суставной капсулы относительно костных ориентиров, которая также выражалась в баллах от 0 до 3.

Результаты/обсуждение

Коэффициент корреляции между показателями ультразвукового исследования не показал различий между двумя системами счета. Были выявлены корреляционные связи как в сокращенной, так и в комплексной суставных систем счета всех УЗ-параметров (СШ, ЭД и УЗ-эрозии): СРБ, Счет эрозий Sharp, DAS 28, SDAI и CDAI со всеми УЗ-параметрами ($r=0,34$ $p=0,001$, $r=0,27$ $p=0,013$, $r=0,4$ $p=0,000$, $r=0,42$ $p=0,000$, $r=0,35$ $p=0,001$, $r=0,41$ $p=0,000$, $r=0,36$ $p=0,000$, $r=0,2$ $p=0,07$, $r=0,4$ $p=0,000$, $r=0,42$ $p=0,000$, $r=0,29$ $p=0,005$, $r=0,47$ $p=0,000$, $r=0,48$ $p=0,000$, $r=0,52$ $p=0,000$, $r=0,44$ $p=0,000$, $r=0,46$ $p=0,000$, $r=0,58$ $p=0,000$, $r=0,48$ $p=0,000$, $r=0,46$ $p=0,000$, $r=0,45$ $p=0,000$, $r=0,5$ $p=0,000$, $r=0,45$ $p=0,000$, $r=0,48$ $p=0,000$, $r=0,57$ $p=0,000$, $r=0,45$ $p=0,000$, $r=0,45$ $p=0,000$, $r=0,5$ $p=0,000$, $r=0,43$ $p=0,000$, $r=0,49$ $p=0,000$, $r=0,56$ $p=0,000$ соответственно), и Счет сужений Sharp и Общий счет Sharp с УЗ-эрозиями в сокращенной и в комплексной суставных системах счета ($r=0,24$ $p=0,03$, $r=0,28$ $p=0,01$ и $r=0,22$ $p=0,042$, $r=0,28$ $p=0,01$ соответственно). Также не было выявлено различий по СШ, ЭД и наличию эрозий по данным сокращенной и комплексной суставных ультразвуковых систем счета в группах с рентгенологическим прогрессированием на момент наблюдения и без него.

Выводы/заключение

Изученные УЗ-индексы оказались одинаково достоверны при оценке статуса активности РА. Таким образом, в практическом применении актуально использование менее трудоемкого сокращенного 7-суставного УЗ-индекса.

ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ДЕБЮТОМ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ОДНОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Арефьева А.Н., Каледа М.И., Никишина И.П.

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

Введение/цель

При системной красной волчанке с ювенильным началом (юСКВ) поражение кожи и слизистых оболочек наблюдается у 60–85% пациентов, характеризуется чрезвычайно разнообразием. На сегодня, по данным литературы, сведения об их ассоциации с другими клиническими проявлениями и иммунологическими нарушениями носят противоречивый характер. Грамотная интерпретация этих симптомов помогает в верификации диагноза и выборе эффективной схемы терапии.

Цель: оценка частоты различных вариантов поражения кожи и слизистой оболочки при юСКВ и анализ их клинико-иммунологических ассоциаций с другими проявлениями заболевания.

Материал и методы

Поражение кожи и слизистой оболочки проанализировано у 182 пациентов с юСКВ, которые госпитализировались в детское ревматологическое отделение ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой». Диагноз СКВ

верифицировался на основании критериев SLICC 2012 года. Поражения были классифицированы как специфические (острая, подострая и хроническая кожная красная волчанка) или неспецифические (фотосенсибилизация, феномен Рейно, ретикулярное ливедо, кожный васкулит, хроническая крапивница).

Результаты/обсуждение

Кожные проявления заболевания имелись у 149 пациентов (81,9%), из них 85,2% составили девочки. Острая кожная красная волчанка зафиксирована у 86,6% из них, в том числе 66,4% имели классическую скуловую сыпь. Подострая кожная красная волчанка наблюдалась у 30,9% пациентов. У 2 пациентов (1,3%) имелись буллезные высыпания. Среди вариантов хронической кожной красной волчанки зафиксированы: дискоидная красная волчанка — у 5,4%, волчаночный панникулит — у 0,7%, красная волчанка обморожения — у 1,34%. Среди неспецифических кожных проявлений заболевания зафиксированы: фоточувствительность — у 26,8% пациентов, феномен Рейно — у 22%, кожный васкулит — у 37,6%, сетчатое ливедо — у 10%, хроническая крапивница — у 2%. Сочетанное поражение кожи было у 24,8% пациентов. Нерубцовая алопеция имела у 36,2% пациентов. Поражение слизистой оболочки было представлено хейлитом у 28,9% пациентов, язвенным поражением слизистой полости рта или носа — у 26,8%, энантемой твердого неба — у 30,2%. У больных с поражением кожи статистически значимо чаще обнаруживались поражения слизистой оболочки ($p=0,05$), лейкопения ($p=0,006$), тромбоцитопения ($p=0,048$). Мы не наблюдали статистически значимой разницы в поражении кожи и слизистой оболочки между девочками и мальчиками. Медиана активности заболевания по SLEDAI на момент верификации юСКВ составила 13 [9; 17] у пациентов с кожными проявлениями и 10 [7; 13] у пациентов без кожных проявлений.

Выводы/заключение

Поражение кожи выявлено у подавляющего числа пациентов с ювенильным дебютом СКВ с превалированием изменений по типу острой кожной красной волчанки. Наличие кожных проявлений коррелировало с поражением слизистой оболочки, лейкопенией, тромбоцитопенией и более высокой активностью заболевания по SLEDAI. Статистически значимой разницы в поражении кожи у мальчиков и девочек не выявлено, равно как и зависимости между типом поражения кожи и поражением других органов.

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ КОСТНАЯ ГЕТЕРОПАЗИЯ КАК ПРИЧИНА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОССИФИКАЦИИ У ДЕТЕЙ: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Арсеньева С.В., Никишина И.П., Маткава В.Г., Арефьева А.Н.

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

Введение/цель

Прогрессирующая костная гетеропазия (ПКГ) — это ультраредкое генетическое заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования, характеризующееся прогрессирующей гетеротопической оссификацией (ГО). В большинстве случаев ПКГ обусловлена гетерозиготной инактивирующей мутацией в гене GNAS с дебютом заболевания в раннем детском возрасте. Оссификация начинается в дерме и постепенно прогрессирует в глубокие слои

кожи и скелетные мышцы, что приводит к блокированию суставов и инвалидности. Из-за недостаточной осведомленности врачей заболевание диагностируется с большой задержкой, кроме того, оссификаты часто ошибочно идентифицируются как кальциноз.

Цель: описать серию случаев ПКГ и проанализировать основные клинические проявления и разнообразие мутаций GNAS у пациентов с ПКГ.

Материал и методы

Среди детей, обследованных в нашем центре с различными типами ГО, включая прогрессирующую оссифицирующую фибродисплазию и травматическую ГО, мы выявили 6 детей с ПКГ. Все пациенты соответствовали диагностическим критериям ПКГ, которые включали наличие поверхностной и глубокой ГО, отсутствие признаков наследственной остеодистрофии Олбрайта и гормональной резистентности к паратгормону. Мутация в гене GNAS была подтверждена у всех пациентов: полноэкзомное секвенирование было проведено у 3 пациентов, таргетное секвенирование — у 3 пациентов. Рентгенологическое обследование было проведено во всех случаях, включая компьютерную томографию всего тела у 2 пациентов. У всех пациентов были оценены сывороточные уровни кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, гормонов щитовидной железы и паращитовидных желез.

Результаты/обсуждение

Представлен анализ данных 6 пациентов с ПКГ (4 мальчика/2 девочки); средний возраст дебюта заболевания составил 22,1 мес. (от 2 недель до 4 лет). У всех пациентов была задержка постановки правильного диагноза от 2,5 до 18 лет (одна пациентка в течение 7 лет наблюдалась с диагнозом ювенильный дерматомиозит с кальцинозом). Биопсия кожи была проведена у 5 пациентов (по данным гистологии — клетки костной ткани, воспаление) и привела к значимому прогрессированию ГО с нарастанием функциональных нарушений, при этом диагноз не был установлен. У большинства пациентов оссификаты образовались преимущественно в конечностях (у 2 пациентов — нижние конечности, у 2 пациентов — верхние конечности), а у 2 пациентов выявлены мелкие поверхностные оссификаты в разных частях тела, включая голову, живот и верхнюю десну. Одностороннее поражение по дерматомиотомальному типу без пересечения средней линии было выявлено у 3 пациентов (50%), у 2 из них было тяжелое повреждение кожи, в виде цианотичной окраски кожи, фиброза и спаянности с подкожно-жировой клетчаткой. У этой группы пациентов наблюдалось выраженное ограничение подвижности суставов с развитием анкилозов (у 2 пациентов — плечевой, локтевой и лучезапястный суставы; у 1 пациента — тазобедренный, коленный и голеностопный суставы), а также значительное укорочение конечностей в 2 случаях. Двустороннее асимметричное поражение с поверхностными распространенными оссификатами в разных частях тела без функциональных нарушений было выявлено у 3 пациентов (50%). При этом не отмечалось поражения кожи, за исключением травматизации кожи при выходе оссификатов наружу с развитием вторичного инфицирования. Уровни кальция, фосфора и щелочной фосфатазы — в пределах референсных значений. Нарушения функции паращитовидных желез не выявлено. У 2 пациентов был выявлен гипотиреоз и назначено лечение левотироксином. Также отмечалась задержка нервно-психического развития у 4 человек разной степени

выраженности (от задержки речевого развития до аутизма). У всех пациентов были выявлены различные мутации гена GNAS, у 4 — *de novo*, в 2 случаях родители еще не обследованы. У последнего пациента, который был направлен к нам онкологами для решения вопроса о проведении биопсии, была идентифицирована мутация в экзоне 2 гена GNAS (с.137T > C, p.Leu46Pro), которая ранее не была описана, но в сочетании с клиническими признаками ПКГ у пациента, вероятно, является патогенной.

Выводы/заключение

Опыт диагностики ультраредкого заболевания ПКГ позволил выявить два ранее не описанных фенотипа: с односторонним дермомиотомальным типом распределения глубоких оссификатов с тяжелым поражением кожи и быстрой инвалидизацией и фенотип с мозаичным хаотичным распределением поверхностных оссификатов без значимых функциональных нарушений. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы понять взаимосвязь между типом мутации GNAS и вариативностью фенотипов ПКГ.

ПРОБЛЕМА НЕИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ МНОГОЛЕТНЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: ФОКУС НА «ПАРАДОКСАЛЬНЫЕ» ЭФФЕКТЫ Арсеньева С.В., Никишина И.П., Маткава В.Г., Арефьева А.Н., Костарева О.М.

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

Введение/цель

Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) являются высокоэффективной опцией современной терапии пациентов с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА), с успехом применяющиеся как для купирования активности артрита, так и внесуставных проявлений заболевания. Однако на фоне применения ГИБП могут возникать *de novo* такие состояния, как увеит, псориаз, воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), что в литературе получило название парадоксальных нежелательных явлений (НЯ), либо «НЯ особого интереса».

Цель: провести анализ применения ГИБП у пациентов с ЮИА в когорте пациентов детского отделения ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» с акцентом на частоту развития парадоксальных НЯ.

Материал и методы

В ретроспективное исследование включено 1561 пациент с ЮИА, получавших ГИБП и наблюдавшихся в клинике в период 2004–2022 гг.

Результаты/обсуждение

Среди 1561 пациентов с различными вариантами ЮИА, получавших ГИБП за последние 18 лет, в отдельную выборку для анализа выделены больные с развитием различных нежелательных явлений на фоне применения ГИБП. Среди всех пациентов с увеитами (252), у 49 (19%) развился увеит *de novo* (24 мальчика/25 девочек). Средний возраст дебюта ЮИА — 4,9±4,3 года, средний возраст дебюта увеита — 11,3±5,4 лет. У 35 (71%) пациентов отмечалась высокая лабораторная активность в дебюте заболевания. У 31 (63%) выявлен АНФ (+), у 21 (42%) HLA B 27+ у 10 пациентов (20%) сочетание признаков. Полиартикулярный вариант ЮИА отмечался у 34 (69%) пациентов, из них олигоартрит распространившийся — у 23/47%. Базисную терапию метотрексатом получали 45 (91%) паци-

ентов. Увеит *de novo* преимущественно развивался на фоне применения этанерцепта: 46 случаев из 623 назначений (1,43 на 100 пациенто-лет), в среднем через 41,5 мес. применения препарата (от 4 до 112 мес.). Адалимуаб — 2 из 495 назначений (0,09 на 100 пациенто-лет), через 35 и 71 месяц применения. Абатацепт — 1 случай из 210 назначений (0,10 на 100 пациенто-лет) через 5 месяцев применения (переключение после инфликсимаба). Среди всех пациентов с псориазом (57) у 11 (19%) пациентов (3 мальчика/8 девочек) развился псориаз *de novo*. Средний возраст дебюта ЮИА — 7,4±5,3 года, развития псориаза — 10,8±5,1 года. АНФ (+) отмечался у 8 (73%) пациентов, HLA B27 — у 4 (36%). Все пациенты получали базисную терапию метотрексатом. Псориаз развивался в среднем через 3,08 года после начала ГИБП-терапии, преимущественно на фоне применения ингибиторов ФНО: 4-адалимуаб (в среднем через 4,9 года применения (от 1,3 до 6,8 года), 3 — инфликсимаб (в среднем через 2,1 года (1,1 до 3,1 года), 2 — абатацепт (через 2 и 5,2 года, у одного пациента через 6 лет применения абатацепта развился также рассеянный склероз), 1 — тоцилизумаб (3,8 года), 1 — сарилумаб (2 года). Наиболее редким НЯ в нашей когорте пациентов являлись ВЗК. Выявлено 4 случая развития болезни Крона (3 мальчика/1 девочка): 1 — инфликсимаб, 2 — этанерцепт, 1 — цертолизумаб (в клиническом исследовании). При этом средний возраст дебюта ЮИА составил 9,3 года (от 5 до 14 лет), дебюта ВЗК — 15,8 года (от 12 до 19 лет), во всех случаях отмечалось осложненное течение с формированием свищей и стриктур кишечника. 2 пациента АНФ (+), 2 пациента HLA B 27+, у одного отмечалась сочетание признаков. Развитие парадоксальных НЯ как правило являлось причиной замены ГИБП, за исключением нескольких случаев псориаза *de novo*.

Выводы/заключение

Развитие парадоксальных реакций является редким НЯ на фоне применения ГИБП, которые можно рассматривать не столько как осложнение ГИБП-терапии, сколько как естественное течение заболевания. Развитие увеита *de novo* характерно для субтипов ЮИА, предрасположенных к развитию увеита с наличием АНФ, но значительно чаще отмечалось при применении этанерцепта, что может рассматриваться как парциальная эффективность препарата при наличии увеита и/или высокого риска его манифестации. Развитие псориаза и болезни Крона *de novo* значительно чаще отмечалось при применении моноклональных антител. Выявленные закономерности следует учитывать при персонализированном выборе ГИБП и мониторинге безопасности терапии у пациентов с ЮИА.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ И ИНФЕКЦИОННОГО КОМПОНЕНТА НА РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Аршинов А.В., Левшин Н.Ю., Маслова И.Г.,
Баранов А.А., Емануилов В.И.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России (Ярославль)

Введение/цель

Выявить взаимосвязь между активностью воспаления, инфекционным компонентом, функцией тромбоцитов и дислипидемией, в развитии атеросклеротических изменений у пациентов системной красной волчанкой.

Материал и методы

Определение С-реактивного белка (вЧСРБ), интерлейкина 6, антител IgG к *Chlamydia pneumoniae*, антител к толл-подобным рецепторам (TLR2), тромбоцитарного фактора 4 (ТФ4), показателей агрегации тромбоцитов, показателей липидного спектра, концентрации антител к окисленным липопротеинам высокой плотности (ат оЛПНП) и толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий.

Результаты/обсуждение

Обследовано 50 женщин с СКВ. Контрольную группу составила 21 здоровая женщина. У больных СКВ выявлено значительное увеличение ТКИМ общей сонной артерии ($1,00 [0,80-1,10] > 0,80 [0,70-0,90]$, $p=0,01$) и ТКИМ бифуркации сонной артерии ($1,10 [1,00-1,20] > 0,80 [0,70-1,10]$, $p=0,01$), по сравнению с данными показателями в группе контроля. Отмечена выраженная активация воспаления: повышение концентрации вЧСРБ ($3,67 [2,17-5,92] > 0,74 [0,30-1,26]$, $p=0,01$), интерлейкина-6 ($1,72 [1,39-2,68] > 0,60 [0,22-0,75]$, $p=0,01$) и СОЭ ($21,0 [18,0-26,0] > 10,0 [7,0-14,0]$, $p=0,01$). Важным показателем явилась значительная активация тромбоцитов – достоверное увеличение концентрации ТФ4 – ($21,5 [19,80-23,28] > 18,30 [13,88-20,46]$, $p=0,01$). У пациентов СКВ был выраженная дислипидемия, которая сопровождалась повышением концентрации оЛПНП ($3,16 [1,45-4,60] > 1,39 [1,26-2,04]$, $p=0,01$). Концентрация ат IgG СР у пациентов с СКВ $0,0615 [0,035-0,124]$ несколько превышала контрольные значения $0,0415 [0,022-0,071]$, хотя и не была достоверной ($p=0,11$). Значения TLR2 у пациентов с СКВ не имели достоверных отличий от контроля – $635,7 [357,1-978,5]$, контроль $451,54 [352,05-775,0]$, $p=0,388$.

Выводы/заключение

Кроме традиционных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциация между СКВ и атеросклеротическим поражением сосудистой стенки может быть объяснена дополнительными факторами риска – воспалением и аутоиммунными процессами. Роль инфекционного компонента подлежит дальнейшему изучению.

СТРУКТУРА РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В Г. ХЫРДАЛАН ЗА 3-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Бабаева Л.К.¹, Касумова Ф.Н.², Гулиева И.М.³

¹ Центральная районная больница Апшеронского района (Хырдалан);

² Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева (Баку);

³ Городская поликлиника № 7

Введение/цель

Ревматические заболевания (РЗ) представлены различными нозологическими формами, и определенный интерес вызывает выявление частоты их госпитализаций для проведения целенаправленных превентивных мер в амбулаторных условиях.

Цель: определить структуру РЗ по данным госпитализации за 3-летний период.

Материал и методы

Обследовано 192 больных с различными РЗ, госпитализированных в Центральную районную больницу Апшеронского района (г. Хырдалан) с 2021 по 2023 г.

Результаты/обсуждение

Наибольшее количество пациентов, госпитализированных за исследуемый период наблюдения, составили больные с ревматоидным артритом (РА) – 43,7% (84 человека), причем преимущественно болели женщины – 83,3% (70 пациентов), тогда как мужчин было всего 16,6% (14 человек). Из всех больных РА у 2 женщин и 1 мужчины был идиопатический ювенильный артрит и у 1 мужчины – болезнь Стилла взрослых. Серопозитивный РА выявлен у 74 (88%), серонегативный РА – у 6 (7,1%) пациентов.

На втором месте по количеству госпитализированных больных были пациенты с анкилозирующим спондилоартритом (АСп) – 18,2% (35 человек), из которых 94,3% (33 больных) были мужчины с центральной и 5,7% (2 женщины) с периферической формой поражения. Далее почти с одинаковой частотой госпитализировались больные с подагрой – 8,3% (16 человек; 15 женщин и 1 мужчина) и с системной склеродермией (ССД) – 7,8% (15 пациентов; 1 мужчина и 14 женщин). Больные с системной красной волчанкой (СКВ) составили 6,7% (13 человек; 11 женщин и 2 мужчин). Псориатический артрит (8 мужчин и 1 женщина) и болезнь Шегрена (БШ) (9 женщин) отмечалась у 4,7% пациентов. У 5 пациентов (2,6%) был диагностирован васкулит (2 мужчин – Болезнь Бехчета, Чардж-Стросс) и 3 женщин (артериит Такаясу, Болезнь Бехчета, геморрагический васкулит). Ревматическая полимиалгия была выявлена всего у 2 пациентов (1,04%; 1 женщина и 1 мужчина). Среди госпитализированных у 3 выявлен overlap-синдром – 1,5% (2 женщины (БШ+дерматомиозит (ДМ), БШ+ ССД и 1 мужчина ДМ+ СКВ).

Выводы/заключение

Таким образом, в структуре госпитализации больных с РЗ наибольшее количество пациентов было с РА, преимущественно женщин, что требует внедрения профилактических мер, ранней диагностики и контроля проводимой базисной терапии у данной группы пациентов.

ИММУНОГЕННОСТЬ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ТРЕХВАЛЕНТНОЙ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ГРИППА У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Коротчаева Т.В.

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

Введение/цель

Изучить иммуногенность инактивированной трехвалентной вакцины против гриппа у больных спондилоартритами (СПА).

Материал и методы

В открытое проспективное исследование включены 40 больных СПА: 28 – анкилозирующим спондилитом (АС), 12 – псориатическим артритом (ПсА). Продолжительность СПА составила $13,78 \pm 11,01$ года. Исходное значение индекса BASDAI (оценивался у больных АС) составило $2,55 \pm 1,93$, индекса DAPSA (оценивался у больных ПсА) – $12,47 \pm 7,06$. 72,5% пациентов получали иммуносупрессивную терапию: 22 – генно-инженерные биологические препараты ± синтетические базисные противовоспалительные препараты, 7 – метотрексат/лефлуномид, 1 – тофацитиниб. Контрольную группу составили 22 человека без аутоиммунных заболеваний. Больные СПА и лица контрольной группы были сопоставимы

по возрасту — $40,52 \pm 10,5$ и $42,96 \pm 15,48$ года соответственно ($p \geq 0,05$). Среди больных СПА преобладали мужчины (85%), среди лиц контрольной группы — женщины (68,18%). Инактивированную трехвалентную вакцину против гриппа вводили в количестве 1 дозы (0,5 мл) в дельтовидную мышцу плеча на фоне проводимой антиревматической терапии. Уровень антител (АТ) к гемагглюнину (ГА) гриппа А(H1N1), А(H3N2) и гриппа В оценивали исходно (визит I), через 1–3 мес. (визит II) и 6 мес. (визит III) после вакцинации.

Результаты/обсуждение

Динамика уровня АТ (единицы оптической плотности) по визитам в группе больных СПА была следующей ($M \pm \sigma$): $0,58 \pm 0,19$; $0,78 \pm 0,168$; $0,71 \pm 0,184$ — для АТ к ГА гриппа А(H1N1), $0,76 \pm 0,26$; $1,01 \pm 0,21$; $0,93 \pm 0,22$ — для АТ к ГА гриппа А(H3N2), $0,79 \pm 0,18$; $0,95 \pm 0,09$; $0,9 \pm 0,11$ — для АТ к ГА гриппа В. В контрольной группе аналогичные показатели составили — $0,88 \pm 0,31$; $1,04 \pm 0,24$; $0,95 \pm 0,28$ — для АТ к ГА гриппа А(H1N1), $0,78 \pm 0,32$; $0,98 \pm 0,31$; $0,85 \pm 0,3$ — для АТ к ГА гриппа А(H3N2), $0,89 \pm 0,16$; $0,86 \pm 0,15$; $0,92 \pm 0,15$ — для ГА гриппа В. После вакцинации отмечено значимое ($p < 0,006$) нарастание уровня АТ к ГА гриппа А(H1N1), А(H3N2) и гриппа В как в группе больных СПА, так и в контрольной группе. В обеих группах пиковый иммунный ответ отмечен на II визите, к III визиту отмечалось некоторое снижение иммунного ответа, но с сохранением уровня АТ выше исходного для всех штаммов вируса гриппа. При этом исходный уровень АТ к штамму гриппа А (H1N1) в контрольной группе значимо ($p < 0,0006$) превышал аналогичные уровни у больных АС и ПсА. Поствакцинальный уровень АТ к гриппу А (H3N2) и гриппу В был сопоставим между группами.

Выводы/заключение

Полученные нами данные свидетельствуют о достаточной иммуногенности инактивированной трехвалентной вакцины против гриппа у больных СПА, в том числе на фоне иммуносупрессивной терапии.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП ОСТЕОАРТРИТА И СЫВОРОТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОНА СУЛЬФАТА: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Башкова И.Б.¹, Мадянов И.В.²

¹ ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова» (Чебоксары);

² ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ (Чебоксары)

Введение/цель

В развитии и прогрессировании остеоартрита (ОА) принимают участие генетические, биохимические, метаболические, гормональные (в первую очередь — половые гормоны) и другие факторы.

Цель: оценить уровни дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАС) и кортизола в крови у пациентов с метаболическим фенотипом первичного ОА и выявить их возможное влияние на течение ОА.

Материал и методы

В исследование включен 91 пациент (из них 22 мужчины) с достоверным диагнозом ОА коленных суставов по критериям ACR. Средний возраст пациентов — $53,2 \pm 8,3$ года, длительность ОА — $8,5 \pm 5,0$ года. Проводили антропометрическое обследование, оценку болей в суставах

по ВАШ, WOMAC, определение показателей липидного и углеводного обмена, уровней ДГЭАС и кортизола в крови, рентгенографическое и артрозонографическое исследование коленных суставов. Метаболический синдром (МС) выставляли в соответствии с критериями ВНОК (2013). Контрольная группа ($n=114$, включая 26 мужчин), сформированная методом случайной выборки популяции из числа практически здоровых людей, была репрезентативна по полу и возрасту.

Результаты/обсуждение

Уровень ДГЭАС в крови у пациентов с ОА был ниже показателя контрольной группы ($2,40 \pm 1,20$ vs $3,66 \pm 1,45$ мкг/мл, $p < 0,001$), у женщин — ниже, чем у мужчин ($2,25 \pm 1,17$ vs $2,89 \pm 1,23$ мкг/мл, $p < 0,05$). Было выявлено повышение концентрации кортизола в крови у больных ОА по сравнению с группой контроля ($488,8 \pm 236,5$ vs $422,2 \pm 149,7$ нмоль/л, $p < 0,05$). Среднее значение индекса массы тела (ИМТ) у больных ОА составило $28,6 \pm 5,8$ кг/м² и оказалось несколько выше, чем у лиц контрольной группы ($27,6 \pm 4,5$ кг/м², $p > 0,05$). Избыточная масса тела и ожирение выявлены соответственно у 40,7 и 33,0% больных ОА и у 43,0 и 28,9% лиц контрольной группы. МС был диагностирован у 47,3% пациентов с ОА. У пациентов с метаболическим фенотипом ОА выявлены более низкие уровни ДГЭАС ($2,45 \pm 1,41$ vs $2,79 \pm 1,84$ мкг/мл, $p > 0,05$) и кортизола ($428,9 \pm 211,7$ vs $542,1 \pm 244,3$ нмоль/л, $p = 0,049$) в крови по сравнению с больными ОА без МС. Метаболический фенотип ОА характеризовался более тяжелым течением: была выше интенсивность болей в коленных суставах при движении (критерий Манна — Уитни ($Z = -2,38$, $p = 0,017$) и ночная боль по ВАШ ($Z = -2,24$, $p = 0,025$), суммарный показатель WOMAC ($Z = -1,86$, $p = 0,049$), уровень СОЭ ($Z = -2,21$, $p = 0,027$), чаще выявлялся синовит ($Z = -4,26$, $p < 0,001$), были более значимыми артрозонографические изменения гиалинового хряща ($Z = -2,24$, $p = 0,025$), более выраженные рентгенологические изменения ($Z = -1,93$, $p = 0,046$), при этом пациенты с МС и без такового были сопоставимы по возрасту ($p = 0,25$) и длительности ОА ($p = 0,89$). По данным артрозонографии прирост ИМТ напрямую связан с увеличением размеров остеофитов (ранговый коэффициент корреляции Спирмена ($r = 0,43$, $p = 0,003$) и обратно коррелирует с шириной суставной щели медиального отдела коленных суставов ($r = -0,37$, $p = 0,014$). У женщин с ОА обнаружена достоверная связь между окружностью талии и концентрацией в крови ДГЭАС-С ($r = -0,32$, $p = 0,045$). У пациентов с метаболическим фенотипом ОА выявлены отрицательные корреляционные связи между уровнем ДГЭАС в крови и размерами остеофитов на рентгенограмме ($r = -0,33$, $p = 0,048$), между кортизолом и объемом выпота в коленных суставах ($r = -0,38$, $p = 0,013$), и положительная — между уровнем кортизола в крови и толщиной гиалинового хряща по данным УЗИ ($r = 0,58$, $p = 0,005$).

Выводы/заключение

МС был диагностирован у 47,3% пациентов с ОА. У пациентов с метаболическим фенотипом ОА выявлены более низкие уровни ДГЭАС и кортизола в крови по сравнению с больными ОА без МС. Продemonстрировано негативное влияние абдоминального ожирения на течение ОА коленных суставов. Выявлены корреляционные взаимоотношения между уровнем надпочечниковых гормонов в крови и артрозонографическими и рентгенологическими изменениями в коленных суставах.

ЭКСПРЕССИЯ СУБЪЕДИНИЦ РЕЦЕПТОРА IL-7 НА КЛЕТКАХ ПАМЯТИ, TH1, TH17 ЛИМФОЦИТАХ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Блинова Е.А., Ангельская О.А., Сизиков А.Э., Козлов В.А.

НИИФКИ (Новосибирск)

Введение/цель

Ключевым звеном патогенеза псориатического артрита (ПсА) является активация и экспансия CD4⁺ клеток, относящихся к субпопуляциям Th1, Th17 лимфоцитов. Продуцируемые клетками провоспалительные цитокины, в том числе IL-17, стимулируют синовиальные фибробласты и макрофаги, которые также вырабатывают воспалительные цитокины IL-1 β , IL-6 и TNF- α , что в конечном итоге приводит к деструкции кости и хряща за счет индукции MMPs, ADAMTS и RANKL. Механизмы поддержания аутореактивных Т-клеток недостаточно изучены, предполагается, что весомый вклад в процесс поддержания может вносить IL-7. Действие цитокина на клетки опосредуется связыванием цитокина с его рецептором (IL-7R).

Цель: исследовать экспрессию субъединиц IL-7R на CD4⁺ центральных и эффекторных клетках памяти, а также Th1, Th17 лимфоцитах периферической крови в норме и при ПсА.

Материал и методы

В исследование было включено 15 пациентов с ПсА в стадии обострения и 8 условно здоровых доноров сопоставимого возраста. Пациенты имели легкое и среднее течение заболевания по индексу PASI. Фенотипирование клеток и определение субъединиц IL-7R (CD127, CD132) проводили методом проточной цитофлуориметрии с использованием конъюгированных с флуорохромами моноклональных антител. CD4⁺ центральные и эффекторные клетки памяти определяли как CD45RO⁺CCR7⁺ и CD45RO⁺CCR7⁻ клетки, соответственно. Th1 фенотипировали как CD4⁺CXCR3⁺ клетки, Th17 — как CD4⁺CD161⁺ клетки. Анализ проводили на проточном цитофлуориметре FACS CantoII (BD, USA).

Результаты/обсуждение

Не было выявлено достоверных отличий по содержанию CD4⁺ центральных и эффекторных клеток памяти, Th1, Th17 лимфоцитов между донорами и пациентами с ПсА. Экспрессия субъединиц рецептора к IL-7 на CD4⁺ центральных и эффекторных клетках памяти также не отличалась между группами доноров и пациентов. Однако число CD127⁺ и CD132⁺ клеток было достоверно повышено у пациентов с ПсА среди Th1, Th17 лимфоцитов по сравнению с показателями доноров. Что может говорить о том, что IL-7 участвует в поддержании данных клеток. Кроме того, по данным литературы, Th17 лимфоциты человека коэкспрессируют IL-7R и коллаген-связывающий интегрин α 2 β 1 (CD49b), при этом IL-7 способствует увеличению адгезии данных клеток к коллагену через интегрин α 2 β 1. Кроме того, совместное взаимодействие двух рецепторов в Th17 клетках усиливало продукцию ими IL-17 и его остеокластогенную функцию.

Выводы/заключение

Полученные данные об увеличении экспрессии CD127 и CD132 на Th1, Th17 клетках при ПсА отражают участие IL-7 и его рецепторной системы в патогенезе данного заболевания. Данная работа поддержана Российским научным фондом и правительством Новосибирской области (проект РНФ 22-25-20212).

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

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

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

Введение/цель

Псориатическая ониходистрофия наблюдается у 40% пациентов с псориазом и до 80% у больных псориатическим артритом (ПсА). Данное поражение ногтей группой GRAPPA рассматривается как один из шести основных параметров ПсА, а также ассоциируется с неблагоприятным клиническим течением ПсА, более высокой активностью болезни, большим вовлечением в патологический процесс поражения энтезисов, что в свою очередь значительно ухудшает качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ) у пациентов.

Цель: оценить взаимосвязь псориатической ониходистрофии с активностью заболевания, клинической симптоматикой, функциональным статусом и качеством жизни КЖСЗ у больных с ПсА.

Материал и методы

В исследование включено 172 пациента с псориатическим артритом (м/ж=90 (52,3%)/ 82(47,7%)), соответствующие критериям CASPAR (2006). Средний возраст 45,1 $\pm$ 11,8 года, длительность ПсА — 113,8 $\pm$ 76,7 месяца, псориаза — 241 $\pm$ 144 месяца, активность заболевания по DAPSA — 28 $\pm$ 22,2. Всем пациентам проводилось стандартное ревматологическое обследование и оценка качества жизни. Оценивали число болезненных (ЧБС из 68) и припухших (ЧПС из 66) суставов, количество пораженных энтезисов с помощью модифицированного индекса LEI, который включал дополнительно оценку плантарной фасции, проводилась оценка тяжести псориаза по индексу BSA, оценка состояния здоровья по мнению пациента включала в себя: выраженность боли (ОБП) и оценку активности заболевания пациентом (ОЗП) по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 10 см, оценки по индексам BASDAI, HAQ, FACIT-F, PsAID-12. В дальнейшем проводился сравнительный анализ двух групп пациентов: с псориатической ониходистрофией — 93 (53,7%) и без псориатического поражения ногтей — 79 (46,2%).

Результаты/обсуждение

При сравнительной оценке двух групп было выявлено, что пациенты с псориатической ониходистрофией были достоверно более активными по индексу DAPSA (32,5 $\pm$ 23,6 по сравнению с группой без поражения ногтей 22,8 $\pm$ 19,2). Также в данной группе наблюдалось значительно больше число болезненных (12,3 $\pm$ 10,8 и 9,05 $\pm$ 8,4, $p=0,01$) и число припухших суставов (9,46 $\pm$ 9,39 и 6,02 $\pm$ 5,18, $p=0,0006$), большее количество пораженных энтезисов (1,78 $\pm$ 1,37 и 0,88 $\pm$ 0,53, $p=0,01$). У пациентов с псориатической ониходистрофией достоверно чаще отмечалось умеренное или тяжелое поражение кожных покровов по индексу BSA — 50 (29%) и 20 (11,6%), $p<0,001$. При оценке показателей состояния здоровья по мнению пациентов выявлено, что в группе пациентов с псориатической ониходистрофией чаще испытывали боль — 48,2 $\pm$ 26,7 и 38,1 $\pm$ 26,7 ($p=0,01$) и значительно выше пациенты отмечали оценку активности заболевания по шкале ОЗП 43,9 $\pm$ 24,9 и 35,8 $\pm$ 24,6 ($p=0,03$) и индексу BASDAI — 4,47 $\pm$ 2,65 и 3,10 $\pm$ 2,24, $p=0,0006$ соответственно.

При сравнении двух групп по функциональному статусу с помощью опросника HAQ было показано, что у больных с псориатический ониходистрофией отмечалось нарушение функционального статуса значительно чаще по сравнению с пациентами без поражения ногтей — $1,1 \pm 0,74$ и $0,88 \pm 0,81$ ($p=0,03$). Также данные пациенты достоверно чаще испытывали усталость (по опроснику FASIT-F) — $37,9 \pm 11,1$ и $32,06 \pm 10,3$ ($p=0,0004$). При оценке КЖСЗ с помощью специфического опросника PsAID12 данный показатель был достоверно хуже у пациентов с псориатической ониходистрофией — $3,92 \pm 2,51$ и $2,48 \pm 2,43$ ($p<0,0001$).

Выводы/заключение

Наличие псориатической ониходистрофии у пациентов с ПсА значительно влияет на активность заболевания, у данных больных отмечается значительно большее число болезненных и припухших суставов, больше пораженных энтезисов, также отмечается ухудшение функционального статуса и КЖСЗ.

ДЕТАЛИЗАЦИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Гараева А.Р., Шапорева К.Р., Лапшина С.А.
ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Введение/цель

Боль при анкилозирующем спондилите (АС) является одним из критериев тяжести и характеризует качество жизни пациентов. Однако при хронизации болевого синдрома он может иметь мультифакториальную природу.

Цель: изучить особенности болевого синдрома у пациентов с АС.

Материал и методы

Исследовано 40 пациентов с АС. Средний возраст $43 \pm 14,05$ [34,5; 50,5] года. Активность оценивалась по шкалам BASDAI и ASDAS: высокая активность — 85%, умеренная — 5%, низкая — 10% пациентов. Распределение по функциональной недостаточности (ФН): 45% — 3-й степени, 25% — 2-й степени, 30% — 1-й степени. Средняя длительность заболевания — $122,4 \pm 18,92$, медиана 114 [66; 144] месяца. Оценка степени невропатической боли (НБ) производилась при помощи опросника Pain detect (PD), наличие фибромиалгии (ФМ) — по опроснику FIRST. Всем пациентом было оценено качество жизни с помощью опросника EQ-5D.

Результаты/обсуждение

У 100% присутствовала хроническая воспалительная боль в спине и/или суставах, дополнительно отмечалась у 80% боль невоспалительного характера: НБ по шкале PD — у 65% пациентов, боль характерная для ФМ фиксировалась по опроснику FIRST у 52,5%, наличие сочетания трех исследуемых видов боли встречалось у 37,5%. Отмечалась связь наличия ФМ и НБ с возрастом, однако не было связи с длительностью заболевания. Коморбидная патология присутствовала у 65% пациентов: анемия — 45%, артериальная гипертензия (АГ) — 35%, остеопороз — 20% пациентов. Выявлена прямая корреляционная связь индексов невоспалительной боли с наличием сопутствующей патологии: числом сопутствующих заболеваний — FIRST ($r_{\text{Сп}}=0,614$; $p=0,004$), PD ($r_{\text{Сп}}=0,569$; $p=0,009$), наличием АГ — FIRST ($r_{\text{Сп}}=0,523$; $p=0,018$), PD ($r_{\text{Сп}}=0,507$; $p=0,023$), и анемией ($r_{\text{Сп}}=0,714$; $p=0,001$) для ФМ. Отмечена прямая корреляция шкалы FIRST с активностью

заболевания ($r_{\text{Сп}}=0,586$; $p=0,008$), интенсивностью боли по ВАШ ($r_{\text{Сп}}=0,751$; $p=0,001$) и ФН ($r_{\text{Сп}}=0,614$; $p=0,004$), выявлена обратная связь ФМ с индексом EQ-5D ($r_{\text{Сп}}=-0,673$; $p=0,001$).

Выводы/заключение

У 80% пациентов с АС встречается невоспалительный компонент боли. При высокой активности ФМ присутствовала чаще. Коморбидная патология встречается чаще у пациентов НБ и ФМ, в частности АГ и анемия. При наличии ФМ качество жизни пациентов было значительно хуже. Из этого следует, что пациенты с АС при обследовании требуют большей детализации болевого синдрома, с целью дальнейшей рациональной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТРАТЕГИИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПЕРЕЛОМОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НЕВСКОЙ КОГОРТЫ

Гладкова Е.Н.^{1,2}, Лесняк О.М.^{1,2}, Забежинская И.В.³, Илюшин Ю.М.⁴, Колбин М.Ю.³, Танаев В.Г.³

¹ ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Санкт-Петербург);

² СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25»;

³ ГБУЗ «Городская поликлиника № 25 Невского района»

Введение/цель

В России остеопорозом болеют каждая третья женщина и каждый четвертый мужчина в возрасте старше 50 лет. Переломы, вызванные остеопорозом, сопровождаются тяжелыми последствиями в виде снижения качества жизни, больших финансовых затрат, а зачастую и смертности. В связи с этим выявление пациентов с высоким риском переломов является приоритетной задачей здравоохранения.

Цель: оценить эффективность стратегии выявления пациентов с высоким риском переломов с использованием калькулятора FRAX на примере городской поликлиники Санкт-Петербурга.

Материал и методы

Данное исследование выполнено в рамках совместного социального проекта Российской ассоциации по остеопорозу, администрации Невского района Санкт-Петербурга и Законодательного Собрания Санкт-Петербурга. В рамках исследования проводилось активное выявление пациентов с высоким риском переломов среди населения в возрасте 40 лет и старше. Врачами первичного звена городской поликлиники №25 Невского района Санкт-Петербурга (ГП № 25) осуществлялась оценка риска переломов с использованием калькулятора FRAX у всех пациентов, обратившихся на прием к врачу по любому поводу в период с 2017 по 2020 г. При идентификации высокого риска переломов пациенты направлялись в районный центр остеопороза для проведения дополнительного обследования и определения дальнейшей тактики ведения. Все пациенты, прошедшие оценку риска переломов за указанный период времени, были объединены для последующего наблюдения в когорту, которая получила название «Невская когорта». Для оценки эффективности проводимых мероприятий осуществлялся сбор сведений о новых случаях переломов проксимального отдела бедра, позвонков, периферических переломов за 2016 и 2021 годы на основании реестров оказания медицинской помощи населению, прикрепленному к ГП

№ 25 Невского района. Расчет инцидентности переломов осуществлялся с учетом умерших среди прикрепленного населения за указанный период времени.

Результаты/обсуждение

В 2017–2020 годах врачами первичного звена было обследовано 11 013 человек, что составило 31,7% от общей численности прикрепленного населения в возрасте 40 лет и старше. Среди обследованных доля женщин была выше и составила 72,2% ($p=0,0002$). По результатам оценки риска переломов было выявлено 2416 человек с высоким риском переломов, что составило 21,9% от числа обследованных. Инцидентность переломов среди прикрепленного населения 40 лет и старше за указанный период времени значительно не изменилась и составила 1152 и 1096 на 100 тыс. населения в 2016 и 2021 годах соответственно, $p=0,3$. Сравнение этого же показателя в группе лиц, прошедших оценку риска переломов, и тех, у кого оценка риска не проводилась, показало, что инцидентность переломов в 2016 году была выше в группе вмешательства — 1738 и 949 на 100 тыс. населения соответственно ($p=0,002$). Значимого снижения этого показателя за период наблюдения к 2021 году не отмечалось в обеих группах. Было выявлено, что в «Невской когорте» за период 2017–2021 годы показатель кумулятивной смертности был значительно выше, чем у пациентов, которым оценка риска не проводилась, что характеризует эту группу более высоким уровнем коморбидности. Изучение инцидентности переломов в группе, характеризующимся высоким риском переломов за период 2016–2021 гг. показало значимое снижение этого показателя с 4362 до 2395 на 100 тыс. населения, $p=0,009$.

Выводы/заключение

Таким образом, наблюдение продемонстрировало, что выявление пациентов с высоким риском переломов с последующей их маршрутизацией эффективно предотвращает тяжелые последствия остеопороза в виде снижения частоты новых случаев переломов у лиц 40 лет и старше.

ОЦЕНКА ПРЕЕМСТВЕННОСТИ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПЕРЕЛОМОВ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Гладкова Е.Н.^{1,2}, Лесняк О.М.^{1,2}, Забежинская И.В.³, Илюшин Ю.М.⁴, Колбин М.Ю.³, Танаев В.Г.³

¹ ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Санкт-Петербург);

² СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25»;

³ ГБУЗ «Городская поликлиника № 25 Невского района»

Введение/цель

Переломы, вызванные остеопорозом, сопровождаются тяжелыми последствиями в виде снижения качества жизни, больших финансовых затрат, а зачастую и смертности. В связи с этим выявление пациентов с высоким риском переломов для своевременного начала патогенетической терапии является приоритетной задачей здравоохранения.

Цель: оценить результаты наблюдения врачом-ревматологом пациентов с высоким риском переломов.

Материал и методы

Врачами первичного звена городской поликлиники № 25 Невского района Санкт-Петербурга (ГП № 25) осуществлялась оценка риска переломов с использованием калькулятора FRAX среди пациентов в возрасте 40 лет и старше, обратившихся на прием к врачу по любому

поводу в период с 2017 по 2020 г. При идентификации высокого риска переломов пациенты направлялись в районный центр остеопороза для проведения дополнительного обследования и определения дальнейшей тактики ведения. На основании результатов оценки риска переломов сформирована группа с высоким риском переломов, которая включала в себя пациентов, у которых по результатам оценки с использованием опросника FRAX риск переломов совпадал или был выше порога терапевтического вмешательства, а также с переломами следующих локализаций: проксимальный отдел бедра, тела позвонков, множественные переломы.

У этой категории пациентов в 2022 году по телефону проведено анкетирование по результатам наблюдения: уточнялись факт проведения денситометрии, установления диагноза остеопороза, назначения и приема препаратов кальция и D3, а также патогенетической терапии.

Результаты/обсуждение

Группа с высоким риском переломов на основании вышеизложенных критериев составила 1648 человек. За период 2017–2022 гг. доля умерших в группе составила 9,5% (129 человек), доля опрошенных на оставшихся в живых — 89% (1352 чел.). После проведения повторной оценки факторов риска, входящих в анкету FRAX, обученным персоналом высокий риск переломов был подтвержден у 1147 человек — 84,8%. Доля лиц, у которых по данным опроса была проведена денситометрия, составила 45,0%, установлен диагноз остеопороз — 46,7%, препараты кальция и витамина D принимали 87,3% пациентов, лечение патогенетическими препаратами получали 45,6%.

Выводы/заключение

В результате проведенного опроса пациентов выявлено, что в 15% случаев оценка риска переломов врачом первичного звена была некорректной, что послужило поводом для необоснованного направления пациентов в центр остеопороза. Для достижения показателей эффективности проводимых мероприятий необходимо увеличение охвата пациентов с высоким риском переломом терапией остеопороза.

ТЕЧЕНИЕ УВЕИТА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ИНТЕРЛЕЙКИНА 17

Годзенко А.А.¹, Агафонова Е.М.², Димитрева А.Е.², Разумова И.Ю.³, Урумова М.М.²

¹ ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (Москва);

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

³ ФГБНУ «НИИ ГБ им. М.М. Краснова» (Москва)

Введение/цель

Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) могут по-разному влиять на различные клинические проявления анкилозирующего спондилита (АС). Данные о воздействии на увеит при АС ингибиторов интерлейкина 17 (иИЛ17) продолжают накапливаться.

Цель: оценить влияние терапии иИЛ17 на течение увеита при АС.

Материал и методы

В исследование включено 73 пациента с достоверным АС, соответствующим Нью-Йоркским критериям, которые получали иИЛ17 (57 — секукинумаб (СЕК), 22 — натакамаб (НЕТ)) в течение не менее 1 года. Среди пациентов было 40 мужчин (56,7%) и 33 женщины (43,3%). HLA-B27 выявлен у 62/73 (85%) человек, коксит — у 58 (79%),

энтезит — у 63 (86,3%), периферический артрит у 57 (78%), псориаз у 7 (9,5%), ВЗК у 3 (4,1%); у 6 (8,2%) заболевание началось в возрасте до 16 лет. У 19 (26%) пациентов был по крайней мере 1 эпизод увеита в течение заболевания. Для оценки влияния иИЛ17 на течение увеита сопоставлялось число обострений на 100 пациенто-лет до начала терапии ГИБП и в период лечения иИЛ17.

Результаты/обсуждение

Частота обострений увеита до начала терапии ГИБП для всех пациентов составила 8,3 на 100 пациенто-лет (95% ДИ 0,065–0,107), на фоне терапии иИЛ17 — 9,2 на 100 пациенто-лет (95% ДИ 0,06–0,15), $p=0,72$. У пациентов, получавших СЕК, частота обострений увеита до начала терапии ГИБП составила 10,1 на 100 пациенто-лет (95% ДИ 0,079–0,13), на фоне лечения СЕК — 9,4 на 100 пациенто-лет (95% ДИ 0,05–0,15), $p=0,74$. У пациентов, получавших НЕТ, частота обострений увеита до начала терапии ГИБП составила 4,8 на 100 пациенто-лет (95% ДИ 0,028–0,08), в период использования НЕТ — 7,1 на 100 пациенто-лет, (95% ДИ 0,019–0,22), $p=0,3$. У пациентов с увеитом в анамнезе частота обострений до начала терапии ГИБП составила 22,5 на 100 пациенто-лет, (95% ДИ 0,18–0,28), в период лечения иИЛ17 — 29,1 на 100 пациенто-лет (95% ДИ 0,18–0,43), $p=0,29$. В период лечения СЕК обострения увеита отмечались у 4 из 57 пациентов (7%), в период лечения НЕТ — у 1 из 25 (4%). Случаев увеита *de novo* на фоне лечения иИЛ17 за время наблюдения зафиксировано не было.

Выводы/заключение

Достоверных различий в частоте обострений увеита на фоне терапии иИЛ17 в сравнении с безбиологической терапией не выявлено. В исследуемой группе пациентов терапия иИЛ17 не продемонстрировала существенного влияния на течение увеита при АС.

ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ БОЛЬНЫМИ АКТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ЭФФЕКТ И ПОСЛЕДСТВИЯ

Гордеев А.В., Матянова Е.В., Галушко Е.А., Пожидаев Е.В.

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

Введение/цель

Применение глюкокортикоидов (ГК) при терапии ревматоидного артрита (РА) широко распространено как в России, так как и во всем мире. Продолжительность и дозовый режим ГК при этом зачастую выходят за рамки профессиональных рекомендаций, что обуславливает актуальность изучения отдаленных последствий длительного использования ГК в терапии РА.

Материал и методы

Из 1143 пациентов с активным РА (ACR/EULAR 2010 г), госпитализированных в 2021–2022 гг., были выделены больные РА, имеющие опыт использования системных ГК более 6 мес. /группа А ($n=782$): длительность приема ГК $Me=44$ [19;96] мес., средняя доза преднизолона на момент включения в исследование: $6,7\pm4,2$ мг/сут. В группу В вошли больные РА без опыта приема ГК ($n=245$). Для оценки профиля сопутствующей патологии использовался кумулятивный индекс заболеваний (CIRS).

Результаты/обсуждение

Больные в группе А были старше (А: $52,1\pm13,5$ года; В: $47,9\pm16,6$ года, $p<0,0001$), с большей длительностью РА (А: $13,2\pm9,9$ года; В: $10,7\pm7,9$ года, $p=0,0004$) и чаще

с IV рентгенологической стадией РА (А: 24,6%; В: 17,1%; ОШ=1,6 (1,1;2,3), $p=0,02$). Частота Difficult-to-Treat варианта РА (EULAR 2021) в группе А была выше (8,6% против В: 4,5%, ОШ=2 (1;3,8), $p=0,036$). При этом активность РА по DAS28 на момент включения в исследования в группах была сопоставима (А: 4,9 [4,2; 5,6]; В: 4,9 [4; 5,6]). Терапия РА в группе А характеризовалась большим количеством использованных базисных противовоспалительных препаратов (А: $2,7\pm1,1$; В: $2,4\pm0,9$, $p=0,0003$), более частым развитием метотрексат-индуцированного гепатита (А: 16,8%; В: 10,9%; ОШ=1,6 (1; 2,6), $p=0,03$). В группе А интервал времени между дебютом РА и инициацией биологической терапии был больше (А: 8[3; 15] лет, В: 5[2; 10] лет, $p=0,0001$) и прямо коррелировал с длительностью ГК-терапии ($R_s=0,38$) при сопоставимой качественной структурой использованных генно-инженерных биологических препаратов. В этой же группе достоверно чаще диагностировались туберкулез, гипертоническая болезнь, хроническая болезнь почек, катаракта, остеопороз ($p<0,05$) и его осложнения при сопоставимой частоте сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, поражений желудочно-кишечного тракта. В группе А выявлялся более высокий индекс CIRS, а индекс тяжести CIRS был ниже, чем в группе В ($p<0,05$).

Выводы/заключение

Длительное использование ГК удлиняло время до назначения генно-инженерных биологических препаратов и сопровождалось повышением мультиморбидной нагрузки.

КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОТЕКА КОСТНОГО МОЗГА В ОБЛАСТИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ В ДИНАМИКЕ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ

Горохова В.А., Широкова Л.Ю., Шепелева Л.С., Евгеньева А.В.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России (Ярославль)

Введение/цель

Остеоартрит (ОА) был и остается самым распространенным заболеванием синовиальных суставов человека. Хронические локальные боли с выраженным ухудшением функционального статуса пораженных суставов при ОА снижают качество жизни в такой же степени, как и сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, депрессия. Болевой синдром при ОА коленных суставов носит мультифакторный характер, определенную роль в котором может играть поражение субхондральной кости в виде отека костного мозга (ОКМ).

Цель: провести качественный анализ распространения ОКМ в области коленных суставов у больных ОА в динамике лечения с использованием хондроитин сульфата.

Материал и методы

Обследовано и пролечено 79 больных с достоверным согласно диагностическим критериям Американской коллегии ревматологов ОА коленных суставов. По гендерным различиям большинство составляли женщины с I–III рентгенологической стадией по Келлгрэну – Лоуренсу и длительностью заболевания более 3 лет. Всем пациентам проведено стандартное клиническое и артрологическое обследование. Чаще наблюдалась II рентгенологическая стадия ОА и II степень функциональной недостаточности суставов. ОКМ определяли при МРТ исследовании на компьютерном томографе высокой мощности Siemens

1,5 Тесла в трех режимах T1, T2 и PD и трех проекциях с жироподавлением. Исследование проводили дважды с интервалом в шесть месяцев. Все включенные в исследование пациенты были рандомно разделены на 2 группы, из которых 44 человека получали лечение хондроитин сульфатом (основная группа) и 35 — плацебо. Терапия хондроитин сульфатом проводилась по стандартной методике парентерального введения.

Результаты/обсуждение

По результатам качественного анализа динамики распространения ОКМ в области коленных суставов у больных ОА его уменьшение зарегистрировано в 48,8% случаев (22 пациента) в группе хондроитин сульфата и в 31,4% случаев (11 пациентов) в группе плацебо (Хи-квадрат=6,75, $p=0,009$). Отсутствие динамики по параметру ОКМ зафиксировано у 4 больных из основной группы, что составило 9,1% и у 10 человек (28,5%) из группы плацебо. Увеличение ОКМ в основной группе наблюдалось у 18 пациентов, что составило 40,9% и у 14 человек в группе плацебо, что соответствовало 40% случаев.

Выводы/заключение

Качественный анализ выявил превосходство терапии парентеральным хондроитин сульфатом перед плацебо в снижении ОКМ у большего процента лиц с ОА коленных суставов.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ, РИСК ПЕРЕЛОМОВ И ТЯЖЕСТЬ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ МУЖСКОГО ПОЛА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Григорьева И.И.¹, Раскина Т.А.², Летаева М.В.², Аверкиева Ю.В.²

¹ ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая больница № 4»;

² ФГБОУ ВО КемГУ Минздрава России (Кемерово)

Введение/цель

Изучение взаимосвязи саркопении с остеопеническим синдромом и мультифокальным атеросклерозом у больных мужского пола с ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте 50 лет и старше.

Материал и методы

Обследованы 79 мужчин в возрасте старше 50 лет с ИБС (медиана возраста 63 (57; 66) года). Диагностика саркопении проводилась на основании рекомендаций Европейской рабочей группы по изучению саркопении у пожилых людей (EWGSOP, 2010) с определением трех параметров — мышечной силы, мышечной массы и мышечной функции. МПК (г/см^2) и T -критерий (стандартное отклонение — CO) шейки бедра и поясничного отдела позвоночника (L1–L4) оценивали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) на костном денситометре «Lunar Prodigy Primo» (США), используя следующие референсные интервалы: нормальные показатели МПК (T -критерий ≥ -1 CO), остеопения (ОПе) (T -критерий от -1 CO до $-2,5$ CO) и остеопороз (ОП) (T -критерий $< -2,5$ CO). Вариант поражения коронарных артерий оценивали по данным КАГ: вариант А — одно- и двухсосудистое поражение; вариант В — трехсосудистое; вариант С — поражение ствола левой коронарной артерии (СтЛКА) в сочетании (либо без) с гемодинамически значимыми сужениями любых других коронарных артерий. Выраженность атеросклеротического поражения сонных

артерий оценивали методом цветного дуплексного сканирования с исследованием толщины комплекса интима-медиа (ТИМ), наличия атеросклеротических бляшек (АСБ) и степени стеноза артерии. Для сравнительного анализа больные были разделены на 3 группы (EWGSOP, 2010): 1-я — 31 больной без саркопении, 2-я — 21 пациент с пресаркопенией и 3-я — 27 больных с саркопенией.

Результаты/обсуждение

Частота остеопенического синдрома у больных с саркопенией была значимо выше по сравнению с пациентами с пресаркопенией ($p=0,050$) и сопоставима с таковой у мужчин без саркопении ($p>0,050$). При сравнительном анализе установлено достоверное снижение показателей МПК и T -критерия в шейке бедра у пациентов с саркопенией как по сравнению с показателями больных без саркопении ($p=0,009$ и $p=0,013$ соответственно), так и по сравнению с показателями пациентов с пресаркопенией ($p=0,027$ и $p=0,024$ соответственно). При сопоставлении МПК и T -критерия в поясничном отделе позвоночника в исследуемых группах больных значимых различий не получено ($p>0,05$). Высокий риск основных переломов по FRAX отмечен у 18,5% пациентов с саркопенией, 3,2% больных с пресаркопенией и 9,5% — без саркопении ($p>0,050$). Высокий риск перелома бедра установлен в 3,2%, 9,5% и 22,2% случаев в 1–3-й группах соответственно ($p>0,050$). При сравнительном анализе в группе больных с ИБС и саркопенией отмечена более высокая частота поражения СтЛКА±любых других артерий по сравнению с таковой у пациентов с ИБС с пресаркопенией и без саркопении (29,6% против 20,0% и 13,3% соответственно, $p>0,050$). ТИМ в группе больных с саркопенией достоверно превышала аналогичный показатель у мужчин без саркопении ($p=0,005$). Наиболее тяжелое поражение сонных артерий с множественными АСБ и стенозом 50% и более достоверно чаще встречалось у мужчин с саркопенией по сравнению с группой больных с пресаркопенией (48,15% против 9,5%, $p=0,015$) и без саркопении (48,15% против 12,9%, $p=0,013$).

Выводы/заключение

Снижение мышечной силы, функции и массы у больных ИБС мужского пола ассоциировано со снижением МПК в шейке бедра, увеличением риска остеопоротических переломов и более тяжелым течением мультифокального атеросклероза.

САРКОПЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ МУЖСКОГО ПОЛА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Григорьева И.И.¹, Раскина Т.А.², Малышенко О.С.¹, Королева М.В.²

¹ ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая больница № 4»;

² ФГБОУ ВО КемГУ Минздрава России (Кемерово)

Введение/цель

Оценка факторов, ассоциированных с прогрессированием мультифокального атеросклероза у мужчин со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте 50 лет и старше в зависимости от мышечного статуса.

Материал и методы

Обследованы 79 мужчин в возрасте старше 50 лет с ИБС (медиана возраста 63 (57; 66) года). Диагностика саркопении проводилась на основании рекомендаций

Европейской рабочей группы по изучению саркопении у пожилых людей (EWGSOP, 2010) с определением трех параметров — мышечной силы, мышечной массы и мышечной функции. Общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП) и холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) определяли в сыворотке крови натошак спектрофотометрическим методом. Вариант поражения коронарных артерий оценивали по данным КАГ: вариант А — одно- и двухсосудистое поражение; вариант В — трехсосудистое; вариант С — поражение ствола левой коронарной артерии (СтЛКА) в сочетании (либо без) с гемодинамически значимыми сужениями любых других коронарных артерий. Выраженность атеросклеротического поражения сонных артерий оценивали методом цветного дуплексного сканирования с исследованием толщины комплекса интима-медиа (ТИМ), наличия атеросклеротических бляшек (АСБ) и степени стеноза артерии. Для сравнительного анализа больные были разделены на 3 группы (EWGSOP, 2010): 1-я — 31 больной без саркопении, 2-я — 21 пациент с пресаркопенией и 3-я — 27 больных с саркопенией.

Результаты/обсуждение

При сравнительном анализе установлено, что в группах больных с пресаркопенией и саркопенией абсолютные величины ОХС были выше оптимальных — 4,80 (3,80; 6,00) ммоль/л и 5,20 (3,75; 6,00) ммоль/л соответственно, с достоверными различиями между группами 1 и 3 ($p=0,03$). Уровень ХС ЛНП был выше в группе больных с саркопенией и составил 3,28 (2,08; 3,26) ммоль/л, у пациентов с пресаркопенией — 2,41 (2,00; 4,00) ммоль/л, а в группе больных без саркопении отмечен самый низкий показатель ХС ЛНП — 2,38 (1,91; 3,01) ммоль/л ($p>0,05$). Наибольшее значение ТГ зафиксировано в группе больных с саркопенией — 1,57 (1,05; 1,94) ммоль/л, в то время как в группах пациентов с пресаркопенией и без саркопении данный показатель составил 1,47 (1,16; 1,81) ммоль/л и 1,54 (1,21; 2,02) ммоль/л ($p>0,05$). Уровень ХС ЛВП не выходил за рамки оптимального значения для категории больных очень высокого риска во всех трех группах и не имел значимых различий между ними ($p>0,05$). Абсолютная величина ТИМ во всех группах была равна по величине медианы. Так, у мужчин без саркопении ТИМ составила 1,20 (1,10; 1,20) мм, у больных с пресаркопенией — 1,20 (1,10; 1,20) мм, у пациентов с саркопенией — 1,20 (1,20; 1,30) мм ($p=0,005$ при сравнении групп 1 и 3). Наиболее тяжелое поражение сонных артерий с множественными АСБ и стенозом 50% и более значимо чаще встречалось у мужчин с саркопенией по сравнению с группой больных с пресаркопенией (48,15% против 9,5%, $p=0,015$) и без саркопении (48,15% против 12,9%, $p=0,013$). По результатам корреляционного анализа установлена значимая отрицательная взаимосвязь между степенью тяжести каротидного атеросклероза и скелетно-мышечным индексом ($r=-0,227$, $p=0,047$). При сравнительном анализе в группе больных с ИБС и саркопенией отмечена более высокая частота поражения СтЛКА±любых других артерий по сравнению с таковой у пациентов с ИБС с пресаркопенией и без саркопении (29,6% vs 20,0% и 13,3% соответственно). Степень тяжести коронарного атеросклероза у больных отрицательно коррелировала со скелетно-мышечным индексом ($r=-0,227$, $p=0,047$). По результатам ROC-анализа установлено, что ОХС и вариант поражения коронарного русла обладают диагностической значимостью в отношении величины СМИ у мужчин с ИБС. Выявлено,

что нарушение кровотока в трех сосудах или СтЛКА в сочетании (либо без) с любыми другими артериями было связано со снижением скелетно-мышечного индекса с чувствительностью 68,1% и специфичностью 56,7% (площадь под кривой (AUC) составила 0,634; 95%-й ДИ: 0,515–0,741; $p=0,028$; индекс Юдена 0,248), а повышение ОХС $>4,7$ ммоль/л — с чувствительностью 56,3% и специфичностью 87,1% (площадь под кривой (AUC) составила 0,687; 95%-й ДИ: 0,573–0,787; $p=0,002$; индекс Юдена 0,434).

Выводы/заключение

Снижение мышечного статуса в виде пресаркопении и саркопении у больных мужского пола с ИБС ассоциируется с параметрами, характеризующими тяжесть мультифокального атеросклероза: повышением проатерогенных липидных фракций сыворотки крови, увеличением количества стенозов коронарных артерий, утолщением комплекса интима-медиа и нарастанием количества атеросклеротических бляшек и степени стеноза сонных артерий.

СКРИНИНГ НА МАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ НВВ-ИНФЕКЦИИ У НВSAG-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Гриднева Г.И., Белов Б.С., Аронова Е.С.
ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» (Москва)

Введение/цель

Проанализировать полноту выполнения скрининга, для определения фазы инфекции, вызванной вирусом гепатита В среди больных, позитивных по НВsAg, поступающих в стационар ревматологического профиля.

Материал и методы

Проанализированы результаты первичной и повторной (при наличии) госпитализации 80 больных ревматическими заболеваниями (РЗ), из них 55 (69%) женщин и 25 (31%) мужчин с наличием поверхностного «австралийского» антигена (НВsAg), находившихся в ревматологическом стационаре ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» в период с 1 января 2020 года по 20 июля 2022 года (30 месяцев).

Результаты/обсуждение

Общее число госпитализаций в клинику за период наблюдения, включая повторные, составило 13 681. Число НВВ-инфицированных больных составило 80. Эти больные были госпитализированы всего 144 раза (первичные и повторные госпитализации), включая: 6 случаев (8%) с системными васкулитами, 16 (20%) с другими системными заболеваниями соединительной ткани, 14 (15%) — с остеоартритом и посттравматическими изменениями суставов, 42 (54%) с воспалительными заболеваниями суставов. Информация о вирусной нагрузке (ВН) была документирована в 11 случаях. Зафиксированная ВН была низкой — 330 [150; 1300] МЕ/мл (от 0 до 2000 МЕ/мл). Информация об уровнях других маркеров НВВ-инфекции у этих больных отсутствовала. На момент госпитализации 13 (16%) больных получали противовирусную терапию. В соответствии с рекомендациями EULAR 2022 г., все пациенты с иммуновоспалительными РЗ перед началом иммуносупрессивной терапии подлежат обследованию как минимум на наличие трех маркеров — НВsAg, анти-НВs и анти-НВс для уточнения наличия и фазы НВВ-инфекции и принятия решения о назначении БПВП или ГИБП. Наши результаты свидетельствуют о том, что рутинный скрининг ревматологических пациентов стационара на НВВ-инфекцию недостаточен.

Выводы/заключение

Инфицированность HBV больных ревматическими заболеваниями создает значительные трудности при подборе лекарственной терапии, поскольку существует опасность реактивации инфекции. Полученные результаты свидетельствуют о неполном обследовании пациентов с РЗ на HBV-инфекцию на догоспитальном этапе. Можно предположить, что на амбулаторном этапе скрининг также недостаточен. Необходимы дальнейшие исследования для выработки четких рекомендаций по курации больных РЗ, инфицированных HBV.

**КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ АКСИАЛЬНОГО
ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА**

Губарь Е.Е., Коротаева Т.В., Логинова Е.Ю.,
Корсакова Ю.Л., Глухова С.И.

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

Введение/цель

Согласно современным данным у больных псориатическим артритом (ПсА) с поражением позвоночника имеются клинические и рентгенологические особенности, определяющие так называемый «псориатический фенотип», отличающийся от классического анкилозирующего спондилита (АС).

Цель: выявить клинические и рентгенологические особенности аксиального ПсА (аксПсА).

Материал и методы

Обследовано 52 больных ПсА (32 мужчины и 20 женщин), с наличием на момент включения и/или в анамнезе хронической (длительностью >3 месяцев) боли в спине (хрБС). Проводили оценку воспалительной боли в спине (ВБС) по критериям ASAS. Возраст $43,9 \pm 11,5$ года, длительность ПсА $7,0 \pm 0,3$ года. Показатели активности: BASDAI $5,2 \pm 2,3$; ASDAS-CPB $3,3$ [2,2; 4,1]; DAPSA $36,3 \pm 21,5$. Энтезиты выявлены у 33 (58%), дактилит — у 24 (42%). У всех больных был псориаз: 4 [1; 9]%, PASI $9,6$ [5,6; 17,4], псориаз ногтей — у 38 (73,1%). Выполняли рентгенографию кистей, стоп, таза, шейного и поясничного отделов позвоночника (ШОП и ПОП соответственно). Оценивали эрозии, остеолит, околоуставные остеопролиферации; использовали модифицированный для ПсА счет Шарпа-ван-дер-Хейд (Ш-вдХ). Рентгенологически достоверным сакроилиитом (р-дСИ) считали двусторонний СИ II ст. и выше или односторонний III ст. и выше по Kellgren. Пациентам без СИ проводили магнитно-резонансную томографию (МРТ) крестцово-подвздошных суставов. Рентгенологическими проявлениями псориатического спондилита считали синдесмофиты, паравerteбральные оссификаты, анкилоз дугоотростчатых суставов ШОП. 45 пациентам проведено типирование HLA-B27.

Результаты/обсуждение

ВБС выявлена у 34 (66,7%), хрБС — у 17 (33,3%). Поздний возраст начала ВБС/хрБС, после 40 лет — у 15 (28,8%) пациентов. Р-дСИ был обнаружен у 30 (57,7%) больных, СИ не выявлен у 17 (32,7%) пациентов. Среди 17 больных без СИ по данным рентгенографии — у 2 выявлен активный МРТ СИ. Среди больных с р-дСИ у 13 (43,3%) — отсутствовали ВБС. Эрозии обнаружены у 38 (76%), остеолит — у 13 (26%), околоуставные костные пролиферации — у 18 (36%). Средний счет Ш-вдХ — $82,79 \pm 64,77$. Найдена корреляция между счетом Ш-вдХ и наличием р-дСИ ($r=0,46$, $p<0,05$). Выявлена корреляция между р-дСИ и ограничением подвижности

позвоночника по BASMI ($r=0,35$). У пациентов с наличием околоуставной костной пролиферации значимо чаще выявлялся р-дСИ по сравнению с пациентами без данного признака ($p=0,02$). Найдено, что у больных ПсА с остеолитом суставов в 10 раз больше вероятность выявления поражения позвоночника в виде асимметричных синдесмофитов — ОШ 10 95%ДИ (1,63; 61,327). Синдесмофиты в ШОП обнаружены в 2 раза чаще, чем в ПОП ($p=0,01$). Изолированное поражение ШОП без ПОП выявлено у 30%. Изолированное поражение позвоночника без СИ по данным рентгенографии и МРТ — у 9 (18,0%) пациентов. HLA-B27 антиген обнаружен у 15 (33,3%).

Выводы/заключение

Выявлены особенности поражения осевого скелета при ПсА: возможность малосимптомного течения, поздний возраст дебюта болей в спине, наличие тяжелого деструктивного периферического артрита, асимметрия рентгенологических изменений в позвоночнике, более выраженное поражение ШОП по сравнению с ПОП. Обнаружены корреляции между выраженностью рентгенологических изменений в суставах и наличием р-дСИ, между наличием остеолита в суставах и образованием асимметричных синдесмофитов, а также между р-дСИ и ограничением подвижности позвоночника по BASMI. HLA-B27 выявлен только у трети пациентов. Выделена группа больных (18%) с альтернативным фенотипом — без СИ, но с поражением позвоночника, что свидетельствует о необходимости рентгенографии ШОП и ПОП всем больным ПсА.

**ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
КРИТЕРИЕВ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА
ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ**

Губарь Е.Е., Коротаева Т.В., Корсакова Ю.Л.,
Логинова Е.Ю., Глухова С.И.

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

Введение/цель

В настоящее время отсутствует общепринятая дефиниция и критерии диагноза аксиального псориатического артрита (аксПсА), что затрудняет своевременную диагностику. Поскольку псориатический артрит (ПсА) относится к группе спондилоартритов (СПА), закономерным является вопрос о возможности использовать классификационные критерии ASAS для аксиального СПА (аксСПА) при диагностике аксПсА.

Цель: проанализировать возможность применения критериев аксСПА для диагностики поражения позвоночника при ПсА.

Материал и методы

Обследовано 104 пациента (66 мужчин и 38 женщин) с диагнозом ПсА, соответствующим критериям CASPAR, с наличием на момент включения и/или в анамнезе хронической (длительностью >3 месяцев) боли в спине (хрБС). Возраст $44,0 \pm 11,4$ года, длительность ПсА — $9,8 \pm 8,8$ года. Показатели активности: BASDAI $5,9 \pm 3,6$; ASDAS-CPB $3,5$ [2,8; 4,2]; DAPSA $38,0 \pm 21,7$. Энтезиты выявлены у 56,7%, дактилит — у 41,8%. У всех больных был псориаз: BSA 4 [1; 11]%, PASI $10,5$ [5,6; 18], псориаз ногтей — у 77,2. Проводили оценку воспалительной боли в спине (ВБС) по критериям ASAS. Выполняли рентгенографию таза, шейного и поясничного отделов позвоночника (ШОП и ПОП соответственно). Рентгенологическим сакроилиитом (рСИ)

считали двусторонний ≥ 2 или односторонний ≥ 3 -й стадии по Kellgren. 19 больным, не имевшим признаков рСИ, провели магнитно-резонансную томографию (МРТ) крестцово-подвздошных суставов (КПС) на аппарате Philips Multiva 1.5 TESLA. Активный СИ при МРТ (МРТ-СИ) диагностировали в соответствии с критериями ASAS 2016 г. Рентгенологическим спондилитом (рСП) считали наличие ≥ 1 синдесмофита в ПОП и/или ШОП. Результаты оценивались 2 рентгенологами и ревматологом. 93 больным исследовали HLA-B27.

Результаты/обсуждение

ВБС выявлена у 67 (64,4%), рСИ — у 57 (58,8%), рСП — у 57 (58,8%) больных. Признаки рСИ и рСП выявлены у 38 (39,2%) больных, изолированный рСИ без рСП — у 19 (19,6%), изолированный рСП без рСИ — у 19 (19,6%). У 6 из 19 обследованных больных выявлен МРТ-СИ. HLA-B27 обнаружен у 28 (30,1%) больных. У 31 (29,8%) пациента — поздний возраст начала ВБС/хрБС (после 40 лет), причем у 18 (17,3%) — после 45 лет. Среди 78 пациентов, имевших рСИ и/или МРТ-СИ и/или HLA-B27, у 27 больных возраст дебюта ВБС/хрБС ≥ 45 лет. Критериям ASAS для аксСпА соответствовал 51 (55,4%) пациент: 33 — визуализационному варианту, 6 — клиническому варианту, 12 — обоим вариантам; 41 (44,6%) пациент критериям аксСпА не соответствовал. Среди пациентов, не соответствующих критериям аксСпА, у 27 (65,9%) имелись синдесмофиты.

Выводы/заключение

Критерии ASAS для аксСпА не подходят для диагностики поражения позвоночника при ПсА, поскольку 45% больных ПсА, имеющих аксиальное поражение, не соответствуют этим критериям из-за отсутствия, как СИ (рСИ или МРТ-СИ), так и HLA-B27, а также из-за позднего возраста дебюта ВБС/хрБС. У 66% больных, не удовлетворявших критериям аксСпА, были выявлены синдесмофиты, что объективно подтверждает наличия у них поражения позвоночника. Для диагностики аксиального поражения всем больным ПсА, помимо рентгенографии таза, необходимо выполнять рентгенографию ШОП и ПОП. Назрела острая необходимость в создании новых диагностических критериев аксПсА.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПСА С СИММЕТРИЧНЫМ И АСИММЕТРИЧНЫМ САКРОИЛИИТОМ

Губарь Е.Е.¹, Коротаева Т.В.¹, Корсакова Ю.Л.¹, Логинова Е.Ю.¹, Глухова С.И.¹, Насонов Е.Л.¹, Сороцкая В.Н.², Кушнир И.Н.³, Щендригин И.Н.⁴, Умнова И.Ф.⁵, Шестерня П.А.⁶

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

² Тульский государственный университет;

³ ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница имени С.В. Беляева»;

⁴ ООО «Центр ответственной ревматологии «Индукция» (Ставрополь);

⁵ БУЗ Омской области «Областная клиническая больница»;

⁶ ФГБОУ ВО «КрасГМУ» МЗ РФ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск)

Введение/цель

Согласно литературным данным, у пациентов с псориатическим артритом (ПсА), имеющим признаки асимметричного сакроилиита (ас-СИ), обнаружены клинические

и генетические особенности, которые считаются характерными для «псориатического фенотипа».

Цель: провести сравнительный анализ клинических характеристик больных ПсА с симметричным СИ (с-СИ) и ас-СИ.

Материал и методы

Обследовано 287 пациентов (М/Ж—147/140) с диагнозом ПсА, соответствующим критериям CASPAR, из общероссийского регистра больных ПсА. Возраст больных 45,6 $\pm$ 12,2 лет, длительность ПсА 10,9 $\pm$ 6,7 года. Проведено стандартное ревматологическое обследование, измерение активности ПсА согласно индексам DAPSA, BASDAI, ASDAS-CRP. Определяли наличие энтезитов и дактилита. Выполняли рентгенографию кистей, стоп, таза. С-СИ считали изменения в крестцово-подвздошных суставах, соответствовавшие стадиям 2–2, 3–3, 4–4; ас-СИ — стадиям 2–1, 2–3, 3–1, 1–4, 2–4, 3–4. Исследовали HLA B27.

Результаты/обсуждение

С-СИ выявлен у 187 (65,1%), ас-СИ — у 100 (34,8%) больных. В группе (гр.) больных с ас-СИ было больше женщин, чем в гр. с с-СИ: 63 (63,0%) и 77 (41,2%) соответственно ($p = 0,0004$). У больных с ас-СИ выявлен более тяжелый периферический артрит — число болезненных суставов и число припухших суставов было выше в гр. с ас-СИ: 9 (4–16) и 6 (2–14; $p=0,007$); 5 (2–12) и 3 (0–9; $p=0,004$) соответственно. Высокая активность по DAPSA определялась у 53 (54,6%) больных с ас-СИ и 71 (38,8%) с с-СИ ($p=0,01$), низкая активность и ремиссия по DAPSA — у 16 (16,5%) и 51 (28,3%; $p=0,028$) больных соответственно. При ас-СИ достоверно чаще наблюдались энтезиты: у 50 (57,5%) и у 57 (38,5%) больных соответственно ($p=0,005$). При ас-СИ выявлен худший функциональный статус пациентов: значения HAQ $>0,5$ в гр. с ас-СИ — у 83 (84,7%), в гр. с с-СИ — у 130 (72,6%) больных ($p=0,023$). Не выявлено достоверных различий между гр. в отношении HLA B27: носительство HLA B27 у больных с с-СИ и ас-СИ — у 54,2% и 44,0% соответственно ($p=0,23$).

Выводы/заключение

По данным Общероссийского регистра больных ПсА, ас-СИ ассоциируется с женским полом, более тяжелым периферическим артритом, более высокой активностью по DAPSA, большей частотой энтезитов и худшим функциональным статусом пациентов.

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ IRF5 (RS2004640), STAT4 (RS7574865) И TNFAIP3 (RS6920220, RS2230926) И БОЛЕЗНЬ ШЕГРЕНА

Гусева И.А., Торгашина А.В., Самаркина Е.Ю.
ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» (Москва)

Введение/цель

Изучить ассоциативную взаимосвязь полиморфизмов генов IRF5 (rs2004640), STAT4 (rs7574865) и TNFAIP3 (rs6920220, rs2230926) с предрасположенностью к развитию болезни Шегрена (БШ) и MALT-лимфомы при БШ.

Материал и методы

В исследование включено 80 больных с БШ и от 82 до 309 индивидов контрольной группы без аутоиммунных патологий и сопоставимых по полу и возрасту с исследуемой группой больных. У 16 (20%) больных БШ была выявлена MALT-лимфома. Генотипирование полиморфизмов генов IRF5 (rs2004640), STAT4 (rs7574865), TNFAIP3

(rs6920220, rs2230926) выполнено методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с использованием оригинальных аллель-специфических зондов, меченных различными флюоресцентными метками (НПК «СИНТОЛ»). Генотипирование проводилось согласно инструкции фирмы-изготовителя наборов. Автоматическая регистрация и интерпретация полученных результатов проводилась на отечественном инновационном детектирующем амплификаторе ДТпрайм (ООО «ДНК-Технология»).

Результаты/обсуждение

Распределение генотипов и аллелей гена STAT4 статистически значимо различалось в группах пациентов и в контрольной группе ($p=0,0005$ и $p=0,0001$ соответственно). Проведенный статистический анализ взаимосвязи исследованного полиморфизма с риском развития БШ с использованием различных генетических моделей показал, что наличие гомозиготного генотипа ТТ повышал риск развития БШ более чем в 8 раз в соответствии с рецессивной генетической моделью [ТТ vs TG+GG — OR=8,2 (2,5; 30,0, $p=0,0001$)]. Минорный аллель Т полиморфизма rs2230926 гена TNFAIP3 был ассоциирован с предрасположенностью к развитию БШ [OR=9,7 [1,2; 207,2], $p=0,01$]. Полиморфизмы генов IRF5 (rs2004640) и TNFAIP3 (rs6920220) не были ассоциированы с развитием БШ. Развитие MALT-лимфомы было ассоциировано с полиморфизмом rs6920220 гена TNFAIP3. У 10 из 16 больных с MALT-лимфомой (62,5%) был выявлен хотя бы один минорный аллель А (AA+GA), в то время как у больных без MALT-лимфомы носительство хотя бы одного минорного аллеля А было выявлено лишь у 32,8% больных [OR=3,4 (1,1; 10,7), $p=0,03$].

Выводы/заключение

Выявлена ассоциативная взаимосвязь полиморфизмов гена STAT4 (rs7574865) и гена TNFAIP3 (rs2230926) с риском развития БШ. Развитие MALT-лимфомы было ассоциировано с полиморфизмом rs6920220 гена TNFAIP3. В то же время взаимосвязь с полиморфными вариантами гена IRF5 (rs2004640) не выявлена ни с предрасположенностью к БШ, ни с риском развития MALT-лимфомы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ: ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М., Акберов А.М.

Азербайджанский медицинский университет (Баку)

Введение/цель

Цель данного исследования заключается в изучении эффективности нафталанской нефти в комплексе с физиотерапией на качество жизни пациентов, страдающих остеоартритом (ОА). Нафталанская нефть обладает противовоспалительными, обезболивающими и иммуномодулирующими свойствами, а также способствует улучшению функции суставов и общего состояния организма.

Материал и методы

В данном исследовании проанализирована динамика показателей качества (КЖ) жизни у пациентов с ОА. Исследование проводилось у 150 пациентов с ОА в возрасте от 45 до 70 лет (средний возраст — 59,2±3,8 года), среди которых преобладали женщины (82,7%). У 81% пациентов был

диагностирован полиостеоартрит, а у 19% — двухсторонний гонартроз. Средняя продолжительность заболевания составила 10,2±2,8 года. Средний показатель рентгенологической стадии ОА, оцененной по шкале Келлгрена, составил 2,3±0,2. При оценке степени функциональной недостаточности суставов (ФНС) по общепринятой методике у 30 (20%) больных выявлена I степень, у 68 (45%) больных — II степень и у 52 (35%) больных — III степень. Все больные до начала лечения отмечали наличие механических болей в периферических суставах, интенсивность которой по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в среднем составила 6,1±2,4. У 90 пациентов (60%) отмечались явления синовита и периартрита, у 25 больных (17%) — только явления синовита и у 35 (23%) — только явления периартрита. Все пациенты получали комплексную терапию, включающую нафталановые аппликации на пораженные суставы при температуре 36–37 °С с продолжительностью 15–20 минут ежедневно. Курс лечения составил 15 процедур. Лечение коленных суставов акустическими волнами на аппарате Shock Med (Italia) проводился 2 раза в неделю. Курс лечения составил 5 сеансов. Курсы массажа и ЛФК проводились ежедневно по традиционному методу в течение двух недель.

Результаты/обсуждение

Исследование показало, что двухнедельное применение нафталанотерапии в комплексе с физиотерапией приводит к улучшению общего состояния пациентов, страдающих ОА: отмечалось уменьшение болевого синдрома ($p=0,00001$), скованности ($p=0,00002$) и сокращение времени прохождения по прямой линии ($p=0,004$). При оценке КЖ, связанного с общим здоровьем, была обнаружена достоверная положительная динамика показателей шкал «физическое функционирование», «физическая боль», «психологическое здоровье», «ролевое эмоциональное функционирование» и «социальное функционирование» анкеты SF-36 ($p<0,01$); шкал «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «физическая активность» опросника NHP ($p<0,01$). Специальные опросники MCAO3 и KOOS продемонстрировали достоверную положительную динамику показателей всех своих подшкал ($p<0,01$). Результаты проведенного исследования показывают, что двухнедельное применение больными нафталанотерапии в сочетании с акустическими волнами, в комплексе массажа и ЛФК, улучшающими периферическое кровообращение, оказывает положительный клинический эффект и улучшает показатели КЖ, прежде всего связанные с суставной болью, о чем свидетельствует достоверная положительная динамика всех подшкал специальных опросников (MCAO3 и KOOS). Отсутствие такой динамики одновременно по всем шкалам двух общих опросников (SF-36, NHP) можно объяснить наличием сопутствующей патологии у данных больных или коротким промежутком времени между опросами. Очевидны уменьшения болевых ощущений у больных, получающих нафталанотерапию в сочетании акустических волн, что приводит к улучшению их физической активности, эмоционального состояния и социального функционирования.

Выводы/заключение

Применение нафталанотерапии в сочетании акустических волн, массажа и ЛФК способствует повышению КЖ больных ОА, динамику которого можно оценить с помощью опросников SF-36, NHP, MCAO3 и KOOS.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

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

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

Введение/цель

В настоящее время все больше внимание уделяется ранней диагностике системной склеродермии (ССД). Однако надежные биомаркеры, способные предсказать развитие заболевания, отсутствуют, и решение о том, лечить или не лечить на ранней стадии заболевания, остается дилеммой.

Цель: выявить особенности ранней формы ССД.

Материал и методы

За год в ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» было зарегистрировано 12 пациентов с ранней ССД, 9 женщин и 3 мужчин в возрасте от 19 до 76 лет (средний $41,08 \pm 16,51$ года). Диагноз ранней ССД устанавливался при наличии отека кистей, феномена Рейно (ФР), позитивных АНФ и специфических для заболевания аутоантител, капилляроскопических изменений и длительностью заболевания с момента появления первого не-Рейно синдрома не более 18 месяцев. Все пациентам с ССД проводилось стандартное обследование.

Результаты/обсуждение

Все пациенты имели ФР, который был первым симптомом заболевания. Длительность ФР составила в среднем $40 \pm 12,5$ мес., у половины пациентов он развился в течение года до даты обращения. Трофические нарушения в виде дигитальных язв с последующим развитием некроза имели место у 1 пациента, мужчины 24 лет с длительностью ФР около 10 месяцев. У 83% пациентов отмечался стойкий отек пальцев кистей, длительность которого до обращения к ревматологу составила в среднем $6,9 \pm 5$ мес. У 1 пациентки развилась диффузная гиперпигментация. Артралгии мелких суставов кистей без ограничения функции отмечались у 42% пациентов. Висцеральная патология представлена преимущественно поражением желудочно-кишечного тракта, 58% пациентов имели гипотонию пищевода. Несмотря на небольшую длительность заболевания, у 3 пациенток выявлено интерстициальное заболевание легких по данным КТ-ОГК. При проведении функциональных легочных тестов нарушения вентилиционной способности легких с развитием рестриктивных нарушений выявлено не было (в среднем ФЖЕЛ составила 95%). Однако у 1 пациентки отмечалось выраженное снижение диффузионной способности легких с DLCO 35% и имелся перикардит при относительно небольшой длительности заболевания всего 15 мес. Наличие висцеральной патологии отражало быстроту прогрессирования заболевания. У всех пациентов был позитивный АНФ Нер-2 в титре 1/640 и более. Антицентромерные и к топоизомеразе-1 антитела встречались с одинаковой частотой у четверти больных, антитела к РНП обнаружены у 1 пациента. Характерная капилляроскопическая картина, представленная паттерном раннего неактивного склеродермического типа изменений в виде незначительного количества расширенных капиллярных петель, отмечалась у всех пациентов. У троих из них имело место сочетание склеродермического и миопатического вариантов капилляроскопических изменений с явлениями дезорганизации капиллярной сети. Всем пациентам была назначена сосудистая терапия блокаторами

кальциевых каналов, 75% пациентам — гидроксихлорохин 200 мг/сут, 25% — глюкокортикоиды в минимальной дозе 4 мг, 16% — иммуносупрессанты (метотрексат, микофенолата мофетил).

Выводы/заключение

Принципиально важно не только диагностировать, но определить характер течения и возможный прогноз ССД с целью выбора ранней (своевременной) адекватной, патогенетически обоснованной терапии. В настоящее время единственно возможной клинической стратегией на очень ранних стадиях ССД остается программа тщательного наблюдения для выявления в «реальном времени» начала поражения внутренних органов.

АССОЦИАЦИЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 3 С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С АЦЦП-НЕГАТИВНЫМ И АЦЦП-ПОЗИТИВНЫМ ВАРИАНТАМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Дибров Д.А., Диатроптов М.Е., Авдеева А.С., Алексанкин А.П.

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

Введение/цель

Оценить уровень матриксной металлопротеиназы 3 (ММП-3) и проанализировать ее взаимосвязь с активностью заболевания и рентгенологическими изменениями у пациентов с АЦЦП-негативным (АЦЦП (–)) и АЦЦП-позитивным (АЦЦП (+)) вариантами РА.

Материал и методы

В исследование были включены 134 пациента с достоверным диагнозом ревматоидного артрита. Ме возраст пациентов составила 54 [41; 63] года, продолжительности заболевания — 60 [24; 132] месяцев, активности по DAS28 — 5,2 [4,3; 6]. В зависимости от значений АЦЦП пациенты были разделены на группы АЦЦП (+) ($n=64$) и АЦЦП (–) ($n=70$), сопоставимые по возрасту, длительности заболевания и проводимой терапии. Определение АЦЦП (AxisShield, Великобритания; Orgentec, Германия) и ММП-3 (RayBiotech, США) проводилось методом иммуноферментного анализа. Оценка рентгенологических изменений суставов кистей и стоп проводилась по методу Шарпа в модификации ван дер Хейде.

Результаты/обсуждение

Ме ММП-3 у пациентов с РА составила 59,74 [19,78; 108,22] нг/мл и была достоверно выше ($p<0,001$), чем у здорового контроля 11,15 [8,57; 34,07] нг/мл. В группе АЦЦП (+) Ме ММП-3 была 68,49 [29,51; 105,68], а в группе АЦЦП (–) 54,73 [13,77; 112,56], статистически достоверной разницы по значениям ММП-3 между иммунологическими субтипами не отмечено. При этом обе группы имеют статистически значимые отличия уровня ММП-3 от контроля ($p<0,001$). Выявлена прямая умеренная корреляция ММП-3 с DAS28 ($\rho=0,3$; $p=0,003$), СОЭ ($\rho=0,413$; $p<0,001$) и СРБ ($\rho=0,396$; $p<0,001$), прямая слабая корреляция ММП-3 со счетом эрозий ($\rho=0,242$; $p=0,018$).

Выводы/заключение

Уровень ММП-3 при РА независимо от иммунологического субтипа по АЦЦП позволяет оценить степень активности заболевания и отражает выраженность эрозивного процесса.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛИ И СОСТОЯНИЯ
СКЕЛЕТНОЙ МУСКУЛАТУРЫ У БОЛЬНЫХ РА****Добровольская О.В., Феклистов А.Ю.,****Никитинская О.А.****ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» (Москва)****Введение/цель**

Боль является наиболее частым и инвалидизирующим симптомом у больных ревматоидным артритом (РА). Патогенез боли при РА многофакторный, невоспалительный его компонент изучен не до конца. Уменьшение мышечной силы и ухудшение функционального состояния скелетной мускулатуры часто встречаются у больных РА и могут быть причиной усиления болевого синдрома.

Цель: изучить взаимосвязь между мышечной силой, физической работоспособностью и выраженностью боли у больных РА.

Материал и методы

В исследование включено 180 женщин с РА, подтвержденным по критериям ACR/EULAR (2010), подписавших информированное согласие на участие. Проведено анкетирование, оценка боли костно-мышечной системы по ВАШ, определение мышечной силы нижних и верхних конечностей с помощью теста «Встать со стула» (ТВС) и кистевой динамометрии недоминантной руки соответственно. Функциональное состояние мышц оценивалось по скорости ходьбы на 4 м и тесту «Встань и иди» (ТВИ). Для выявления ассоциаций между уровнем боли и мышечным статусом использовали однофакторный логистический регрессионный анализ.

Результаты/обсуждение

У обследованных пациентов медиана возраста составила 59,5 [52,0; 64,0] года, длительности РА — 8,0 [4,0; 14,0] года, боли по ВАШ — 40 [22; 56] мм. Медиана мышечной силы недоминантной руки составила 12 [8; 16] кг, а нижних конечностей — 17,4 [13,6; 23,8] с. Сниженная сила мышц верхних конечностей встречалась у 77,8% человек, а нижних конечностей — у 66,1% обследованных. Низкая мышечная сила хотя бы по одному из тестов отмечена у 85,6% пациентов. Медиана скорости ходьбы и времени выполнения ТВИ составила 0,8 [0,7; 1,1] м/с и 10 [8; 12] с соответственно. Функциональное состояние мышц было сниженным у 56,7% больных. В ходе регрессионного анализа выявлено, что боль по ВАШ >40 мм ассоциировалась с низкими показателями мышечной силы и физической работоспособности мышц нижних конечностей (ОШ 2,68 95% ДИ 1,26–5,75 и ОШ 3,20 95% ДИ 1,40–7,38 соответственно, $p < 0,01$).

Выводы/заключение

Сила скелетных мышц была снижена у 85,6% обследованных лиц, а сниженная физическая работоспособность — у 56,7% пациентов с РА. Наличие боли по ВАШ >40 мм ассоциировалось с увеличением риска снижения мышечной силы нижних конечностей почти в 2,7 раза, а нарушения функционального состояния скелетной мускулатуры в 3,2 раза.

**БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ
РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ВЛИЯНИЕ
НА СОСТОЯНИЕ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ****Добровольская О.В., Демин Н.В., Никитинская О.А.,
Торопцова Н.В.****ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» (Москва)****Введение/цель**

Оценить взаимосвязь терапии ревматоидного артрита (РА) биологическими препаратами с мышечной массой, силой и функциональным статусом скелетных мышц.

Материал и методы

Включены 180 женщин (средний возраст $58,8 \pm 9,1$ года) с достоверным РА, из них 63 человека получали биологическую терапию. Проведено клинико-лабораторное обследование, определение состава тела с помощью двуэнергетической рентгеновской денситометрии и тесты оценки мышечной силы и физической работоспособности.

Результаты/обсуждение

Частота саркопенического фенотипа среди пациентов с РА составила 23,3%; у лиц, получавших биологические препараты — 27,0%, в контроле — 21,4% ($p > 0,05$). Группы не различались по результатам кистевой динамометрии (12 [8; 16] кг и 13 [9; 17] кг соответственно, $p = 0,161$). Пациенты на биологической терапии значимо лучше выполняли краткий комплекс тестов оценки физической формы (ККТ ОФФ) и имели большую скорость ходьбы ($p = 0,016$ и $p = 0,002$ соответственно). Однофакторный регрессионный анализ продемонстрировал ассоциацию между наличием биологической терапии и физической работоспособностью, оцененной по ККТ ОФФ ($b^* = 0,24$; $p = 0,018$) и скорости ходьбы ($b^* = 0,28$; $p = 0,006$).

Выводы/заключение

Не получено значимых различий по частоте саркопенического фенотипа среди пациентов, получавших лечение биологическим препаратом и без него. Не выявлено различий в мышечной силе в зависимости от наличия биологической терапии, а физическая работоспособность была значимо лучше у женщин, получавших такое лечение.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МАКРОСКОПИЧЕСКИХ
ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ ГОЛОВОК
И ВЕРТЛУЖНЫХ ВПАДИН ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ
(ТБС) У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ
СПОНДИЛИТОМ, РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (РА)
И ОСТЕОАРТРИТОМ (ОА): ДАННЫЕ
РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА****Дубинин А.О., Храмов А.Э., Дубинина Т.В.,
Ильиных Е.В., Маглеванный С.В., Бялик Е.И.
ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» (Москва)****Введение/цель**

Сравнить внешние изменения головок бедренных костей (ГБК) и вертлужных впадин во время проведения ТЭТБС у больных АС и РА/ОА.

Материал и методы

В ретроспективное исследование было включено 170 пациентов с достоверным диагнозом АС, 68 больных с РА и 52 — с вторичным ОА (посттравматический, на фоне дисплазии), находившихся на стационарном лечении в травматолого-ортопедическом отделении ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» в период с 1998 по 2020 г., всем пациентам было планово выполнено ТЭТБС.

Оценка макроскопических изменений ГБК и вертлужных впадин проводилась интраоперационно, учитывались следующие изменения: внешний вид хряща, наличие остеофитов, кист, эрозий, остеонекроза (на распилах ГБК в сагиттальной плоскости), грануляций, анкилоза.

Результаты/обсуждение

Потребность в ТЭТБС при АС возникла в среднем через $7,4 \pm 4,8$ года от появления боли в ТБС, при РА и ОА через $5,7 \pm 2,3$ и $6,8 \pm 5,3$ года соответственно. Остеофиты на краях суставных поверхностей достоверно чаще выявлялись при АС и ОА (90 и 88,5% соответственно), чем при РА (77,9%). Достоверных различий в частоте грануляций между группами не выявлено (АС — 91,2%; РА — 86,8%; ОА — 86,5%). Анкилоз ТБС (в большинстве случаев фиброзный) достоверно чаще обнаруживался при АС (46,5%), чем при ОА и РА (3,8 и 1,5% соответственно). Наличие кист на ГБК при АС выявлялось достоверно реже (38,2%), чем при РА (45,6%), и чаще, чем при ОА (19,2%). Эрозии ГБК определялись чаще при АС (46,4%), чем при РА (8,8%) и ОА (9,6%), тогда как частота остеонекроза при АС была ниже (75,3%), чем у больных РА (94,1%) и ОА (80,7%).

Выводы/заключение

Выявлены достоверные различия в макроскопической картине изменений костной ткани головок и вертлужных впадин ТБС при АС по сравнению с РА и ОА: при АС достоверно чаще определялись остеофиты, протрузия, анкилоз и эрозии, тогда как частота остеонекроза была выше при РА и ОА. Учитывая выявленные различия в макроскопической картине изменений ГБК и вертлужных впадин при различных ревматических заболеваниях, требуются дальнейшие исследования для уточнения патогенеза коксита.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ (ТБС) ДО ПРОВЕДЕНИЯ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ (ТЭТБС) У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ОСТЕОАРТРИТОМ: ДАННЫЕ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

Дубинин А.О., Храмов А.Э., Дубинина Т.В., Ильиных Е.В., Бялик Е.И.

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

Введение/цель

Поражение тазобедренных суставов рассматривается как фактор неблагоприятного прогноза, быстро приводящий к инвалидизации больных.

Цель: сравнить функциональное состояние ТБС до проведения ТЭТБС у больных анкилозирующим спондилитом (АС) и ревматоидным артритом (РА)/остеоартритом (ОА).

Материал и методы

В ретроспективное исследование было включено 170 пациентов с достоверным диагнозом АС, 68 больных с РА и 52 — с вторичным ОА (посттравматический, на фоне дисплазии), находившихся на стационарном лечении в травматолого-ортопедическом отделении ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» в период с 1998 по 2020 г., всем пациентам было планово выполнено ТЭТБС. Для оценки функционального состояния ТБС использовали количественную шкалу Харриса. Отдельно анализировался уровень боли в ТБС с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) от 0 до 100 мм.

Результаты/обсуждение

Среди пациентов с АС преобладали (80,6%) лица мужского пола, с РА и ОА — женского (83,8% и 57,7% соответственно). Пациенты с АС были достоверно моложе больных ОА ($38,1 \pm 11,3$ vs $45,3 \pm 8,4$ года) и сопоставимы по возрасту с пациентами с РА ($42,8 \pm 9,9$ года). Средняя длительность боли в ТБС до ТЭТБС между пациентами с АС и ОА не различалась ($7,4 \pm 4,8$ и $6,8 \pm 5,3$ года соответственно), но была достоверно больше, чем при РА ($5,7 \pm 2,3$ года). Средний уровень боли в ТБС (ВАШ) у больных АС был ниже, чем при РА ($72,3 \pm 14,0$ vs $77,5 \pm 7,3$ мм соответственно) и сопоставим с интенсивностью боли при ОА ($73,1 \pm 6,5$ мм). Средний общий балл по шкале Харриса до оперативного лечения при АС был достоверно выше ($38,0 \pm 15,4$), чем при РА ($33,9 \pm 12,7$) и ниже, чем при ОА ($44,9 \pm 12,2$). Достоверных различий между группами по среднему уровню боли по шкале Харриса (ВАШ) обнаружено не было (АС — $15,6 \pm 8,4$; РА — $13,5 \pm 5,4$; ОА — $16,9 \pm 6,1$ балла). По большинству параметров, оцениваемых шкалой Харриса, больные АС имели сходные показатели с пациентами с РА (хромота, ходьба на расстояние, пользование городским транспортом, отведение, приведение, внутренняя и наружная ротация ТБС), достоверные различия выявлены в частоте использования дополнительной опоры (чаще в ней нуждались больные РА), одевании (большие трудности возникали при РА), фиксированном приведении, фиксированной внутрь ротации, фиксированной сгибательной контрактуры, сгибании ТБС (все параметры были хуже при РА). По сравнению с ОА пациенты с АС достоверно чаще испытывали более выраженную хромоту, проблемы с ходьбой на расстояние, чаще пользовались дополнительной опорой, а также имели более тяжелые анатомические деформации по шкале Харриса.

Выводы/заключение

В совокупности с оценкой функции по шкале Харриса наличие деформаций и значительного ограничения объема движений указывает на высокую степень тяжести поражения ТБС до проведения ТЭТБС пациентам с АС, РА и ОА. По большинству параметров, которые оценивают функциональные и анатомические деформации ТБС по шкале Харриса, пациенты с АС были сходны с больными с РА и имели более выраженные изменения, чем при ОА.

РЕМИССИЯ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

ВЗГЛЯД ПАЦИЕНТА

Дубинина Т.В.¹, Шаталова Н.В.²

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

² МРОБОИ «Общество взаимопомощи при болезни Бехтерева» (Москва)

Введение/цель

Оценить взгляд пациентов с различными ревматическими заболеваниями (РЗ) на понимание «ремиссии» и частоту ее достижения по их субъективному мнению.

Материал и методы

В опросе приняли участие 373 пациента, из них 316 (84,7%) с аксиальным спондилоартритом (аксСпА), с ревматоидным артритом — 6,2%, с псориатическим артритом — 3,5% и другими РЗ — 5,6%. Генно-инженерные биологические препараты получали — 28%, комбинированную терапию базисными противовоспалительными и нестероидными противовоспалительными препаратами — 85%.

Результаты/обсуждение

Отсутствие любых проявлений заболевания у 41% респондентов ассоциировалось с ремиссией заболевания; у 39% — ремиссия была связана с отсутствием боли; у 11% — торможением прогрессирования заболевания; у 6% — нормальной функцией суставов и позвоночника; у 2% — нормальными значениями СРБ и СОЭ, в 1% случаев ответ отсутствовал. По субъективному мнению 51% респондентов ответили, что не достигли ремиссии заболевания. Среди тех, которые считали, что достигли ремиссии заболевания: в одинаковом проценте случаев (93%) испытывали различную интенсивности боль и повышенную утомляемость, скованность — 81,6%, воспаление суставов — 58,9%, псориаз кожи имели — 19,5%, другие симптомы, ухудшающие качество жизни, — 54,1%. Информировали лечащего врача о наличии данных симптомов 81% пациентов. Коррекция лечения была проведена только в 31% случаев. На вопрос: «с какой целью вы принимаете лекарственные препараты?» 49% участников ответили «для избавления от боли»; 36% — «остановить развитие болезни»; 8% — «чтобы не было скованности»; 6% — «просто выполняю назначение врача». Средний балл принятия пациентом участия в решении относительно выбора терапии (1 — совсем не участвую, 5 — активно обсуждаю с врачом) выбор терапии, получаю полную информацию о препаратах составил 3,16.

Выводы/заключение

Данные опроса показали, что ремиссия для пациентов ассоциируется с отсутствием любых проявлений заболевания и боли (41 и 39% случаев соответственно). Пациенты, которые считали, что достигли ремиссии, сообщали о сохранении таких проявлений активности заболевания, как боль, повышенная утомляемость, скованность, воспаление суставов. В России пациенты пока еще не принимают активного участия в решениях, касающихся их здоровья. Степень их влияния на принятие решения относительно выбора терапии была оценена в 3,16 балла по 5-балльной шкале. Существуют барьеры для эффективной коммуникации между врачом и пациентом при принятии клинических решений.

**ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ
С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ (АС),
ВКЛЮЧЕННЫХ В РЕГИСТР RE-SPINE**

Дубинина Т.В.¹, Саблина А.О.¹,
Курбанмагомедов М.К.¹, Ильиных Е.В.¹,
Демина А.Б.¹, Агафонова Е.М.¹, Сахарова К.В.¹,
Королев М.А.², Филоненко О.С.³

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

² НИИКЭЛ — филиал ИЦиГ СО РАН (Новосибирск);

³ ГБУ Рязанской области «Городская клиническая больница №5»

Введение/цель

Изучить подходы к терапии пациентов с АС в реальной клинической практике.

Материал и методы

В исследование включено 167 пациентов с достоверным диагнозом АС из разных регионов РФ, которым впервые назначалась терапия генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП), проводилось переключение с одного на другой ГИБП или лечение ГИБП продолжалось с эффектом более 6 мес. Из них в данный анализ

вошли сведения о 64 (38,3%). Большинство пациентов — жители Москвы и Московской области (56,2%). Позитивность по HLAB27 выявлялась в 82% случаев. Преобладали лица мужского пола — 71%.

Результаты/обсуждение

Средний возраст пациентов на момент появления первых симптомов АС — 24,0±10,1 года. Начало заболевания в большинстве случаев характеризовалось воспалительной болью в спине (80,2%), наличием периферического артрита — 52,1%, энтезитами — 27,5%, кокситом — 18%, увеитом — 9%, дактилитом — 6%, псориазом и ВЗК в одинаковом проценте случаев — 3,6%. Средняя продолжительность заболевания от первых симптомов до постановки диагноза составила 8,5±7,9 года. Базисные противовоспалительные препараты получали 37,1% больных, глюкокортикоиды системно — 15,6%. Средняя продолжительность от постановки диагноза до начала 1-й линии терапии ГИБП составила 52,2 мес., максимальная продолжительность от постановки диагноза до начала 1-й линии терапии ГИБП — 355,9 мес.

В анамнезе 21 (32,8%) больной получал 2 ГИБП, 17 (26,6%) — 3 ГИБП, 8 (12,5%) — 4 ГИБП, 4 (6,3%) — 5 ГИБП.

Выводы/заключение

Предварительный анализ когорты RE-SPINE свидетельствует о сохраняющейся негативной тенденции, связанной с поздней диагностикой АС в реальной практике. Средняя задержка в установлении диагноза составила 8,5±7,9 года. 78,1% больных имел опыт переключения с одного на другой ГИБП, при этом в 45,3% случаев более 3 линий ГИБП. Среднее время ожидания назначения ГИБП составило 52,2 мес., максимально — 355,9 мес.

**ОСОБЕННОСТИ ИНДЕКСА ТОКСИЧНОСТИ
ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С СКВ,
ЕГО СВЯЗЬ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Ермолаева Е.В., Никишина Н.Ю., Асеева Е.А.,
Попкова Т.В.**

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

Введение/цель

Известно, что длительное применение ГК способствует нарастанию у больных СКВ необратимых повреждений органов наравне с аутоиммунным поражением и агрессивной терапией цитостатиками. Индекс токсичности ГК может быть использован для оценки негативных проявлений при длительной терапии ГК с целью своевременной коррекции терапии.

Цель: оценить негативные последствия длительного применения ГК у пациентов с СКВ, используя индекс токсичности глюкокортикоидов.

Материал и методы

В исследование включено 65 пациентов с СКВ, установленной согласно классификационным критериям SLICC 2012. Всем пациентам подсчитывался ИТГ, проводилась оценка активности заболевания по индексу SLEDAI 2K и индекса повреждения SLICC (ИП SLICC), стандартное лабораторное и иммунологическое обследование.

Результаты/обсуждение

Включенные в исследование пациенты были преимущественно женского пола 56/65 (86%), со средней длительностью заболевания 76 [2;288] месяцев. Активность заболевания SLEDAI 2K на момент включения составила в среднем 8,8 [0; 26] балла, ИП SLICC — 1,0 [0; 5] балла, ИП SLICC ≥ 0 баллов был выявлен у 28 (43%) пациентов.

Средняя длительность терапии ГК за период болезни составила 66 [0; 288] месяцев. Максимальная доза ГК за период болезни — 32,7 [0; 80] мг, суммарная доза ГК за период болезни в/в — 2942 [0; 17812,5] мг. ИТГ на момент включения в исследование составил 19 [0; 37] баллов. ИТГ ≥ 0 выявлен у 51/65 (77%) пациентов. ИТГ коррелировал с длительностью заболевания ($r=0,33$; $p<0,008$); максимальной дозой ГК перорально ($r=0,31$; $p<0,012$); длительностью приема ГК ($r=0,35$; $p<0,005$); ИП SLICC ($r=0,43$; $p<0,0001$). В группе со средней длительностью заболевания более 3 лет среднее значение ИТГ достоверно выше, чем в группе с длительностью болезни 1–3 года (тест Стьюдента, $p=0,023$).

Выводы/заключение

У 77% пациентов с СКВ выявляется ИТГ, который значительно увеличивается с течением заболевания. На выраженность ИТГ оказывают влияние длительность заболевания, длительность приема ГК и максимальная доза ГК за период болезни. Выявленная достоверная корреляционная связь ИТГ и ИП SLICC, позволяет его использовать как дополнительный компонент оценки вклада ГК в развитие необратимых повреждений органов у пациентов с СКВ. Рекомендуется проводить подсчет ИТГ у всех пациентов с СКВ, находящихся на длительной терапии ГК с целью коррекции дозы.

ИНДЕКС ТОКСИЧНОСТИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С СКВ, ДЛИТЕЛЬНО ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ГК: ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ермолаева Е.В., Никишина Н.Ю., Асеева Е.А., Попкова Т.В.

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

Введение/цель

ГК играют важнейшую роль в терапии СКВ. Однако высокие дозы ГК и их длительное применение приводят к развитию необратимых повреждений органов наравне с аутоиммунным поражением в результате активности СКВ. Инструмент для количественного определения токсичности ГК, который можно использовать в клинической практике, до настоящего времени не разработан. Таким инструментом может стать индекс токсичности ГК.

Цель: изучить вклад глюкокортикоидов (ГК) в развитие необратимых повреждений органов у пациентов с СКВ с помощью индекса токсичности ГК (ИТГ).

Материал и методы

В исследование было включено 60 пациентов с достоверным диагнозом СКВ, SLICC 2012 г., когорты представлена преимущественно лицами женского пола 52 (87%) и 8 (13%) мужчинами. Средний возраст пациентов на момент установки диагноза $29,6 \pm 11$ лет, медиана длительности заболевания на момент исследования 74 [2; 288] месяца. Все пациенты на визите были осмотрены ревматологом, измерялось АД, ИМТ, проводилось определение липидов крови, глюкозы. Также проводилась оценка активности СКВ по индексу SLEDAI 2K, необратимых органических повреждений по ИП SLICC, ИТГ, проводимая терапия. Индекс токсичности ГК включает в себя Composite Index и Specific List. Composite Index, состоит из 9 доменов и 31 элемента, каждому из которых присвоено определенное количество баллов. Он содержит информацию о наиболее часто встречающихся осложнениях терапии ГК: ИМТ, толерантность к глюкозе, АД, липиды, миопатия,

МПК, поражение кожи, нейропсихические поражения, инфекции. Composite Index учитывает как ухудшение, так и улучшение проявления токсичности при изменении дозы ГК. Ухудшение или Cumulative Worsening Score всегда имеет положительное значение либо равен 0 (токсичность отсутствует). При возникновении новых случаев токсичности в соответствующий домен добавляются баллы, которые присвоены данному виду токсичности. Проявления, которые встречаются реже, но вносят значительный вклад в общую токсичность, отражая необратимые повреждения органов, включены в Specific List. Specific List включает 11 доменов (9 из которых также используются в Composite index) и 23 элемента (аваскулярный некроз, остеопоротические переломы, катаракта и др.). Ранее элементы, входящие в Specific List просто перечислялись, позже авторами ИТГ им также была присвоена балльная оценка. Сложность применения ИТГ у пациентов с СКВ заключается в том, что некоторые домены ИТГ (такие как АД, ПН) могут являться как признаком токсичности ГК, так и проявлениями непосредственно СКВ. В нашу когорту пациентов вошли 12 больных с ЛН, подтвержденным биопсией почки. У данных пациентов при подсчете ИТГ не учитывался домен АД, поскольку в данном случае это наиболее вероятно является проявлением основного заболевания.

Результаты/обсуждение

На момент включения в исследование медиана средней активности СКВ составила 9 [0; 26] баллов по индексу SLEDAI 2K. ИП SLICC ≥ 1 был выявлен у 24 (42%) пациентов, ИП SLICC = 0 у 36 (58%). Медиана среднего значения ИП SLICC — 1,1 [0; 5]. Медиана средней максимальной дозы ГК за период болезни составила 32,0 [0; 80], медиана кумулятивной дозы в/в ГК — 3669,9 [0; 17812,5] медиана продолжительности приема ГК составила 62 месяца [0; 288]. У 46 (77%) из 60 пациентов был выявлен ИТГ, медиана среднего значения которого составило 30 [0; 198] баллов. У 14 (23%) пациентов ИТГ был равен 0. Из них у 8 (13%) больных длительность болезни не превышала 6 месяцев, у 4 (7%) доза ГК на момент включения не превышала 5 мг, у 2 (3%) длительность СКВ превышала 6 месяцев и доза ГК на визите была выше 5 мг/сут. Наиболее часто изменения встречались в 5 из 9 основных доменов: повышение ИМТ — у 14 (23%) пациентов; повышение АД — у 10 (17%); гиперлипидемия — у 15 (25%), снижение МПК — у 6 (10%), развитие инфекционных осложнений — у 5 (8%); Менее часто выявлялись изменения в следующих 3 из 9 основных доменов: нарушение толерантности к глюкозе у 3 (5%), стероидная миопатия у 2 (3%); нейропсихическая токсичность у 6 (10%) пациентов. Так же были выявлены тяжелые органические повреждения, не имеющие балльной оценки, но включенные в Specific List ИТГ: заднекапсулярная катаракта — у 13 (22%) пациентов, аваскулярный некроз — у 3 (5%) пациентов, ОП переломы — 2 (3%) пациентов ИТГ коррелировал с длительностью заболевания ($r=0,34$); максимальной дозой ГК *per os* ($r=0,44$); длительностью приема ГК ($r=0,39$); ИП SLICC ($r=0,50$), $p<0,05$ во всех случаях.

Выводы/заключение

ИТГ выявляется у значительного числа пациентов с СКВ (77%). ИТГ достоверно коррелирует с длительностью заболевания, максимальной дозой ГК за период болезни, длительностью приема ГК, ИП SLICC. ИТГ может быть использован в клинической практике для оценки безопасности терапии ГК у пациентов с СКВ, получающих ГК более 6 месяцев наравне с ИП SLICC.

СТРУКТУРА ИНДЕКСА ПОВРЕЖДЕНИЯ SLICC У ПАЦИЕНТОВ СКВ

Ермолаева Е.В., Никишина Н.Ю., Асеева Е.А.,
Попкова Т.В.

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

Введение/цель

Наличие необратимых повреждений значительно ухудшает прогноз СКВ и увеличивает риск летального исхода заболевания. Целесообразно оценить структуру ИП SLICC с целью прогнозирования и ранней диагностики наиболее частых необратимых повреждений и своевременной коррекции терапии.

Цель: изучить структуру индекса повреждения необратимых повреждений органов у пациентов с СКВ.

Материал и методы

В исследование включено 65 пациентов с СКВ, установленной согласно классификационным критериям SLICC 2012. Всем пациентам проводилось стандартное лабораторное и иммунологическое обследование, оценивалась активность заболевания по индексу SLEDAI 2K и определение индекса повреждения SLICC (ИП SLICC).

Результаты/обсуждение

В исследование были включены 56/65 (86%) пациентов женского пола и 9/65 (14%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $34,2 \pm 11,4$ года, длительность заболевания — 76 [2; 288] месяцев. Активность заболевания SLEDAI 2K на момент включения составила в среднем 8,8 [0;26] балла, ИП SLICC — 1,0 [0; 5] балла, ИП SLICC ≥ 0 баллов был выявлен у 28 (43%) пациентов. Аминохинолиновые препараты получали 57/65 (88%) больных, мофтила микофенолат — 20/65 (31%), циклофосфан — 21/65 (32%), азатиоприн — 12/65 (18%), метотрексат — 13/65 (20%), человеческий иммуноглобулин — 5/65 (8%). Значительная часть пациентов 19/65 (29%) получала терапию, ГИБП (из них ритуксимаб — 16/65 (25%) пациентов, белимуаб — 3/65 (5%) пациентов). ГК получали 100% пациентов, в/в введение ГК проводилось 42/65 (65%) пациентам, средняя длительность терапии ГК за период болезни составила 66,0 [0;288] месяцев. Максимальная доза ГК за период болезни составила 32,7 [0; 80] мг. Суммарная доза ГК за период болезни в/в 2942 [0; 17812,5] мг. В наблюдаемой нами когорте пациентов лидирующую позицию среди необратимых повреждений занимала катаракта. Она была выявлена у 15/65 (23%) пациентов. Так же относительно часто выявлялись такие необратимые повреждения, как легочная гипертензия — 6/65 (9%) пациентов, черепно-мозговая или периферическая нейропатия — 5/65 (8%) пациентов, изменения сетчатки или зрительного нерва — 5/65 (8%) пациентов, тромбоз и асептические некрозы — 4/65 (6%) пациентов. У 3% (2/65) пациентов были выявлены снижение клубочковой фильтрации <50 мл/мин, легочный фиброз, деформирующий артрит, остеопоротические переломы, хроническая рубцовая аллопеция и сахарный диабет. Серьезные когнитивные нарушения, судорожный синдром, требующий лечения более 6 мес., стенокардия, длительный перикардит (не менее 6 мес.), инсульты, инфаркты, протеинурия $>3,5$ г/24 часа, изъязвления кожи и потеря ткани (например, фаланги пальца) наблюдались в 2% случаев у 2/65 пациентов. ИП SLICC коррелировал с возрастом пациентов на момент дебюта заболевания ($r=0,30$), возрастом пациентов на момент включения в исследование ($r=0,30$), длительностью заболевания на момент

включения в исследование ($r=0,33$), длительностью приема ГК ($r=0,30$), $p<0,05$ во всех случаях. Количество пациентов с ИП SLICC = 0, имеющих длительность заболевания менее пяти лет составило 70,3% ($n=26$), количество пациентов с ИП SLICC = 0, имеющих длительность заболевания более 5 лет составило 29,7% ($n=11$), $p=0,01$.

Выводы/заключение

ИП SLICC ≥ 0 был выявлен практически у половины обследованных пациентов 28 (43%). Среди необратимых повреждений наиболее часто встречались катаракта, легочная гипертензия, изменения сетчатки или зрительного нерва, черепно-мозговая или периферическая нейропатия, а также аваскулярные некрозы и тромбозы. Выявлена достоверная корреляционная связь ИП SLICC с длительностью заболевания, длительностью приема ГК, возрастом на момент дебюта заболевания, а также возрастом пациентов на момент включения в исследование. Количество пациентов с ИП SLICC ≥ 0 через пять лет от начала заболевания увеличилось в 2 раза.

КОГОРТА ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ИВРЗ) С ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ SARS-COV-2 В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН (РК) В ПЕРВУЮ ВОЛНУ ПАНДЕМИИ

Иванова Р.Л.¹, Машкунова О.В.^{2,3},
Горемыкина М.В.¹, Ботабекова А.Ж.^{2,3},
Нуртасова А.Н.¹, Егоров С.В.^{4,5}, Бабенко Д.Б.⁶

¹ НАО «Медицинский университет Семей»;

² НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова» (Алматы);

³ АО «Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней» (Алматы);

⁴ Michael G. DeGroote Institute for Infectious Disease Research, McMaster Immunology Research Centre, McMaster University (Hamilton, ON, Canada);

⁵ Назарбаев Университет (Астана);

⁶ Медицинский университет Караганды

Введение/цель

Доказано, что на течение новой инфекции SARS-CoV-2 оказывает влияние наличие ИВРЗ, особенно течения ИВРЗ с висцеральными поражениями, активность основного заболевания, спектр применяемых иммуносупрессивных препаратов, наличие коморбидной патологии. Поэтому для изучения влияния COVID-19 на течение и исходы ИВРЗ организованы глобальные ревматологические регистры для сбора и обработки мировых статистических данных. С началом пандемии в РК также был начат сбор информации по исследованию взаимовлияния ИВРЗ и инфекции SARS-CoV-2, что легло в основу первого регистра пациентов с ИВРЗ и SARS-CoV-2 в РК.

Цель: изучить течение и исходы коронавирусной инфекции COVID-19 среди пациентов с ИВРЗ в РК в первую волну пандемии, вызванной Уханьским штаммом, проанализировать спектр нозологических единиц ИВРЗ у пациентов с COVID-19, коморбидную патологию.

Материал и методы

В исследование включено 103 пациента с ИВРЗ и COVID-19. Обследование проводилось с помощью опросников, адаптированных исследователями на основании опросников Глобального ревматологического Альянса

и анкет APP (2020 г.). Время исследования – 12 месяцев (март 2020 г. – март 2021 г.). Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS с дискриптивным анализом.

Результаты/обсуждение

Средняя медиана возраста пациентов составила 52 года. В разрезе гендерно-возрастного состава женщины составили 77%, мужчины – 23%. Структура ИВРЗ с COVID-19 представлена следующими нозологиями: ревматоидный артрит (РА) – 40%, СКВ – 15%, Overlap-синдром – 13%, системные васкулиты (СВ) – 10%, остеоартрит (ОА) – 7%, реактивный артрит – 4%, ССД – 3%, анкилозирующий спондилит (АС) – 3%, дерматомиозит (ДМ) – 2%, подагра – 1%. Overlap-синдром представлен: СКВ+ССД – 4%, РА+СКВ – 3%, РА+ССД – 2%, РА+АС – 1%, РА+ДМ – 1%, РА+МПА – 1%, РА+ПсА – 1%. Среди СВ наблюдались: гранулематоз с полиангиитом (ГПА) был у 3%, синдром Черджа-Стросса (СЧС) – у 2%, геморрагический васкулит – у 2%, системные некротизирующие васкулопатии – у 1%, синдром Кавасаки – у 1%, микроскопический полиангиит (МПА) – у 1%. Коморбидная патология присутствовала у 75,4% – 14%, ожирение – 8%, болезни почек (ХБП, ИМП и др.) – 8%, заболевания органов дыхания (БА, ХОБЛ) – 8%, онкологические заболевания – 3%, заболевания щитовидной железы – 3%, эндопротезирование – 3%, заболевания органа зрения – 2%, заболевания гепатобилиарного тракта – у 2%, эндометриоз, гайморит, варикозное расширение вен нижних конечностей, депрессия, аллергия – у 3%. Течение COVID-19: средней тяжести – у 55% пациентов, тяжелое течение – у 23%, легкое течение – 17%, бессимптомное течение – 3%. КТ-паттернами SARS-CoV-2 явились: отсутствие признаков пневмонии – 47%; поражение легких – пневмония, мультифокальное поражение, постковидный пневмосклероз, буллезная эмфизема, плеврит – у 53%; госпитализация потребовалась 80% пациентов, неинвазивная ИВЛ проводилась в 26% случаев, инвазивная ИВЛ – 12%, ЭКМО – 1%. Исходы COVID-19 на фоне ИВРЗ: выздоровление – в 94% случаев, летальный исход – у 3% пациентов с СКВ, ДМ, ГПА.

Выводы/заключение

Наибольший процент инфицированных COVID-19 составили пациенты с РА, СКВ, оверлап-синдромом, СВ; среди оверлап-синдромов наиболее часто встречались СКВ+ССД, РА+СКВ, РА+ССД; среди СВ наиболее часто встречались МПА, СЧС, некротизирующие васкулопатии, ГПА. У 75,4% наблюдалась коморбидность, среди которой наибольший процент составляли АГ (50%), ИБС (23%), СД (14%). Течение у большинства (78%) – тяжелое и средней тяжести. Риск тяжелого течения и неблагоприятных исходов у пациентов с ИВРЗ значимо связан с особенностями течения ИВРЗ в виде мультиорганного поражения, особенно, с изначальным поражением дыхательных путей, с возрастом и сопутствующими заболеваниями. Полученные результаты согласуются с международными данными и требуют дальнейшего изучения и проведения корреляций.

ОЦЕНКА ИНДЕКСА ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА – НУЖНО ЛИ ЭТО ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ?

Колхидова З.А., Никишина И.П.

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

Введение/цель

Для эффективного мониторинга течения ювенильного артрита (ЮА) и комплексной оценки исходов в долгосрочной перспективе необходим дополнительный клинический показатель, охватывающий все формы повреждений, которые могут накапливаться у пациентов с течением времени. Индекс повреждения при ювенильном артрите (The Juvenile Arthritis Damage Index – JADI) – простой инструмент, который может помочь в прогнозировании ответа на лечение ЮА в обычной клинической практике.

Цель: провести оценку индекса повреждения JADI у пациентов с различными субтипами ЮА.

Материал и методы

Проведена одномоментная оценка суставного (JADI-A) и внесуставного (JADI-E) индекса повреждения у 380 пациентов с ЮА, последовательно поступавших в детское ревматологическое отделение ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой». Средний возраст составил 12,5 года (1,8; 17). Соотношение мальчиков и девочек 1:1,6. Наличие суставного и внесуставных повреждений выявлено у 18 и 17,8% пациентов соответственно. Сформированы две группы пациентов: I группа – получающие генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), II группа – кандидаты на инициацию ГИБП.

Результаты/обсуждение

Среднее значение JADI-A составило 1,4 (min-0; max-60) балла, JADI-E – 0,5 (min-0; max-7) балла. В I группу вошло 300 пациентов. Из 50 пациентов с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА) у 50% и 18% имелись необратимые суставные и внесуставные изменения. Средние значения JADI-A=5,6 (0; 40) б., JADI-E=0,3 (0;3) б. В подгруппе ювенильного анкилозирующего спондилита (ЮАС) суставное повреждение выявлено у 3 (16%) из 19 пациентов, и составило в среднем 0,3 (0;3) балла, внесуставное повреждение на момент осмотра не выявлено. Из 26 пациентов с системным вариантом ЮА (сЮА) у 27% выявлены как суставные mJADI-A=4,5 (0; 60) б., так и внесуставные изменения mJADI-E=1,2 (0; 7) б. Среди пациентов с полиартикулярным ЮА (пЮА) у 12% (21/174) JADI-A составил в среднем 0,3 (0; 20) б., внесуставное поражение выявлено у 2% (3/174) пациентов mJADI-E=0,04 (0;4) б. JADI-A определялся у 3/31 (10%) пациентов из группы олигоартикулярного ЮА (оЮА) m=0,1 (0; 1) б., внесуставное поражение выявлено у 7/31 (23%) пациентов m JADI-E = 0,7 (0; 4) б. II группа включала 80 бионаивных пациентов с несистемными вариантами ЮА: ЮРА – 16, ЮАС – 6, пЮА – 46, оЮА – 12 детей. Наличие необратимых суставных и внесуставных изменений выявлено у 28 (35%) и 14 (17,5%) детей соответственно. У подавляющего числа пациентов с ЮРА уже имелось суставное 12/16 (75%) и/или внесуставное 4/16 (25%) повреждение: m JADI-A=6,1 (0; 24) б., m JADI-E = 0,3 (0; 2). При пЮА у 35% (16/46) выявлено суставное JADI-A=0,6 (0; 6) б., а у 15% (7/46) внесуставное m JADI-E = 0,2 (0; 2) б. повреждение. В группе оЮА у 3 из 12 пациентов (25%) обнаружены внесуставные изменения m JADI-E = 0,3 (0; 2) б. при отсутствии суставного поражения. При ЮАС не выявлено необратимых изменений

на момент госпитализации. Максимально высокие значения как суставного, так и внесуставного индекса повреждения выявлены у пациентов с сЮА, что характерно для данного субтипа ЮА. Наибольший средний показатель суставного повреждения в группе ЮРА, как правило, выявлялся за счет симметричных сгибательных контрактур и деформаций по типу «бутоны» мелких суставов кистей и стоп, а также подвывихов или анкилозов лучезапястных суставов. Суставное повреждение при пЮА, оЮА, ЮАС преимущественно было представлено за счет формирования сгибательных контрактур крупных суставов и ограничения подвижности в шейном отделе позвоночника. Структура внесуставного компонента JADI-E зависела от варианта ювенильного артрита. Так, например, наибольшее среднее значение JADI-E при сЮА было обусловлено выявлением аваскулярных некрозов костей, компрессионных переломов тел позвонков, нарушения роста, полового созревания, а при оЮА чаще встречалась разница длины конечностей более 1 см и осложненное течение увеита с развитием катаракты.

Выводы/заключение

Подтипы ЮРА, сЮА, пЮА наиболее подвержены развитию необратимых изменений, несмотря на проводимую ГИБП терапию. Среди пациентов, никогда не получавших ГИБП, обнаружена высокая доля тех, кто имеет высокие значения индексов JADI, что требует внесения корректирующих изменений в схемы медикаментозного лечения и пересмотра сроков назначения ГИБП. Индекс JADI обладает большой информативностью для оценки морфофункциональных нарушений у детей с ЮА, что позволит в дальнейшем после детального анализа всех факторов, коррелирующих с индексом JADI, определить конкретный фенотип ЮА, требующий очень раннего назначения ГИБП.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА: ФОКУС НА ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ. ДАННЫЕ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

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

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

Введение/цель

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что распространенность псориатического артрита (ПсА) одинакова для разных полов, но гендерные различия при ПсА пока недостаточно изучены.

Цель: изучить различия в клинических проявлениях ПсА у мужчин и женщин.

Материал и методы

956 больных ПсА (М/Ж=411 (43%)/545 (57%), соответствующих классификационным критериям CASPAR, были включены в Общероссийский регистр больных ПсА. Средний возраст М/Ж составил 48,4±12,56/53,3±12,70 года ($p<0,001$). Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование, определялся индекс массы тела (ИМТ, кг/м²), тяжесть псориаза определялась по площади поражения кожи BSA (%), пациенты заполняли визуальные аналоговые шкалы оценки боли и активности заболевания (ВАШ, мм), для оценки функциональных нарушений применялся опросник HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire-Disability Index). Был проведен сравнительный анализ полученных данных. Определялось среднее

значение, стандартное отклонение ($M\pm SD$), %, t -test, χ^2 Пирсона. Статистические различия считались значимыми при $p<0,05$.

Результаты/обсуждение

Были выявлены значимые различия между мужчинами и женщинами с ПсА: тяжелая форма псориаза (BSA>10%) наблюдалась у 54 (13%) мужчин и 102 (18,7%) женщин ($p=0,021$), ожирение (BMI>30 кг/м²) было выявлено у 87 (21,2%) мужчин и 205 (37,6%) женщин ($p<0,001$), оценка боли пациентом составила 48,5±22,6 мм ВАШ у мужчин и 51,5±22,8 мм у женщин ($p=0,043$), умеренные функциональные нарушения (HAQ-DI) — у 112 (28,5%) мужчин и 202 (38,5%) женщин ($p=0,002$), выраженные функциональные нарушения — у 8 (2,0%) мужчин и 36 (6,9%) женщин ($p<0,001$).

Выводы/заключение

Сравнительный анализ клинических характеристик больных ПсА у мужчин и женщин показал, что наблюдаемые в регистре женщины были старше мужчин по возрасту, у них чаще встречался тяжелый псориаз, ожирение, была выше интенсивность боли в суставах и чаще наблюдались выраженные функциональные нарушения.

ЧАСТОТА И ТЯЖЕСТЬ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Куликов А.Н., Белов Б.С., Муравьева Н.В.

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

Введение/цель

Изучить частоту и тяжесть перенесенного COVID-19 у стационарного контингента пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материал и методы

В ретроспективное когортное исследование отобраны содержащие информацию о перенесенном COVID-19 истории болезни 7273 пациентов (5256 женщин, 2017 мужчин) в возрасте от 18 лет до 91 года, находившихся на стационарном лечении в ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» с 21.09.2021 г. по 28.04.2023 г. В основную группу вошли пациенты со следующими нозологиями: ревматоидный артрит (РА, $n=2552$), анкилозирующий спондилит (АС, $n=1168$), болезнь Шегрена (БШ, $n=709$), системная склеродермия (ССД, $n=664$), псориатический артрит (ПсА, $n=600$), системная красная волчанка (СКВ, $n=524$), подагра ($n=220$), АНЦА-ассоциированные васкулиты (ААВ, $n=137$), полимиозит/дерматомиозит ($n=124$), болезнь Бехчета ($n=68$), болезнь Стилла взрослых ($n=59$), IgG4-ассоциированное заболевание ($n=47$), васкулиты крупных сосудов ($n=39$). Группу сравнения составили пациенты с остеоартритом (ОА, $n=362$).

Результаты/обсуждение

Частота перенесенного COVID-19 при анализируемых РЗ оказалась значимо выше по сравнению с ОА ($p<0,001$). Для всех пациентов с вышеуказанными РЗ характерно увеличение риска заболеваемости COVID-19 при сопоставлении с контрольной группой в 2,7–6,3 раза ($p<0,001$). Пациентам с РА, ПсА, подагрой, ААВ, СКВ, ССД, БШ и АС значимо чаще ($p<0,02$) проводилась терапия COVID-19 по сравнению с больными ОА. Для пациентов с указанными нозологиями характерно увеличение риска потребности в лечении коронавирусной инфекции в 1,9–3,7 раза в сравнении с контрольной группой ($p<0,02$).

У пациентов с воспалительными заболеваниями суставов, системными заболеваниями соединительной ткани и системными васкулитами потребность в госпитализации при развитии COVID-19 оказалась значимо выше по сравнению с больными ОА ($p=0,01$, $p=0,007$ и $p=0,024$ соответственно). Для указанных трех групп характерно нарастание риска госпитализаций: ОШ=4,333 (95% ДИ=1,303–14,415), ОШ=4,375 (95% ДИ=1,406–15,946) и ОШ=4,727 (95% ДИ=1,136–19,678) соответственно. У 20% пациентов основной группы в связи с тяжестью COVID-19 потребовалось применение генно-инженерной биологической или таргетной базисной противовоспалительной терапии.

Выводы/заключение

Согласно полученным результатам, проблема COVID-19 является значимой для пациентов с РЗ, что диктует необходимость изучения применения вакцинопрофилактики коронавирусной инфекции у данной когорты больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ИММУНОГЕННОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ВЕКТОРНОЙ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЕМОЙ ВИРУСОМ SARS-CoV-2 – ГАМ-КОВИД-ВАК, У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Куликов А.Н., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Гриднева Г.И., Аронова Е.С., Верижникова Ж.Г. ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» (Москва)

Введение/цель

Изучить эффективность, иммуногенность и безопасность комбинированной векторной вакцины против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2 – Гам-КОВИД-Вак, у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) в течение 6 месяцев после иммунизации.

Материал и методы

В исследование включены 42 пациента с РЗ (31 женщина, 11 мужчин, средний возраст $50,1 \pm 15,3$ года, средняя длительность заболевания – $12,5 \pm 10$ лет): 22 – с ревматоидным артритом, 8 – с анкилозирующим спондилитом, по 3 – с псориатическим артритом, подагрой и болезнью Шегрена, 2 – системной красной волчанкой, 1 – с болезнью Стилла взрослых. 17 больных принимали метотрексат, 5 – гидроксихлорохин, по 3 – лефлуномид и сульфасалазин, 2 – микофенолата мофетил, 1 – циклофосфамид. Терапия глюкокортикоидами проводилась у 12 пациентов. Генно-инженерные биологические препараты или таргетные базисные противовоспалительные препараты получали 13 больных: ритуксимаб – 5, ингибиторы фактора некроза опухоли- α – 3, ингибиторы интерлейкина 17А – 3, ингибиторы янус-киназы – 2. Монотерапия нестероидными противовоспалительными препаратами осуществлялась 3 больным, лечение не получал 1 пациент. Первый компонент Гам-КОВИД-Вак вводили в дозе 0,5 мл в дельтовидную мышцу, второй компонент в дозе 0,5 мл – через 3 недели после первого. Двумя компонентами иммунизированы 39 больных. Эффективность оценивали по частоте случаев COVID-19, подтвержденных методом ПЦР, в период от 30 до 180 дней после вакцинации. Концентрацию антител оценивали с помощью набора «SARS-CoV-2-IgG количественный ИФА-БЕСТ» (АО «Вектор-Бест», Россия)

методом иммуноферментного анализа перед вакцинацией, через 1, 3 и 6 месяцев после вакцинации. Информация о нежелательных явлениях (НЯ) от каждого участника исследования получали путем расспроса врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты.

Результаты/обсуждение

После вакцинации Гам-КОВИД-Вак у 3 (7,7%) больных диагностирован COVID-19; у всех отмечено легкое течение COVID-19 без признаков пневмонии. Медиана [25-й, 75-й перцентили] концентрации антител к SARS-CoV-2 перед вакцинацией Гам-КОВИД-Вак составила 470,64 BAU/ml [48,84–595,85], через 1 месяц – 619,55 BAU/ml [585,91–631,4], через 3 месяца – 683,13 BAU/ml [257,48–708,85], через 6 месяцев – 548,97 BAU/ml [345,99–564,24]. У пациентов с РЗ продемонстрировано значимое нарастание концентрации антител к SARS-CoV-2 через 1 и 3 месяца после вакцинации вторым компонентом ($p<0,001$), в то время как через 6 месяцев отличий не получено. Какие-либо нежелательные явления (НЯ) после введения первого компонента зарегистрированы у 24 пациентов (57,1%), второго – у 11 (28,2%). После вакцинации двумя компонентами сочетание местных и системных НЯ документировано у 4 больных (10,3%), в то время как НЯ отсутствовали у 14 (35,9%). Обострение РЗ выявлено у 2 пациентов (4,8%). Серьезных НЯ и возникновения новых аутоиммунных феноменов не зарегистрировано ни у одного пациента.

Выводы/заключение

Согласно предварительным данным, вакцинация Гам-КОВИД-Вак у больных РЗ характеризуется хорошей эффективностью, достаточной иммуногенностью и безопасностью. Необходимы дальнейшие исследования для выявления предикторов эффективности и иммуногенности, а также факторов риска развития нежелательных явлений.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Лазарева Н.В., Бугрова О.В.

ФГБОУ ВО «ОрГМУ» Минздрава России (Оренбург)

Введение/цель

Важной проблемой современной ревматологии является преждевременное развитие атеросклероза у больных системными ревматическими заболеваниями, в частности – системной красной волчанкой (СКВ). Наиболее распространенным неинвазивным методом диагностики атеросклеротического поражения сосудов является ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) сонных артерий. Данный метод позволяет выявлять атеросклеротические бляшки и оценивать толщину комплекса интима-медиа (ТИМ) общих сонных артерий (ОСА), которая коррелирует с выраженностью атеросклероза в коронарных артериях и риском кардиоваскулярных осложнений.

Цель: изучение особенностей состояния сонных артерий у больных системной красной волчанкой как метод диагностики субклинического атеросклероза.

Материал и методы

Обследованы 72 больных СКВ без клинических признаков атеросклероза, преимущественно женщины (94,4%), в среднем возрасте 46 [36; 57] лет, давностью болезни – 156 [96; 192] месяцев; среднее значение индекса SLEDAI-K2 составило 9 [6; 16] баллов, повреждения SLICC/ACR – 1 [1; 2] балл. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц.

Состояние сонных артерий оценивали при помощи ультразвукового сканирования сосудов на аппарате TOSHIBA (Япония) с использованием линейного датчика частотой 7–12 МГц по общепринятой методике. В зависимости от наличия атеросклеротического поражения сонных артерий было выделено 2 группы больных. 1-ю группу составили 8 (11,1%) больных с атеросклерозом общих сонных артерий, средний возраст которых составил 51 [44; 61] год, давность заболевания — 108 [84; 180] месяцев с хроническим течением и минимальной степенью активности. Во 2-ю группу вошли 64 (88,9%) пациента без атеросклероза сосудов, средний возраст которых составил 38 [27; 45] лет, длительность заболевания — 132 [84; 168] месяца с хроническим течением и умеренной степенью активности.

Результаты/обсуждение

В группе больных с атеросклерозом ОСА гемодинамически значимых стенозов не было, отмечалось достоверное увеличение ТИМ как по сравнению с контрольной группой ($p < 0,005$), так и со второй группой больных ($p < 0,0001$), что характерно для атеросклеротического процесса. У одной 56-летней пациентки этой группы с давностью СКВ 15 лет имелась двусторонняя извитость (кинкинг) внутренней сонной артерии (ВСА), что также может быть обусловлено атеросклеротическим изменением артериальных стенок. У пациентов 1-й группы отмечалось достоверное увеличение диаметра ОСА, ВСА и наружной сонной артерии (НСА) с обеих сторон по сравнению со второй группой ($p < 0,05$), которое, однако, не отличалось от контроля, что также может быть обусловлено постстенотическим расширением атеросклеротически измененных артериальных стенок. Это подтверждается и достоверным повышением индекса резистивности (RI) ($p < 0,05$), который отражает периферическое сопротивление сосудов у пациентов данной группы по сравнению со второй группой. Пульсационный же индекс (PI) был достоверно повышен по сравнению и с группой пациентов без атеросклероза ($p < 0,01$) и с контролем ($p < 0,01$), что также отражает периферическое сопротивление сосудов. Наряду с этим у пациентов с атеросклерозом выявлено достоверное снижение систолической скорости кровотока (V_s) по ОСА ($p < 0,05$) и снижение диастолической составляющей скорости кровотока (V_d) по ВСА и НСА ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно) по сравнению с контролем. Во второй группе больных у 8 (12,5%) имелся S-образный изгиб ОСА с обеих сторон, еще у 3 (4,7%) — кинкинг ВСА с обеих сторон, что может быть следствием ремоделирования сосудистой стенки и ранним косвенным признаком атеросклероза. У 10 (15,6%) выявлено снижение дифференцировки комплекса интима-медиа при сохраненной ТИМ, что также может служить маркером субклинического атеросклероза. У пациентов без атеросклеротического поражения сосудов было достоверное снижение диаметров ОСА, ВСА и НСА по сравнению с контролем ($p < 0,02$, $p < 0,02$ и $p < 0,0001$ соответственно), а также достоверное снижение скоростных показателей как V_s , так и V_d по ОСА, ВСА и НСА по сравнению с контролем.

Выводы/заключение

Снижение диаметров сонных артерий, а также снижение систолической и диастолической составляющих кровотока по ним являются маркерами субклинического атеросклероза, имеющих важное прогностическое значение в определении риска развития кардиоваскулярных осложнений у больных СКВ.

УРОВЕНЬ ИЛ-6, ИЛ-10, ГМ-КСФ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

Лапкина Н.А., Баранов А.А., Абайтова Н.Е.,

Левшин Н.Ю., Павлова В.В.

ФГБОУ ВПО ЯГМУ Минздрава России (Ярославль)

Введение/цель

Исследовать концентрации ИЛ-6, ИЛ-10, ГМ-КСФ у больных ревматоидным артритом и их взаимосвязь с клинико-лабораторными показателями.

Материал и методы

В исследование включено 154 больных РА, большинство из них составили женщины (79,9%) в возрасте 56,0 (50,0; 64,0) года с длительностью заболевания 9,4 (3,0; 13,0) года. Индекс DAS28 составил $5,85 \pm 0,34$, CDAI — 26,65 (19,0; 33,0), SDAI — 27,18 (20,0; 35,1). Большинство пациентов получали базисные противовоспалительные препараты, включая метотрексат 129 (83,8%) в дозе 15–20 мг/неделю, 13 (8,4%) больных — лефлунамид в дозе 20 мг/день, 2 (1,3%) — сульфасалазин 2000 мг/день. Глюкокортикоиды до 10 мг/сут получали 44 (28,6%) пациента. ГИБП на момент исследования никто из больных не принимал. Концентрации ИЛ-6, ИЛ-10, ГМ-КСФ определяли с помощью мультиплексной технологии xMAP на анализаторе Bio-Plex™ 200 System (BIO-RAD, США).

Результаты/обсуждение

Концентрации ИЛ-6, ГМ-КСФ были достоверно выше у больных РА 7,56 (2,44; 21,170) пг/мл, 496,29 (348,20; 1002,20) пг/мл по сравнению с донорами 1,63 (0,54; 6,87) пг/мл ($p < 0,001$), 370,22 (292,17; 468,27) пг/мл ($p < 0,01$) соответственно. Не отмечено статистических значимых различий уровня ИЛ-10 у пациентов с РА и группой контроля 14,48 (0,00; 30,39) пг/мл, 0,00 (0,00; 0,00) пг/мл ($p > 0,05$). Не выявлено статистически значимых различий в концентрации ИЛ-6, ИЛ-10, ГМ-КСФ у больных РФ-позитивных и РФ-негативных ($p > 0,05$), а также у АЦЦП-позитивных и АЦЦП-негативных пациентов ($p > 0,05$). Значение индекса DAS28 коррелировало с концентрацией ИЛ-6 ($r = 0,17$, $p < 0,05$); показатели SDAI, CDAI — с уровнем ИЛ-6 ($r = 0,20$, $p < 0,05$), ($r = 0,19$, $p < 0,05$), а также ИЛ-10 ($r = 0,24$, $p < 0,05$), ($r = 0,22$, $p < 0,05$) соответственно. Выявлена взаимосвязь концентрации IgM РФ с уровнем ИЛ-10 ($r = 0,21$, $p < 0,05$) и ГМ-КСФ ($r = 0,56$, $p < 0,05$).

Выводы/заключение

Уровень ИЛ-6, ГМ-КСФ достоверно выше у больных РА по сравнению с донорами. Концентрация ИЛ-6 и ИЛ-10 коррелировала с индексами активности заболевания: DAS28, SDAI, CDAI. Уровень IgM РФ был взаимосвязан с ИЛ-10, ГМ-КСФ.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ОЛОКИЗУМАБОМ

Лапкина Н.А., Баранов А.А., Абайтова Н.Е.,

Левшин Н.Ю., Леонтьева Е.А.

ФГБОУ ВПО ЯГМУ Минздрава России (Ярославль)

Введение/цель

Изучить динамику клинико-лабораторных показателей воспалительной активности заболевания у больных РА на фоне лечения олокизумабом (ОКЗ).

Материал и методы

В исследование включено 10 больных РА в возрасте 46,0 (30,0; 60,0) года с длительностью заболевания 9,0 (3,0; 12,0) года. Все пациенты были с умеренной и высокой активностью заболевания: DAS28-COЭ 5,13 (4,34; 5,80), CDAI 30,00 (24,00; 35,00) и SDAI 31,86 (24,36; 38,59). Всем пациентам назначено лечение ОКЗ в дозе 64 мг подкожно каждые 4 недели на фоне терапии метотрексатом, лефлуномидом, нестероидными противовоспалительными препаратами и глюкокортикоидами. Наблюдение проводилось до лечения и через 3, 6 месяцев терапии. Сывороточный уровень ИЛ-6 исследовали с помощью мультиплексной технологии xMAP на анализаторе Bio-Plex™ 200 System (BIO-RAD, США).

Результаты/обсуждение

Через 3 и 6 месяцев терапии ОКЗ наблюдалось достоверное снижение DAS28-COЭ соответственно: 3,53 (2,83; 4,26) и 3,48 (2,8; 4,10); CDAI 11,00 (6,0; 16,00) и 10,0 (5,0; 15,0); SDAI 10,0 (5,0; 15,0) и 10,17 (7,02; 15,02), концентрации СРБ (исходно — 14,30 (7,00; 24,70, мг/л), через 3 месяца 0,70 (0,40; 0,90) мг/л и через 6 месяцев — 0,65 (0,20; 3,00) мг/л. На фоне терапии ОКЗ выявлено повышение концентрации ИЛ-6 (исходно — 1,89 (1,61; 2,33) пг/мл), через 3 месяца — 89,98 (35,09; 165,84) пг/мл ($p < 0,01$), через 6 месяцев его уровень снизился до 44,88 (5,25; 80,90) пг/мл ($p < 0,05$). Не отмечено значимого влияния ОКЗ на значения СОЭ ($p > 0,05$).

Выводы/заключение

Применение ОКЗ приводит к увеличению концентрации общего ИЛ-6 в сыворотке крови у больных РА на фоне снижения показателей клинико-лабораторной активности заболевания.

НОВЫЙ ПОРОГ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОДСЧЕТЕ FRAX У РОССИЙСКИХ МУЖЧИН

Лесняк О.М., Гладкова Е.Н., Никитинская О.А.,
Скрипникова И.А., Солодовников А.Г., Воронов К.А.
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава
России (Санкт-Петербург)

Введение/цель

Для эффективного использования калькулятора 10-летнего риска переломов FRAX для каждой страны разрабатывается порог терапевтического вмешательства, определяющий величину риска, при котором лечение остеопороза эффективно с клинической и экономической точек зрения. У мужчин принято использовать тот же порог вмешательства, что и у женщин. Однако в популяционных исследованиях «женский» порог продемонстрировал низкую выявляемость российских мужчин, подлежащих терапии остеопороза, не превышавшую 4%, что значительно ниже частоты остеопороза в этой группе населения.

Цель: разработка нового порога терапевтического вмешательства при подсчете FRAX у российских мужчин.

Материал и методы

Для выбора нового порога вмешательства было отобрано несколько вариантов порогов, после чего был проведен их анализ сначала на одной, а затем на двух дополнительных популяционных выборках. Подсчитывали долю мужчин, у которых 10-летний риск основных

остеопорозных переломов соответствовал определенному порогу вмешательства или был выше его (то есть они подлежали инициации лечения остеопороза) как в целом в выборке, так и в различных возрастных группах. Результаты этого анализа были представлены экспертам для выбора наиболее оптимального варианта путем голосования методом Делфи. В Делфи голосовании приняли участие 18 российских экспертов, отобранных на основании имеющихся публикаций либо персональных сообщений об опыте анализа результатов работы с калькулятором FRAX. На следующем этапе с целью оценки экономической эффективности отобранных порогов два порога, получившие при голосовании наивысшие рейтинги, были исследованы с помощью марковского моделирования, когда была построена симуляционная модель переходных состояний. Модель была валидирована с использованием данных о переломах бедра, позвоночника и других типов переломов в зависимости от возраста, а также данных о смертности мужчин в России в зависимости от возраста. В модели использовался 10-летний временной горизонт, предполагались циклы продолжительностью в 1 год, будущие QALY дисконтировались. Надежность результатов моделирования оценивалась с помощью анализа чувствительности и гетерогенности.

Результаты/обсуждение

Для голосования с целью достижения консенсуса по оптимальному порогу вмешательства для мужчин РФ экспертам были предложены пять порогов вмешательства, включая существующий порог, разработанный для женщин. Консенсус был достигнут уже на втором раунде голосования: большинством были выбраны разработанные для мужчин фиксированный порог 9% (согласие 88,9%) и возраст-зависимый порог вмешательства при подсчете 10-летней вероятности перелома проксимального отдела бедренной кости (ППОБ) (согласие 61,1%). Марковское моделирование проведено с участием этих двух порогов в сравнении с существующей практикой («женский» порог) и базовым вариантом (отсутствие лечения). Хотя стоимость QALY была выше при выбранных экспертами порогах вмешательства, с экономической точки зрения их использование было наиболее эффективным. Так, стоимость предупреждения 1 перелома бедра при использовании 9% фиксированного порога была 107 845,00 руб., порога по ППОБ — 115 115,5 руб., тогда как используемого «женского» порога — 476 214,00 руб. NNT для предупреждения одного ППОБ при 9% пороге — 168, пороге по ППОБ — 199, при «женском» пороге — 844. Аналогичные данные получены и по другим переломам. Самый низкий ICER (добавочный коэффициент экономической эффективности) был при фиксированном 9% пороге.

Выводы/заключение

При отборе мужчин с высоким риском переломов, подлежащих лечению остеопороза на основе калькулятора FRAX, использование разработанных для мужчин порогов вмешательства (фиксированного 9% порога и возраст-зависимого порога ППОБ) по своей клинической и экономической эффективности значительно превышает показатели существующего и применяемого в практике порога, разработанного для женщин. Новые данные должны учитываться при разработке клинических рекомендаций по диагностике остеопороза и инициации его лечения.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Летаева М.В., Аверкиева Ю.В., Королева М.В., Малышенко О.С.

ФГБОУ ВО КемГУ Минздрава России (Кемерово)

Введение/цель

Частота встречаемости тревожно-депрессивных расстройств при ревматических заболеваниях, по данным разных авторов, составляет от 20 до 83%, в том числе при ревматоидном артрите (РА) — 30–75%. Тревожно-депрессивный синдром может развиваться как с первыми признаками заболевания, так и при прогрессировании РА, значительно ухудшая психологические и соматические показатели, существенно снижая качество жизни пациентов и приверженность к лечению.

Цель: оценить частоту встречаемости тревожно-депрессивного синдрома у больных ревматоидным артритом.

Материал и методы

Проведен опрос 42 больных с РА (средний возраст — 42,3±6,7 года). Контрольную группу составили 39 человек без РА, сопоставимых по возрасту и полу. Для оценки и выявления тревожно-депрессивного синдрома использовались скрининговая карта для выявления депрессии, шкала субъективного благополучия и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты/обсуждение

По результатам скринингового опросника депрессии у 34 (80,9%) пациентов с РА выявлены признаки тревожно-депрессивного синдрома, в то время как в контрольной группе только 6 (15,4%) пациентов имели положительный результат теста на наличие депрессивных расстройств. По данным, полученным при оценке шкалы благополучия, в основной группе у 26 (61,9%) больных отмечались признаки эмоционального дискомфорта (показатель составил 80% и выше), в контрольной группе — у 6 (15,4%).

При оценке госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS тревожно-депрессивный синдром выявлен у 35 (83,3%) пациентов с РА: у 16 (45,7%) пациентов отмечалась тревога, у 19 (54,3%) — депрессия, из них субклинически выраженные тревога и депрессия наблюдались у 10 (28,6%) и 9 (25,7%) человек соответственно. Тревожно-депрессивный синдром в контрольной группе по данным опросника HADS выявлен только у 8 (20,6%) пациентов в виде субклинически выраженных признаков: у 4 (10,3%) человек отмечалась тревога и у 4 (10,3%) — депрессия. Клинически выраженной тревоги и депрессии в контрольной группе не зарегистрировано.

Выводы/заключение

У большинства пациентов с РА выявлены тревожно-депрессивные расстройства, которые могут непосредственно влиять как на течение самого заболевания, так и на развитие различных осложнений. Своевременная диагностика и лечение депрессивных расстройств в ревматологической практике является актуальной с точки зрения медицинских, социальных и экономических последствий и требуют междисциплинарного подхода к лечению больных.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗИСТЕНТНЫХ К ТЕРАПИИ – “DIFFICULT-TO-TREAT” (D2T) ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ (ПСА). ДАННЫЕ ОБЩЕРОССИЙСКОГО РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ПСА

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

Корсакова Ю.Л.

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

Введение/цель

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении псориатического артрита (ПсА), у некоторых пациентов может наблюдаться высокая активность и тяжелое течение заболевания. В 2021 г. группа экспертов EULAR дала определение “Difficult-to-treat” (D2T) и разработала критерии для резистентных к лечению пациентов с ревматоидным артритом, которые были модифицированы для ПсА. К резистентным относят пациентов с сохранением симптомов и/или признаков болезни, с неэффективностью по крайней мере двух генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) или таргетных синтетических базисных противовоспалительных препаратов (тсБПВП) с различными механизмами действия.

Цель: охарактеризовать резистентных к лечению пациентов с ПсА и оценить факторы риска D2T.

Материал и методы

В исследование включено 263 пациента с ПсА, получавших ГИБП или тсБПВП и наблюдавшихся 2 и более лет. Средний возраст составил 46,1±12,5 года. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю были включены 152 пациента (57,8%, 78 м/74 ж), которые в течение всего срока наблюдения получали терапию 1 ГИБП с хорошим эффектом — группа не-D2T. 111 пациентов (42,2%, 57 м/43 ж) сменили 2 и более ГИБП или тсБПВП, из них 40 пациентов (15,2%, 20 м/20 ж) в течение 2 лет сменили 2 и более ГИБП или тсБПВП и сохраняли признаки активности заболевания, т.е. соответствовали критериям D2T, модифицированным для ПсА — группа D2T. Пациентам проводилось стандартное ревматологическое обследование. Активность заболевания оценивали с использованием индекса DAPSA и критериев минимальной активности болезни (МАБ). Сравнение групп проводили с использованием критерия Фишера, Манна — Уитни и Вилкоксона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

Сравнение по основным клиническим показателям 2 групп пациентов представлены в таблице 1. Резистентные к лечению пациенты с ПсА имели значимо большую длительность ПсА ($p=0,017$), значимо чаще полиарткулярное поражение суставов ($p=0,014$), дактилит ($p=0,004$), энтезиты ($p=0,001$), большую площадь поражения кожи псориазом $BSA > 10\%$ ($p=0,008$), тяжелое псориатическое поражение ногтей в виде онихолизиса ($p=0,001$), умеренные функциональные нарушения HAQ ($p=0,039$), депрессию ($p=0,007$) и повышенный уровень мочевой кислоты в крови ($p=0,023$). Среди резистентных пациентов по сравнению с ответившими на терапию отмечался высокий процент страдающих метаболическим синдромом (10 к 4,7%) и неалкогольным поражением печени (10 к 6%), однако данные были статистически не значимы. *Me* длительности псориаза, активности по DAPSA и ИМТ также не показали значимых различий.

Выводы/заключение

Резистентные к лечению (D2T) пациенты с ПсА по сравнению с отвечающими на терапию характеризуются большей

длительностью ПсА, распространенным тяжелым псориазом с онихолизисом, наличием полиартрита, дактилитов, энтезитов и функциональных нарушений к моменту назначения ГИБП, а также наличием сопутствующих заболеваний, в частности депрессии и гиперурикемии. Выявление специфических факторов, способствующих развитию резистентности у пациентов с ПсА, может иметь важное значение для разработки терапевтических стратегий и индивидуально-го подхода к ведению этих пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С ЭНТЕЗИТАМИ. ДАННЫЕ ОБЩЕРОССИЙСКОГО РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ПСА
Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В., Губарь Е.Е.,
Корсакова Ю.Л., Глухова С.И.

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

Введение/цель

Псориазический артрит (ПсА) характеризуется многообразием клинических проявлений, таких как артрит, энтезит, дактилит, спондилит и псориаз. Энтезит — это важный клинический признак ПсА, оказывающий значительное влияние на функциональные способности, качество жизни и выбор терапии. Фенотип пациентов с ПсА и энтезитами изучен недостаточно.

Цель: сравнить клинические характеристики пациентов с ПсА с энтезитами и без энтезитов.

Материал и методы

В исследование включено 603 пациента (278 мужчин/326 женщин) с ПсА, соответствующих критериям CASPAR, наблюдавшихся в Общероссийском регистре. Средний возраст составил $46,6 \pm 12,5$ года, длительность ПсА — $9,7 \pm 7,1$ года, длительность псориаза — $20,45 \pm 13,0$ года. Медиана (Ме) DAPSA 25,5 [15,2; 41,8], индекс массы тела (ИМТ) 27,5 [24,3; 31,2]. Определяли ЧБС 68/ЧПС 66, наличие энтезитов по LEI + плантарная фасция, дактилитов, BSA%, PASI, HAQ, СРБ, DAPSA. Оценивали отношение шансов (ОШ) с ДИ 95% с использованием однофакторной модели логистической регрессии для определения группы признаков, ассоциирующихся с наличием энтезитов. Сравнение групп с энтезитами и без энтезитов проводили с использованием $M \pm SD$, Ме [Q25; Q75], критериев Пирсона- χ^2 , Фишера, Манна — Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты/обсуждение

Энтезиты были выявлены у 295 (49%) пациентов ПсА из 603. Сравнительный анализ 2 групп пациентов с энтезитами и без энтезитов и однофакторная модель логистической регрессии выявили, что следующие исходные клинические показатели ассоциировались с наличием энтезитов: ЧБС > 5 ($p = 0,001$), ЧПС > 3 ($p = 0,001$), дактилит ($p = 0,001$), высокая активность по DAPSA ($p = 0,001$), $HAQ \geq 0,5$ ($p = 0,001$), $BSA > 10\%$ ($p = 0,001$), псориаз ногтей ($p = 0,003$), $СРБ > 10$ мг/л ($p = 0,018$), $ИМТ > 30$ кг/м² ($p = 0,02$). Пациенты с энтезитами значимо чаще имели депрессию ($p = 0,026$), метаболический синдром ($p = 0,047$), жировой гепатоз ($p = 0,017$), ОШ анализ с ДИ 95% для всех признаков представлен на рисунке.

Выводы/заключение

В реальной клинической практике энтезиты встречаются у половины больных ПсА. Наличие энтезитов ассоциируется с более тяжелым периферическим артритом, дактилитом, тяжелым псориазом кожи и ногтей, высокой активностью по DAPSA, худшим качеством жизни и наличием депрессии, метаболического синдрома и жирового гепатоза.

ПОКАЗАТЕЛИ И ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Майко О.Ю.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (Оренбург)

Введение/цель

Подагра — метаболическое заболевание, характеризующееся нарушением обмена пуринов и накоплением мочевой кислоты (МК) и уратов, с образованием кристаллов моноурата натрия и отложением их в органах мишенях. Острый подагрический артрит — крайне болезненное состояние, которое заставляет пациента обращаться к врачам поликлиники. Наиболее характерным проявлением обострения подагры является асимметричное поражение суставов стопы, прежде всего локализующееся в области первого плюснефалангового сустава (1 ПФС), суставов плюсны переднего отдела стопы и голеностопных суставов. Обострение подагрического артрита с поражением суставов стопы приводит к нарушению статической-динамической функции всей нижней конечности, выраженному ухудшению параметров КЖ больных и часто приводит к временной утрате трудоспособности. Для оценки параметров КЖ при артрите суставов стопы широко используются специальные шкалы или опросники. Стандартизированными, надежными и чувствительными опросниками, наиболее полно характеризующими функциональное состояние пациентов с заболеваниями суставов стоп при различных ревматических и травматологических заболеваниях, являются, например, FFI (Foot Functional Index), AOFAS (American Orthopedic Foot and Ankle Society scale) [6,7,8]. Универсальный опросник EQ-5D (EuroQol-5D) обладает хорошими психометрическими свойствами (надежность, валидность, чувствительность) и широко применяется при различных заболеваниях. EQ-5D представляет КЖ в виде профиля состояния здоровья с оценкой EQ-5D-индекса и ВАШ-«термометр здоровья».

Цель: оценить клинические показатели и параметры качества жизни у больных острым подагрическим артритом в амбулаторных условиях.

Материал и методы

В исследование включено 60 пациентов, обратившихся в поликлинику с обострением подагры с выраженностью болевого синдрома по 100 мм ВАШ ≥ 40 мм. Диагноз подагры устанавливали на основании критериев ACR/EULAR (2015). Гиперурикемия (ГУ) диагностировалась согласно критериям EULAR (2006) при уровне мочевой кислоты (МК) > 360 мкмоль/л. Критерии включения: возраст старше 18 лет, острый подагрический артрит длительно — не более 3 недель. В исследование не включали пациентов с тяжелой тофусной подагрой, сердечной, почечной и печеночной недостаточностью, с онкологическим анамнезом, принимающих глюкокортикоидные гормоны, колхицин. Проводилась оценка клинических показателей и параметров КЖ по опросникам AOFAS и EQ-5D на фоне инициации уратснижающей терапии в сочетании с НПВП. Аллопуринол назначался в дозе 100 мг/сут с последующим титрованием (максимально 400 мг/сут) до достижения целевого уровня мочевой кислоты (< 360 мкмоль/л).

Результаты/обсуждение

При подагрическом артрите опорных суставов стопы наряду с выраженными болевым синдромом выявлено значительное снижение параметров КЖ по опросникам AOFAS и EQ-5D. Исходно значение шкалы AOFAS составило $50,03 \pm 14,86$ балла и характеризовалось

как «неудовлетворительное» функциональное состояние пациентов. По EQ-5D умеренные или выраженные нарушения при ходьбе выявлены у 90%, затруднения при уходе за собой — у 60%, при выполнении повседневной активности — у 76,7%, у большинства (86,7%) пациентов отмечалась тревога и депрессия. Значение EQ-5D «индекса» составило $0,276 \pm 0,30$, EQ-5D, «термометр здоровья» — $48,93 \pm 10,31$ балла. На фоне терапии выявлено достоверно значимое улучшение клинических показателей и параметров КЖ. Через 4 недели у 80% отсутствовал болевой синдром и восстановлена функциональная активность, стабильность в суставах стопы, КЖ по AOFAS составило $90,11 \pm 10,83$ балла ($p=0,000233$), EQ-5D индекс — $0,812 \pm 0,1$ балла ($p=0,000293$), «термометр здоровья» — $72,22 \pm 11,14$ балла ($p=0,000438$). От приема НПВП отказалось 80%, снижение уровня МК до целевого уровня <360 мкмоль/л отмечалось у 75% пациентов.

Выводы/заключение

Применение опросников КЖ AOFAS и EQ-5D в амбулаторных условиях целесообразно использовать в качестве дополнительного инструмента оценки клинического состояния пациента и эффективности терапии, так как позволяет выявить не только физические, но и психологические изменения КЖ на фоне терапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОДОЗОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВСЕГО ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОДИСЛАЗИЕЙ ОССИФИЦИРУЮЩЕЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ

Маткава В.Г., Никишина И.П., Арсеньева С.В., Арефьева А.Н., Гасымов Э.Г., Бланк Л.М.
ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» (Москва)

Введение/цель

Фибродисплазия прогрессирующая оссифицирующая (ФОП) — генетически детерминированное ультраредкое заболевание (1:2000000), характеризующееся безудержной гетеротопической оссификацией (ГО), приводящей к тяжелой инвалидизации пациентов уже в раннем возрасте. Исключительно важно для контроля за прогрессированием ФОП использование информативных и доступных методик лучевой визуализации. Низкодозовая компьютерная томография (НДКТ) всего тела является эффективным методом мониторинга ГО, однако до настоящего времени публикаций, посвященных использованию данного метода, крайне мало, особенно у детей раннего возраста.

Цель: оценить диагностическую значимость и применимость для клинической практики НДКТ всего тела у пациентов с ФОП. Рассчитать объем ГО и сопоставить с результатами оценки функционального статуса с помощью шкалы CAJIS.

Материал и методы

НДКТ выполнялась без контрастирования, с помощью 128-срезового компьютерного томографа GE Revolution EVO. Время выполнения составило не более 2 минут. Объем ГО определялся путем сегментации каждого аксиального среза с использованием полуавтоматических алгоритмов, дополнительно для оптимизации использовалось ручное контурирование (AW Server 3.2). Объемы ГО рассчитывались отдельно для каждой области тела и суммировались для общего объема тела. Для оценки функционального статуса использовалась кумулятивная аналоговая шкала CAJIS, разработанная для ФОП.

Результаты/обсуждение

За период с июля 2022 года по май 2023 года НДКТ всего тела выполнена 12 пациентам (5 девочек/7 мальчиков) с верифицированным диагнозом ФОП. Практически все пациенты (11/12) имели классическую мутацию в гене ACVR1 с.617G>A(p.Arg206His) и характерные фенотипические стигматы (мальформация 1-х пальцев стоп), у 1 пациентки была выявлена мутация с.1067G>A(p.Gly356Asp). Средний возраст составил 12 (2; 28) лет. Средняя лучевая нагрузка составила 6,8 (3,14; 12,46) мЗв. В результате выполненного исследования объем участков ГО удалось рассчитать для 5 пациентов. Средний объем участков ГО составил 196,9 (49,7; 359,45) см³. Закономерно выявлена тенденция к нарастанию объема ГО по мере увеличения возраста пациентов. У всех пациентов были выявлены КТ-признаки множественных участков ГО в структуре мягких тканей шейной, грудной областей (12 — 100%), у 10 (83%) — в пояснично-крестцовой области, у 6 (50%) — в области верхних конечностей, у 6 (50%) — в области нижних конечностей. Неожиданной находкой стало выявление множественных ГО, не визуализируемых при рутинном рентгенологическом исследовании. Множественные анкилозы межпозвонковых суставов в шейном и грудном отделах отмечались у всех пациентов. Периферические остеохондромы были выявлены в плечевых костях у 6 (50%) пациентов, бедренных костях — у 9 (75%), большеберцовых — у 10 (83%), малоберцовых — у 2 (17%). У 6 (50%) пациентов обнаружены КТ-признаки двустороннего сакроилиита. Среди участков ГО наиболее вовлеченными отделами явились шейный и грудной, что соответствует результатам, полученным при оценке функционального статуса по шкале CAJIS. Средний балл по шкале CAJIS составил 8,9 (4; 22). По данным анализа наиболее подвержены процессу оссификации оказались структуры осевого скелета, что характерно в целом для «естественного» течения ФОП, при котором оссификация начинается с проксимальных отделов (головы, шеи, плечевого пояса и верхних отделов позвоночника), а по мере прогрессирования заболевания распространяется на дистальные отделы туловища и конечностей. Анализ степени поражения структур нижних конечностей показал меньшую вовлеченность в процесс оссификации, что коррелирует с автономностью включенных в данную выборку пациентов: все передвигались самостоятельно, никому не требовалось обеспечение дополнительными средствами опоры.

Выводы/заключение

Необходимость четкой визуализации степени прогрессирования и локализации ГО при ФОП явилось обоснованием к успешно проведенному НДКТ всего тела у 12 пациентов с этим ультра-редким заболеванием, в том числе выполненному впервые в России НДКТ всего тела у 2-летнего ребенка. Впервые в России были получены данные об объеме участков ГО всего тела, удалось задокументировать ранее невыявленные периферические остеохондромы, а также подтвердить признаки сакроилиита. Технические возможности, низкая лучевая нагрузка, быстрота и легкость выполнения, возможность визуализации очагов ГО в мягких тканях всего тела, доступность, а также корреляция с оценкой по шкале CAJIS позволяет позиционировать этот лучевой метод в качестве «золотого стандарта» для динамического наблюдения за прогрессированием ФОП.

ОСОБЕННОСТИ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ОРФАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИЕЙ

Машкунова О.В., Бердалиева А.М., Баратова А.М., Балжанов А.М., Ботабекова А.Ж.

АО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова» (Алматы)

Введение/цель

Орфанные заболевания характеризуются мультисистемностью и полиорганностью поражения. Одним из характерных и манифестных синдромов является суставной синдром, поэтому клинический дебют орфанных заболеваний попадает в поле зрения ревматологов. Наиболее ярко костно-мышечные проявления наблюдаются при болезни Фабри, мукополисахаридозах и других генетически детерминированных редких заболеваниях. Болезнь Фабри — это орфанное, прогрессирующее мультисистемное, с X-сцепленным рецессивным типом наследования, опосредованное мутацией гена лизосомального фермента α -галактозидазы А, в результате которого снижается ее активность и происходит накопление гликофинголипидов в различных органах и тканях. Основными мишенями поражения являются костно-мышечная, сердечно-сосудистая, мочевыделительная и нервная системы, органы зрения и слуха.

Цель: продемонстрировать случай болезни Фабри, в дебюте которого наблюдались скелетно-мышечные проявления, описать особенности тактики противовоспалительной и анальгетической терапии.

Материал и методы

С использованием стандартных методов диагностики, согласно международному клиническому протоколу, путем измерения активности α -галактозидазы А методом тандемной масс-спектрометрии с ионизацией, распылением в высушенных каплях крови и путем молекулярно-генетического секвенирования мутации в гене, кодирующего α -галактозидазу А, у пациента выставлен диагноз болезни Фабри.

Результаты/обсуждение

Пациент Р., 40 лет, госпитализирован с предварительным диагнозом: серонегативный ревматоидный артрит, хроническая болезнь почек (ХБП) G2A1 (СКФ — 70 мл/мин/м² по EPI) с жалобами на ноющие боли и припухлость в симметричных крупных и мелких суставах без хроноритмов, в мышцах нижних и верхних конечностей, на жгучие, выраженные, приступообразные боли в ладонях, стопах, похолодание, побеление пальцев рук и ног с нарушениями чувствительности в дистальных отделах нижних конечностей, с лихорадочными кризами до 38,5 °С. В анамнезе — частый прием нестероидных противовоспалительных препаратов с минимальной эффективностью. Клинико-инструментальное обследование выявило: множественные ангиокератомы на ягодицах, бедрах, на слизистой губ ротовой полости, в околопупочной области, повышение АД до 160/110 мм рт. ст., синдром Рейно, полинейропатию в виде акропарестезий, выраженную гипертрофию левого желудочка на ЭхоКГ, ЭКГ, спцеобразное помутнение роговицы, хориосклероз, креатинин — 150 ммоль/л. Отклонений в других биохимических и иммунологических значениях не наблюдалось. Характерные ангиокератомы, лихорадочные кризы Фабри, акропарестезии, негативные иммунологические маркеры на системные заболевания заставили заподозрить болезнь

Фабри, которая была подтверждена результатами генетических анализов: снижение лизосомной активности фермента: α -галактозидазы — 0,2 $\mu\text{mol/l/h}$ (cut-off value 1,2) и обнаружение стоп-мутации гена с/[313A T] (p.[R105*]). Для купирования выраженного болевого синдрома скелетно-мышечных проявлений и акропарестезий, с учетом нефротоксичности НПВП, лихорадочных кризов назначены глюкокортикостероиды (дексаметазон), прегабалин, антидепрессанты, что привело к купированию болевого синдрома и лихорадки.

Выводы/заключение

Особенностями клинических проявлений скелетно-мышечной боли при болезни Фабри является сочетание с полиорганностью поражения: кожи в виде ангиокератом, периферической нервной системы в виде акропарестезий, сердца в виде гипертрофии левого желудочка, органа зрения, лихорадочным синдромом при негативных острофазовых и иммунологических маркерах воспаления. Предпочтительными препаратами для купирования скелетно-мышечных проявлений являются антиконвульсанты (прегабалин, карбамазепин, габапентин), НПВП с учетом их нефротоксичности, в сочетании с глюкокортикостероидами, антидепрессантами. При этом основным патогенетическим лечением болезни Фабри является применение фермент-заместительной терапии агалсидазой альфа или агалсидазой бета, которая с течением времени приводит к исчезновению скелетно-мышечных проявлений.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ С ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ РИТУКСИМАБА И БЕЛИМУАБА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Меснянкина А.А., Никишина Н.Ю., Асеева Е.А.
ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» (Москва)

Введение/цель

Оценить эффективность комбинированной терапии с применением ритуксимаба (РТМ) и белимуаба (БЛМ) у пациентов с СКВ при длительном наблюдении.

Материал и методы

12 пациентов с достоверной СКВ высокой и средней степени активности заболевания, из них 9 — с кожно-суставными проявлениями, у других зарегистрировано поражение почек, периферической нервной системы, васкулит. Пациенты получали РТМ в дозе 500–2000 мг с премедикацией 6-метилпреднизолона, а затем назначался БЛМ по стандартной схеме 10 мг/кг 1 раз в месяц. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от времени оценки отдаленных результатов. В первой группе были проанализированы данные через 7–9 лет от инициации генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) (4 человека). Во второй группе из 8 пациентов через 2–4 года. Проводилась оценка эффективности и переносимости терапии, активности СКВ, а также дозы пероральных глюкокортикоидов (ГК).

Результаты/обсуждение

На фоне комбинированной терапии через год клинико-иммунологический ответ был получен у 11 из 12 пациентов (исходно Me SLEDAI-2K составляла 10 [9,5; 14,5] баллов, через 6 и 12 месяцев после инициации БЛМ Me составляла 4 [2; 6] балла, $p < 0,008$). Пациенты, которые начали получать ГИБП в срок от 0–2 лет с момента дебюта СКВ, лучше отвечали на терапию, было достигнуто более

значимое улучшение клинико-лабораторных показателей. В последующем терапия БЛМ была ограничена, в среднем, двумя годами с достижением стойкой ремиссии. Терапия ГИБП позволила использовать средние и низкие дозы глюкокортикоидов (ГК) в качестве инициирующей терапии при обострении СКВ с последующим их снижением в динамике. Клиническая ремиссия была достигнута и сохраняется у 7 пациентов, у троих обострение наблюдалось через разные сроки после отмены ГИБП, ускользание эффекта у одного больного, и еще у одного не было эффекта на комбинированной терапии.

Выводы/заключение

Достижение наиболее выраженного положительного результата можно предполагать у пациентов, которым терапия ГИБП инициируется как можно раньше от момента постановки диагноза (0–2 года). Инфузии БЛМ желательно проводить согласно рекомендациям 1 раз в месяц, без длительных перерывов между введениями в течение не менее 2 лет, а, по возможности, продолжаться длительное время до достижения стойкого эффекта. Применение низких доз ГК и их отмена — вполне реальная и достижимая цель, однако требуется тщательный мониторинг пациентов с целью выявления ранних симптомов обострения.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

**Мехтиев П.С., Гусейнов Н.И., Ахмедова Н.М.,
Акберов А.М.**

Азербайджанский медицинский университет (Баку)

Введение/цель

Аксиальный спондилит (АксС) занимает важное место среди серонегативных спондилоартритов. Однако вопросы окончательного лечения данного заболевания еще не разрешены полностью. Нафталанотерапия обеспечивает противовоспалительный, обезболивающий и иммуномодулирующий эффекты, улучшает функции суставного аппарата и циркуляцию крови, а также активизирует ферментативные процессы.

Цель: изучение эффективности нафталановой аппликации в комплексной физиотерапии у пациентов с АксС.

Материал и методы

В рамках исследования были проведены лечебно-реабилитационные мероприятия с участием 102 пациентов, страдающих АксС. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от применяемого метода лечения. Обе группы получали амплипульс, лечебную физкультуру (ЛФК) и массаж на пораженные сегменты позвоночника. Пациенты группы I ($n=60$) дополнительно получали местное комплексное лечение, включающее нафталановую аппликацию на пораженный область позвоночника. Все пациенты обеих групп получали фоновую терапию — нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Влияние местной терапии на эволюцию патологического процесса было изучено на основе динамики клинических и лабораторных показателей (СОЭ, СРП, иммуноглобулины) до и после проведенного лечения.

Результаты/обсуждение

Проведенное комплексное физиолечение с применением нафталановой аппликации (амплипульс, массаж и ЛФК) у пациентов с АксС дало значительные положительные результаты по сравнению с пациентами,

не получавшими нафталанотерапию (II группа, $n=42$). У подавляющего числа пациентов, получавших комплексное физиолечение, наблюдалось отчетливое улучшение их состояния: было отмечено уменьшение болевого синдрома, снижение скованности и увеличение объема движений в позвоночнике. А также большинство пациентов смогло уменьшить дозу или полностью отказаться от приема НПВП. Клиническая картина заболевания тесно коррелировала с лабораторными данными, что свидетельствует о снижении активности воспалительного процесса у пациентов, получавших комплексные физиопроцедуры. Более того, улучшение состояния у пациентов этих групп наблюдалось в более ранние сроки по сравнению с пациентами, не получавшими такого вида лечения. Эти результаты подтверждают эффективность нафталанотерапии в комплексе физиотерапией АксС. Местное применение нафталанской нефти на область позвоночника в сочетании с амплипульсом, массажем и ЛФК способствует улучшению функционального состояния пациентов и снижению воспалительного процесса.

Выводы/заключение

В результате проведенного исследования были уточнены показания и разработана комплексная методика физиотерапевтического лечения с использованием нафталанотерапии в сочетании с амплипульс-терапией, массажем и ЛФК у пациентов с АксС. Таким образом, на основании результатов исследования можно сделать вывод об эффективности и показаниях к применению методики физиотерапии с использованием нафталана в комплексном лечении пациентов с АксС. Эти данные позволяют расширить возможности лечения и повысить качество жизни пациентов, страдающих данной патологией.

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМАД У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ, ДРУГИМИ АРТРИТАМИ И С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

**Михневич Э. А., Лемешевская С.С., Хомец Д.О.,
Головко Т.Г.**

*Белорусский государственный медицинский
университет (Минск)*

Введение/цель

Сравнить показатели суточного мониторингирования артериального давления (СМАД) пациентов с подагрой и группой пациентов с другими артритами, а также с группой пациентов с эссенциальной АГ (ЭАГ).

Материал и методы

В ретроспективное исследование было включено 185 пациентов, госпитализированных в отделение ревматологии 11 ГКБ с 01.01. 2014 г. по 31. 12.2020 г. Исследуемую группу 1 ($n=102$) составили пациенты с подагрой (АКР, 1977 год). Группы сравнения составили: группа 2 ($n=50$) — пациенты с другими артритами, отличными от подагрического: остеоартроз ($n=25$), реактивный артрит ($n=14$), ревматоидный артрит ($n=6$), псориатический полиартрит ($n=5$). Для включения в исследование учитывалось наличие АГ, проведение СМАД в период разрешения артрита и прием средних терапевтических доз НПВС. В группу 3 ($n=33$) вошли пациенты с ЭАГ без признаков поражения суставов. Пациенты всех групп были сопоставимы по полу и возрасту ($p > 0,05$). Только пациенты с ЭАГ были наиболее привержены к антигипертензивной терапии в отличие от пациентов с подагрой ($\chi^2=22,7$; $p > 0,001$). Пациенты

с подагрой, постоянно принимающие базисную гипотензивную терапию (ГУТ), составили 11,8% ($n=12$), гиперурикемия наблюдалась у большинства пациентов в отличие от группы 2 ($\chi^2=68,08$; $p<0,001$).

Результаты/обсуждение

В изучаемой группе определялись более высокие значения среднего систолического АД (САД) за сутки ($p 0,01$), за день ($p 0,01$) и за ночь ($p 0,05$) в сравнении с группой ЭАГ. При оценке среднего диастолического АД (ДАД) его медианы превышали таковые группы ЭАГ за сутки ($p 0,01$) и в дневное время ($p 0,001$) также при сравнении с группой ЭАГ. В основной группе отмечались более высокие показатели индекса времени гипертонии в отличие от группы других артритов по медианам САД за сутки ($p 0,05$), в дневное ($p 0,05$) и ночное время ($p 0,05$). По значениям ДАД отличий между группами не выявлено ($p 0,05$). Отличия между основной группой и группой ЭАГ наблюдались по всем показателям САД — за сутки ($p 0,01$), за день ($p 0,01$) и всеми показателями ДАД — за сутки ($p 0,01$), за дневные ($p 0,001$) и ночные часы ($p 0,05$). Группе пациентов с подагрой была свойственна высокая вариабельность ДАД за сутки ($p 0,01$), в течение дня ($p 0,01$) и ночи ($p 0,01$) в отличие от пациентов с другими артритами. Отличий по САД не наблюдалось. При оценке степени ночного снижения (СНС) во всех изучаемых группах выявлено нарушение суточного профиля САД и ДАД. Доля пациентов с нормальной СНС по САД (дипперы) в трех группах была сравнима ($p>0,05$). В свою очередь, дипперы по ДАД основной группы встречались реже, чем во 2-й группе ($\chi^2=6,66$; $p 0,01$). Соответственно, нарушения СНС по ДАД в исследуемой группе встречались чаще ($\chi^2=7,56$; $p 0,01$).

Выводы/заключение

У пациентов с подагрой и сопутствующей АГ изучение показателей СМАД свидетельствуют в пользу более тяжелого течения АГ, чем при других артритах и ЭАГ. Одним из самых важных факторов неблагоприятного течения АГ при подагре является неконтролируемая ГУЕ. Все это требует более активной тактики в назначении рациональной ГУТ как базисной и в лечении АГ у пациентов с подагрой.

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОСЛЕ COVID-19, ВЫЗВАННОГО ШТАММОМ ОМИКРОН И БОЛЕЕ РАННИМИ ШТАММАМИ

Мухамадиева В.Н.¹, Абдулганиева Д.И.^{1,2}, Шамсутдинова Н.Г.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (Казань);

² ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» (Казань)

Введение/цель

Все вирусы, включая SARS-CoV-2, вызывающий COVID-19, со временем накапливают мутации, которые могут влиять на их свойства, например на скорость распространения, тяжесть связанных с их заболеваний, эффективность вакцин и терапевтических препаратов. Штамм Омикрон вируса SARS-CoV-2 быстрыми темпами стал доминирующим вариантом. Отличительными свойствами нового штамма являются более короткий инкубационный период (1–5 сут.), высокая контагиозность и относительно легкое течение заболевания. В литературе отмечено снижение количества госпитализаций и смертности среди пациентов с РЗ, зараженных COVID-19 более поздними штаммами. Остается малоизученным вопрос отдаленных последствий

среди пациентов с РЗ, перенесших COVID-19 более ранними штаммами и штаммом Омикрон.

Цель: сравнить течение постковидного синдрома среди пациентов с ревматоидным артритом (РА) после COVID-19, вызванного более ранними штаммами и штаммом Омикрон.

Материал и методы

С марта 2020 по сентябрь 2022 года находились под наблюдением 185 пациента с РА, перенесших НКИ, с подтвержденным результатом ПЦР SARS-CoV-2 и/или с помощью рентгеновской компьютерной томографии (КТ) легких. Среди них 141 человек перенесли COVID-19 с марта 2020 г. по ноябрь 2021 г. (ранние штаммы) и 44 человека с ноября 2021 г. по сентябрь 2022 г. (штамм Омикрон). 162 (87,5%) лиц женского пола, 23 (12,4%) — мужского. Средний возраст пациентов, перенесших ранние штаммы COVID-19 составил $59,4\pm 9,7$ года, штамм Омикрон — $61,3\pm 9,3$ года. Средняя продолжительность РА у пациентов с ранними штаммами и штаммом Омикрон составил $11,05\pm 7,0$ и $10,09\pm 6,1$ года соответственно. Оценка наличия постковидного синдрома (ПКС) проводилась через 3 и 6 месяцы после перенесенного COVID-19. Для выявления клинических симптомов, характерных для ПКС, нами применялся опросник, используемый в рамках углубленной диспансеризации для граждан, перенесших COVID-19.

Результаты/обсуждение

Среди пациентов, перенесших ранние штаммы COVID-19 в постковидный период, опрошено 29 человек на 3-й месяц, на 6-й месяц — 43 человека. После перенесенного COVID-19, штамм Омикрон, опрошен 31 человек на 3-й месяц и 51 человек на 6-й месяц. Согласно результатам анкетирования, сохранение или появление симптомов после перенесенной НКИ отметили 84,3% пациентов, причем у всех было сочетание не менее 3 различных групп симптомов. Существенное снижение качества жизни и работоспособности на 3-й месяц среди пациентов с РА, перенесших ранние штаммы и штамм Омикрон отметили 51,7 и 32,2% человек соответственно, к 6-му месяцу данный показатель снизился до 16,2% и 7,84%. Жалобы на усиление одышки и снижение переносимости физической нагрузки преобладали среди пациентов, перенесших ранние штаммы COVID-19 по сравнению с штаммом Омикрон на 3-й месяц — 75,8 против 32,2%, на 6-й месяц — 60,4 против 19,6% ($p<0,005$) соответственно. Следует отметить, что КТ-верифицированное поражение легких чаще обнаруживалось у пациентов, перенесших ранние штаммы 99 (46,2%), 14 (31,8%), перенесших штамм Омикрон. Оценивая вклад COVID-19 на проявление усталости, мышечных болей, головной боли, дисавтономии было выявлено увеличение количества жалоб среди пациентов с ранними штаммами — с 82,7% на 3-й месяц до 83,7% к 6-му месяцу. Среди пациентов с штаммом Омикрон выявлено снижение общеконституциональных симптомов с 70,9% на 3-й месяц до 58,8% на 6-й месяц. Среди пациентов с РА самой частой жалобой после перенесенного COVID-19 остается боль в суставах (артралгии). Так, по результатам анкетирования, среди пациентов с ранними штаммами и штаммом Омикрон артралгии на 3-й месяц встречались с частотой 89,6 и 71% соответственно ($p<0,005$), на 6-й месяц — 79 и 56,8% соответственно ($p<0,005$).

Выводы/заключение

У пациентов с РА отмечается сохранение постковидных проявлений, причем в первую очередь за счет

суставных и общеконституциональных симптомов от 3 до 6 месяцев после перенесенной НКИ. Среди пациентов с РА жалобы, характерные для постковидного синдрома, чаще регистрировались у пациентов с ранними штаммами по сравнению с штаммом Омикрон на протяжении полугода после перенесенной НКИ.

РОЛЬ ПОВТОРНОЙ БИОПСИИ ПОЧКИ ПРИ ВОЛЧАНОЧНОМ НЕФРИТЕ

**Никишина Н.Ю., Асеева Е.А., Меснянкина А.А.,
Соловьев С.К.**

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

Введение/цель

Продemonстрировать клиническое значение биопсии почки у пациентов с волчаночным нефритом для персонализированного подбора терапии

Материал и методы

Пациентка К., 1991 г.р., наблюдается в Институте ревматологии им. В.А. Насоновой с достоверным диагнозом СКВ (по критериям SLICC ACR 2012) с 2012 г., дебют заболевания с суставного, кожного синдрома, лейкопении. При обследовании выявлены иммунологические нарушения: анти-ДНК, АНФ, АТ к Sm проводилось лечение гидроксихлорохином 400 мг/сут – 200 мг/сут, глюкокортикостероидами (ГКС) в дозе 16мг/сут, со снижением до 4 мг/сут и полной отменой в 2019 г. в связи с клинико-лабораторной ремиссией заболевания. Ухудшение состояния в декабре 2020 г. – артриты суставов кистей и стоп, развитие волчаночного нефрита. 02.2021 г. – госпитализация в ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой», при обследовании повышение АТ к dsДНК, АНФ, RNP-70, аКЛ, аБета-2-ГП-1, снижение С3, С4, снижение лейкоцитов до 2,8 тыс, лейкоцитурия, эритроцитурия, суточная протеинурия 0,8 гр/сут. Проведена биопсия почки с иммунофлюоресценцией выявлен диффузно пролиферативный гломерулонефрит с 11% сегментарных фиброзно-клеточных полулуний. Индекс активности – 5. Индекс хронизации – 1. Учитывая молодой возраст, высокую активность заболевания (SLDAI 2K=206.), быстрое прогрессирование заболевания, развитие жизнеугрожающего состояния больной, обусловленного поражением почек (IV класс волчаночного нефрита), в рамках госпитализации проведена пульс-терапия 6-метилпреднизолоном (суммарная доза 4 гр.) совместно с циклофосфамидом (суммарная доза 600 мг), инициирована терапия ритуксимабом, микофенолатом мофетилем 2000 мг/сут, увеличена доза пероральных ГКС до 25 мг/сут, гидроксихлорохином 400 мг/сут, антикоагулянтная терапия. В дальнейшем пациентка получала каждые 6 месяцев инфузию ритуксимабом (суммарная доза 4000 мг), снижена доза пероральных ГКС до 5 мг/сут, продолжала прием микофенолата мофетила, гидроксихлорохина. На фоне проводимой терапии удалось купировать проявления волчаночного нефрита, иммунологическую активность заболевания, достигнута ремиссия (SLEDAI 2K-0). Через 24 месяца для решения вопроса о необходимости продолжения иммуносупрессивной терапии проведена повторная нефробиопсия (без осложнений) выявлен Мезангиопротеративный гломерулонефрит (II кл.) Индекс активности – 0. Индекс хронизации – 0. В связи с морфологически подтвержденным отсутствием активного ВН было принято решение об отмене ГИБП, снижение микофенолата мофетила и ГКС.

Результаты/обсуждение

В виду отсутствия маркеров, достоверно отражающих гистопатологию почек при СКВ, повторная биопсия почки позволяет оценить степень активности ВН, начальную фазу иммуносупрессивной терапии и принять решение о дальнейшей ее коррекции.

Выводы/заключение

Биопсия почки остается золотым стандартом для установления диагноза ВН и определения клинического ведения больного. Позволяет провести дифференциальную диагностику в клинически сложных случаях, подобрать адекватную терапию исходя из морфологической формы поражения почек и избежать необоснованного назначения глюкокортикостероидов и цитостатиков.

БЕССИМПТОМНАЯ ГИПЕРФОСФАТЕМИЯ У ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Овчаренко А.М., Ершова О.Б.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России (Ярославль)

Введение/цель

Гиперфосфатемия, часто протекая бессимптомно, способна вызвать большое количество неблагоприятных последствий, таких как вторичный гиперпаратиреоз, приводящий к остеопорозу и остеомалиции, ускорение прогрессирования атеросклероза, развитие мочекаменной болезни и другие. Все это диктует необходимость своевременного выявления и устранения причин гиперфосфатемии. Как правило, этиология связана с нарушением функции почек. Реже встречаются такие причины, как вторичный гиперпаратиреоз, гипопаратиреоз, ожоговая травма, метаболический и дыхательный ацидоз, рабдомиолиз, синдром лизиса опухоли, акромегалия, избыточное поступление фосфора с пищей, лечение бисфосфонатами, фосфатсодержащими слабительными или антацидами.

Цель: анализ возможных причин бессимптомного повышения уровня фосфора в крови у молодых здоровых добровольцев.

Материал и методы

В рамках научной работы обследованы 79 молодых здоровых добровольцев мужского (36) и женского (43) пола в возрасте от 18 до 35 лет включительно. Выполнены биохимический анализ крови с определением общего белка, креатинина, глюкозы, 25-ОН витамина D, СРБ, общего кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, тиреотропного гормона (ТТГ), тестостерона, липидного спектра, СТХ в сыворотке крови, а также двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA), эхокардиография, электрокардиография в период с 20.03.2023 г. по 05.05.2023 г.

Результаты/обсуждение

Среди 79 молодых здоровых добровольцев у 8 обследованных (5 мужчин и 3 женщин) выявлено повышение уровня фосфора в сыворотке крови более 1,45 ммоль/л, на фоне сохраненной функции почек (СКФ-ЕРІ>90 мл/мин/м²). Обращают внимание нормальные значения кальция в 7 из 8 представленных случаев. Отклонения уровня паратгормона обнаружены у 3 из 8 добровольцев: в 2 случаях диагностирован гиперпаратиреоз, а также у одного обследованного выявлен гипопаратиреоз. Следует отметить, что в 7 из 8 случаев имели место дефицит или недостаточность витамина D. Согласно результатам DXA, у 7 из 8 обследованных минеральная плотность костной ткани соответствовала возрасту. При этом

у одного добровольца Z-критерий по позвоночнику (L1-L4) составил -2,0; Z-критерий по бедру — 0,9. Вероятно, данные изменения могли быть обусловлены дефицитом витамина D (6,72 нг/мл) и не связаны с гиперфосфатемией. По результатам эхокардиографии и электрокардиографии существенной патологии у обследуемых не выявлено. При тщательном расспросе было выяснено, что все 8 добровольцев с гиперфосфатемией регулярно используют электронные системы доставки никотина и системы нагревания табака. Всего среди 79 участников исследования используют такие электронные системы 32 добровольца, что составляет 40,51%. При этом у 24 (75,0%) из них показатели фосфора соответствовали референсным значениям, однако каждый четвертый из пользователей электронных систем имел гиперфосфатемию. Известно, что при работе электронных систем доставки никотина и систем нагревания табака, преимущественно выделяются водяной пар, диоксид углерода, пропиленгликоль, глицерин и акролеин. Вероятно, в условиях постоянного использования инновационных систем доставки никотина и систем нагревания табака, в организм человека поступает избыточное количество диоксида углерода, что способствует развитию хронического респираторного ацидоза, как одной из возможных причин повышение уровня фосфора в крови человека. При этом умеренные компенсированные ацидозы протекают без выраженных клинических симптомов.

Выводы/заключение

Независимо от этиологии, гиперфосфатемия имеет отдаленные последствия. Повышенный уровень фосфора стимулирует связывание ионизированного кальция с фосфатами и снижение концентрации кальция в плазме крови. Гипокальциемия усиливает секрецию паратиреоидного гормона. Развивается вторичный гиперпаратиреоз, усиливается костная резорбция, ведущая к остеопорозу, остеомалиции и переломам; нарушается концентрационная и фильтрационная функции почек; образуется нефролитиаз/нефрокальциноз; поражается слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки и желудка; формируются панкреатит и панкреокалькулез. Представляется неизученным влияние длительного использования электронных систем доставки никотина и систем нагревания табака на здоровье человека в целом и, в частности, на фосфорно-кальциевый обмен, а также последствия, возможно индивидуальные, использования данных инновационных систем.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ АБСОРБИОМЕТРИИ

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

¹ Медицинский институт ТулГУ (Тула)

² ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (Москва)

Введение/цель

Как известно, перелом позвонка — это не только основное проявление остеопороза, но и важный предиктор последующих переломов. В то же время выявляемость переломов позвонков остается крайне низкой, у большинства пациентов переломы данной локализации могут не проявляться клинически, а болевой синдром служит отнюдь неспецифичным синдромом.

Цель: оценить частоту выявления переломов позвонков при обследовании женщин в постменопаузе методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA).

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов ($n=65$), направленных ревматологом в кабинет денситометрии. Исследование проводилось на рентгеновском костном денситометре Lunar Prodigy Series, включало измерение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) и проксимальном отделе бедренной кости, а также оценку переломов позвонков (VFA) на уровне Th6-L4 методом автоматизированной морфометрии и с помощью визуального анализа по полуколичественному методу Дженанта. В случае выявления переломов их наличие подтверждалось с помощью компьютерной томографии (КТ).

Результаты/обсуждение

Средний возраст пациенток ($n=65$) составил $69,7 \pm 1,6$ года, масса тела — $80,2 \pm 2,0$ кг, по результатам подсчета FRAX 10-летний абсолютный риск основного остеопорозного перелома составил $10,8 \pm 0,6$, перелома проксимального отдела бедренной кости — $2,1 \pm 0,2$. T-критерий в шейке бедренной кости составил $-1,3 \pm 0,1$ CO, T-критерий total hip (общий показатель бедренной кости) равен $-0,6 \pm 0,1$ CO, T-критерий L1-L4 равен $-0,6 \pm 0,2$ CO. Частота выявления переломов позвонков на уровне Th6-L4 составила 46,1% (30 человек), из них наличие двух переломов одновременно выявлено у 10 человек, наличие трех переломов — у 3 человек. В структуре переломов наиболее часто поражались Th12 (30%), L2 (26,6%), L3 (30%) позвонки. В группе пациенток с выявленными переломами позвонков T-критерий в шейке бедренной кости составил $-1,6 \pm 0,1$ CO, T-критерий total hip равен $-1,0 \pm 0,2$ CO, T-критерий L1-L4 равен $-1,0 \pm 0,2$ CO. Подавляющее большинство пациенток с выявленными переломами (88%) предъявляли жалобы на хроническую боль в спине.

Выводы/заключение

1. Частота выявления переломов позвонков у женщин в постменопаузе на высоком уровне — 46,1%, такой высокий процент может объясняться включением в исследование преимущественно пациенток с болью в спине. 2. Чаще выявлялись переломы Th12, L2-L3 позвонков. 3. У пациенток с выявленными переломами позвонков значение минеральной плотности костной ткани не соответствует критериям остеопороза (T-критерий более -2,5 CO). 4. Дополнительная программа «оценка переломов позвонков» при проведении двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии может быть рекомендована пациентам с хронической болью в спине.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РА ГИДРОКАРБОНАТНОЙ НАТРИЕВО-КАЛЬЦИЕВОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ ТИБ-1 В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА КРЫСАХ ЛИНИИ WISTAR
Пухова Е.Г., Скупневский С.В., Бадтиев А.К., Руруа Ф.К.

Институт биомедицинских исследований — филиал ФГБУН «Владикавказский научный центр РАН» (Владикавказ)

Введение/цель

Использование широкого спектра лекарственных средств в терапии ревматоидного артрита не всегда позво-

ляет добиться основной цели — полной ремиссии и ее поддержания. Доказано, что применение бальнеологических методов на фоне основного лечения способствует повышению эффективности лечения заболеваний костно-мышечной системы.

Цель: оценить саногенетический эффект природной минеральной воды Тиб-1 в эксперименте на животных с модельным аутоиммунным ревматоидным артритом.

Материал и методы

Исследование проводили на самцах крыс линии Wistar, разделенных на 3 группы по 8 животных в каждой. В группе негативного контроля животные обрабатывались растворителями согласно схеме и объемам модельной и опытной групп. В модельной группе позитивного контроля формировали аутоиммунный ревматоидный артрит (РА) субкутанным введением полного адьюванта Фрейнда из расчета 0,1 мл на 200 г массы тела (м.т.) в заднюю конечность животного. В опытной группе аналогично формировали модель РА и одновременно осуществляли коррекцию дегазированной природной минеральной водой Тиб-1, разведенной дистиллированной водой в соотношении 1:3. Через 2 недели свободного доступа крыс к еде и питью раствор минеральной воды заменяли на питьевую воду, на которой содержались животные в последующие 5 недель. Мониторинг клинико-лабораторных показателей осуществляли в динамике на 3-й и 7-й неделях. Определяли общее количество лейкоцитов (анализатор Mythic 22, Польша); содержание гидроперекисей в плазме (ГП) по Гаврилову, содержание малонового диальдегида в эритроцитах по реакции с тиобарбитуровой кислотой; активность каталазы (КТ) по методу спектрофотометрического измерения кинетики распада перекиси водорода при длине волны 230 нм (Т. Beutler). Контроль за эффективностью коррекции осуществляли рентгеновским исследованием суставов (аппарат EcorayUltra 300V, Корея). Нормальность распределения случайных величин оценивали по *W*-критерию Шапиро — Уилка и в случае подтверждения нормальности выборки сравнение гипотез осуществлялось по *t*-критерию Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Расчеты проводили в программе Excel, входящей в пакет Microsoft Office 2016.

Результаты/обсуждение

В модельной группе к 3-й неделе с момента формирования патологии количество лейкоцитов в крови повышалось на 66% на фоне негативного контроля. При переходе воспалительного процесса в хроническую стадию (7-я неделя) наблюдали снижение иммунных клеток до 43%. При среднесуточном потреблении Тиб-1 в количестве 1,57 мл на 1 кг м.т. (пересчет на неразбавленную минеральную воду) острота воспалительной реакции, оцениваемая количеством лейкоцитов, снизилась статистически значимо к 3-й неделе на 41% по сравнению с позитивным контролем, к 7-й неделе различия нивелировались. Содержание вторичных продуктов ПОЛ в крови — тиобарбитурат-активных соединений в условиях модельной патологии значимо повысились на 60% к 3-й неделе и на 67% по завершении эксперимента (7 недель). Употребление животными минеральной воды способствовало: 1) снижению маркера ПОЛ у опытных животных на фоне модельных на 26% в середине, и на 20% к окончанию эксперимента; 2) повышению уровня антиоксидантной защиты, который выразился статистически значимым ростом активности КТ относительно группы позитивного контроля на 8,3% (7-я неделя

эксперимента). Поскольку недостаток остеоссоциированных микроэлементов, представленных в составе минеральной воды Тиб-1 (железо, марганец, цинк, медь и условно эссенциальный элемент литий) диагностируется у больных с патологией соединительной ткани, саногенетический эффект, зафиксированный в эксперименте, может быть обоснован поступлением данных жизненно важных элементов в организм опытных животных при ее потреблении. Являясь кофакторами активного центра ферментов антиоксидантной защиты (железо — каталаза; медь, цинк или марганец — супероксиддисмутаза; медь — церулоплазмин), микроэлементы способствуют утилизации активных форм кислорода, купированию оксидативного стресса, ассоциированного с хроническим воспалением при индуцированном аутоиммунном РА. Рентгенограммы животных негативного контроля зафиксировали отсутствие патологических изменений в тазобедренных суставах. У крыс модельной группы отмечалось уплотнение головок бедренных костей, неравномерное сужение суставных щелей, симметричный субхондральный склероз головок костей. У крыс опытной группы наблюдалась подчеркнутость суставных поверхностей кости тазобедренного сустава, незначительное сужение суставной щели. Признаков субхондрального склероза не выявлено.

Выводы/заключение

Поскольку корректирующий эффект природной минеральной воды «Тиб-1» в лабораторном эксперименте на крысах линии Wistar опосредован снижением острой воспалительной реакции в процессе формирования адьювант-индуцированного РА, что проявилось нормализацией баланса про- и антиоксидантных процессов в организме и значительным снижением дегенеративно-воспалительных поражений суставов, с целью повышения эффективности коррекции клинических проявлений РА возможно рекомендовать введение курсового приема гидрокарбонатной натриево-кальциевой минеральной воды Тиб-1 больным с патологией соединительной ткани.

ОЦЕНКА РИСКА ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПО ШКАЛЕ FRAX У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ИБС) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДОГРАММЫ

Раскина Т.А.¹, Летаева М.В.¹, Григорьева И.И.², Аверкиева Ю.В.¹

¹ ФГБОУ ВО КемГУ Минздрава России (Кемерово);

² ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая больница № 4»

Введение/цель

Оценить риск остеопоротических переломов по шкале FRAX в зависимости от показателей липидного спектра крови у мужчин с ИБС.

Материал и методы

Обследованы 93 мужчины старше 50 лет (средний возраст — 60,8±6,9 года) с ИБС, верифицированной методом коронароангиографии. На основании информации о наличии клинических факторов риска остеопоротических переломов и данных денситометрии (Excell XR-46, NORLAND, США), у всех включенных в исследование пациентов использовали калькулятор FRAX для количественной оценки вероятности основных остеопоротических переломов и переломов проксимального отдела бедра в ближайшие 10 лет.

Определяли концентрацию общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности (ХС ЛВП и ХС ЛНП) в сыворотке крови спектрофотометрическим методом.

Результаты/обсуждение

Десятилетний абсолютный риск основных остеопоротических переломов по FRAX составил $9,88 \pm 7,22$, риск перелома проксимального отдела бедра — $3,97 \pm 6,27$ — у всех включенных в исследование пациентов. Дислипидемия обнаружена у большинства мужчин с ИБС (95,7% пациентов): гиперхолестеринемия — 76,3%, повышенный уровень ХС ЛНП — 81,7% больных, гипертриглицеридемия — 49,5% случаев, уменьшение концентрации ХС ЛВП — 44,1%. Результаты корреляционного анализа выявили достоверную прямую корреляционную зависимость между уровнем ОХС и риском переломов бедра по FRAX ($r=0,21$; $p=0,050$). Для других показателей липидограммы корреляционная связь с остеопоротическими переломами отсутствовала.

Выводы/заключение

Гиперхолестеринемия ассоциируется с повышенным риском остеопоротических переломов по шкале FRAX у мужчин с ишемической болезнью сердца.

БОЛЬНЫЕ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ С НАЧАЛА ВЕКА? ВЗГЛЯД ИЗ РЕГИОНА

Речкина Е.В., Коновалов К.М., Коршунов Н.И.
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России (Ярославль)

Введение/цель

За последние четверть века произошли существенные изменения как в диагностике, так и в лечении ревматических заболеваний. Представляет большой интерес, насколько это отразилось на региональном уровне, в частности повлияли ли эти изменения на структуру госпитализированных больных и основные показатели работы ревматологического отделения.

Цель: выяснить различия при сравнении структуры госпитализированных больных в 1998 и 2021 гг., а также роль диагностических, лечебных и организационных мер, повлиявших на эти изменения.

Материал и методы

Проанализирован архивный материал (истории болезни пациентов, выписанных из ревматологического отделения ГБУЗ ЯО ОКБ за 1998 и 2021 гг. — 822 и 875 соответственно) с составлением базы данных, подвергнутой в дальнейшем статистическому анализу.

Результаты/обсуждение

За указанный период отмечено существенное изменение структуры госпитализированных больных: 1) уменьшение доли больных ревматоидным артритом и остеоартритом (с 31,2 до 19,4% и с 22,0 до 4,6% соответственно); 2) рост диффузных болезней соединительной ткани (с 5,6 до 26,3%), спондилоартритов (с 11,6 до 28,9%), системных васкулитов (с 3,0 до 12,6%); 3) исчезновение больных с ревматическими пороками сердца и т.н. остеохондрозом, а также существенное снижение «непрофильных» больных (с 8,8 до 0,9%); 4) появление ранее не встречавшихся нозологических форм (смешанное заболевание соединительной ткани, первичный антифосфолипидный синдром, JgG4-связанное заболевание, RS3PE-синдром и др., а также недифференцированных форм ревматических заболеваний (воспалительная артропатия/недифференцированный

артрит, синдром неполной красной волчанки, недифференцированное заболевание соединительной ткани), часть из которых индуцирована новой коронавирусной инфекцией. В 2021 г. был использован ряд новых методов диагностики (иммунологических, инструментальных, морфологических) и терапии (ГИБП, ингибиторы сигнальных молекул и др.), что позволило оптимизировать лечебный процесс, достаточно эффективно лечить ряд заболеваний на этапе поликлиники, определить приоритеты в госпитализации, в том числе в пользу высокоактивных системных заболеваний, снизить средний койко-день и увеличить оборот койки (в частности, за счет краткосрочных госпитализаций для проведения курсов активной индукционной и в ряде случаев поддерживающей терапии).

Выводы/заключение

Зарегистрированные изменения структуры больных в ревматологическом отделении за более чем 20-летний период связаны как с улучшением диагностических и терапевтических возможностей, оптимизацией организации госпитальной помощи, так и, вероятно, с общими тенденциями эпидемиологии ревматических заболеваний, наблюдаемыми в мире.

РОЛЬ IP-10 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Рыбакова В.В., Алексанкин А.П., Диатроптов М.Е.,
Авдеева А.С., Дибров Д.А., Насонов Е.Л.
ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» (Москва)

Введение/цель

Изучить динамику уровня IP-10 в первый год терапии согласно стратегии «лечение до достижения цели» в сопоставлении с индексами активности ревматоидного артрита через 6 лет.

Материал и методы

В анализ было включено 93 пациента с ранним ревматоидным артритом (РА). Всем больным назначалась терапия метотрексатом, при недостаточной эффективности назначение генно-инженерных биологических препаратов. Исходно пациенты были серопозитивными по РФ 81%, по АЦЦП — 68%, по АМЦВ ($n=47$) — 83%. У 23 больных концентрацию 27 цитокинов измеряли с помощью мультиплексной технологии xMAP на анализаторе Bio-Plex array system («BIO-RAD», США). Определение уровня IP-10 также осуществляли с помощью метода ИФА (Invitrogen).

Результаты/обсуждение

До начала терапии значение индексов активности DAS28-COЭ — 5,3 [4,7; 6,14], SDAI — 27,8 [18,7; 38,4], CDAI — 26,3 [16,3; 36], что соответствовало высокой воспалительной активности заболевания. Через 6 лет от начала терапии значение индексов активности составило — DAS28-COЭ — 4 [3,4; 4,5], SDAI — 15 [9,3; 21], CDAI — 15 [9; 21] и было достоверно ниже исходного уровня ($p<0,05$). В зависимости от активности заболевания по SDAI и CDAI через 6 лет пациенты были разделены на две группы: ремиссия/низкая и умеренная/высокая. При проведении мультиплексного анализа цитокинов через 12 и 24 недели отмечалась тенденция к снижению IP 10 ($n=23$). Дополнительно на больше группе больных ($n=60$) с помощью метода ИФА были проанализированы значения показателя IP 10 (пг/мл). У пациентов, достигших ремиссии/низкой активности заболевания через 6 лет по SDAI

и CDAI ($n=21$) значения IP 10 составило: исходно — 750 (513; 1059)*\$, через 12 недель — 304 (253; 628)*\$, через 24 недели — 276 (230; 480)*\$, через 48 недель — 212 (108; 322)*\$. У пациентов с умеренной/высокой активностью заболевания через 6 лет по SDAI и CDAI ($n=39$) значения IP 10 составило: исходно — 491 (391; 660)*\$, через 12 недель — 153 (113; 295)*\$, через 24 недели — 161 (74; 325)*\$, через 48 недель — 144 (78; 318)*\$, ($p<0,05$, * — между группами, \$ — по сравнению с исходным уровнем).

Выводы/заключение

Исходно высокий уровень IP 10 является предиктором достижения ремиссии/низкой активности РА через 36 недель и 6 лет от начала терапии.

РОЛЬ МАТРИКСНОЙ

МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-3 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Рыбакова В.В., Алексанкин А.П., Диатроптов М.Е., Авдеева А.С., Дибров Д.А., Насонов Е.Л.
ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» (Москва)

Введение/цель

Оценить роль маркера деструкции костной ткани (ММП-3) в прогнозировании результатов терапии раннего ревматоидного артрита (рРА).

Материал и методы

В анализ было включено 54 пациента с рРА. Всем больным назначалась терапия метотрексатом, при недостаточной эффективности терапии пациентам назначали генно-инженерные биологические препараты. Уровень ММП-3 в сыворотке крови измеряли методом ИФА (верхняя граница нормы при исследовании 30 сывороток здоровых доноров составила 19,4 нг/мл).

Результаты/обсуждение

До начала терапии значение индексов активности DAS28 — СОЭ — 5,3 [4,7; 6,14], SDAI — 27,8 [18,7; 38,4], CDAI — 26,3 [16,3; 36] (индекс ремиссии (IP) DAS28 — СОЭ 2,6, SDAI $\leq 3,3$, CDAI $\leq 2,8$) соответствовало высокой воспалительной активности заболевания, исходный уровень ММП3 в группе составил 41,6 [19,6; 90,6] ($n=54$). Через 48 недель значение индексов активности составило — DAS28 — 2,6 [1,8; 3,7], SDAI — 5,1 [1,5; 8,6], CDAI — 4,3 [1,5; 7,3]. Через 48 недель от начала терапии пациенты были поделены на две группы по индексу активности DAS28-СОЭ: ремиссия/низкая активность ($n=34$) и умеренная/высокая активность ($n=20$), исходно значение ММП3 составило: 29,5 [9,3; 77,3]* и 79,8 [28,3; 152,2]*, через 12 недель: ММП3 23,4 [7,1; 44,4]* и 58,4 [16,1; 79,3]* соответственно. Так же через 48 недель пациенты были поделены по индексу SDAI, CDAI ремиссия/низкая активность ($n=42$) и умеренная/высокая активность ($n=12$) в группах через 12 недель значения ММП3 составило: 24,1 [10,3; 53,7]* и 70,2 [29,8; 120,7]* соответственно (* — $p<0,05$) между группами.

Выводы/заключение

Исходно низкий уровень ММП-3 позволяет прогнозировать хорошие результаты терапии рРА через 48 недель.

ВНУТРИСУСТАВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И ВРЕМЯ МРТ Т2-РЕЛАКСАЦИИ ХРЯЩА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ С НЕБОЛЬШОЙ ДАВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Савушкина Н.М.¹, Стребкова Е.А.¹, Таскина Е.А.¹, Кашеварова Н.Г.¹, Шаропова Е.П.¹, Алексеева Л.И.^{1,2}

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

² ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (Москва)

Введение/цель

Увеличение времени Т2-релаксации может отражать процессы дегенерации суставного хряща. Препараты гиалуроновой кислоты прочно вошли в клинические рекомендации по лечению больных ОА.

Цель: оценить влияние локальной терапии на процессы дегенерации хряща при ОА коленных суставов при небольшой (до 5 лет) давности заболевания с помощью МРТ Т2-картирования.

Материал и методы

В исследование включено 7 женщин (средний возраст 43 года [35; 57]) с первичным ОА коленных суставов I–II стадии по Келлгрену — Лоуренсу и длительностью заболевания до 5 лет. Средний индекс массы тела составил $23,75 \pm 4,25$ кг/м²; средний уровень боли по визуальной аналоговой шкале в коленном суставе — 32,33 мм [25; 40]. Всем пациентам однократно проведена внутрисуставная инъекция гиалуроната натрия (ГН) 40 мг/2мл в таргетный коленный сустав. Перед введением ГН выполнено МРТ Т2-картирование коленного сустава. Повторное МРТ Т2-картирование через 6 месяцев проведено 2 пациентам, через 12 месяцев — остальным больным.

Результаты/обсуждение

Пациенты исходно не отличались по времени Т2-релаксации во всех слоях хряща. Через 6 месяцев у 2 пациентов отмечалась тенденция к снижению времени Т2-релаксации: глубокий слой исходно $33,55 \pm 1,77$ мс, через 6 месяцев — $31,35 \pm 4,45$ мс ($p=0,58$); поверхностный — $38,10 \pm 4,24$ мс, $34,10 \pm 5,09$ мс ($p=0,48$) соответственно; total — $34,05 \pm 3,04$ мс, $31,05 \pm 4,59$ мс ($p=0,52$) соответственно. У остальных пациентов через 12 месяцев наблюдалась тенденция к увеличению времени Т2-релаксации во всех слоях хряща: глубокий слой исходно $28,48 \pm 1,91$ мс, через 12 месяцев — $31,08 \pm 3,66$ мс ($p=0,2$); поверхностный — $34,3 \pm 1,29$ мс, $36,16 \pm 4,23$ мс ($p=0,37$) соответственно; total — $30,3 \pm 1,49$ мс, $31,92 \pm 3,38$ мс ($p=0,36$) соответственно. Возможно, что уменьшение времени Т2-релаксации через 6 месяцев связано с действием ГН, что согласуется с многочисленными работами по эффективности препаратов гиалуроновой кислоты в течение 6 месяцев.

Выводы/заключение

Показано, что время Т2-релаксации снижается через 6 месяцев после введения ГН, но через 12 месяцев наблюдается тенденция к увеличению времени Т2-релаксации. Возможно, что кратность введения препаратов гиалуроновой кислоты должна быть в пределах 6 месяцев, что требует подтверждения в дальнейших исследованиях.

ЭКСПРЕССИЯ АРГИНАЗЫ 1 И ТИРОЗИНКИНАЗЫ MER В СУБПОПУЛЯЦИЯХ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ МОНОЦИТОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Сахно Л.В., Тыринова Т.Ю., Леплина О.Ю., Тихонова М.А., Чумасова О.А., Ильина Н.А., Шкаруба Н.С., Сизиков Э.А., Черных Е.Р.
ФГБНУ НИИФКИ (Новосибирск)

Введение/цель

Моноциты (Мо) человека являются гетерогенной популяцией, в которой выделяют классические (кМо; CD14⁺⁺CD16⁻), промежуточные (пМо; CD14⁺⁺CD16⁺) и неклассические (нМо; CD14⁺CD16⁺⁺) моноциты, представляющие последовательные стадии дифференцировки и обладающие различными функциями, в том числе способностью как индуцировать, так и подавлять воспалительные реакции. Развитие и прогрессию ревматоидного артрита (РА) связывают с усилением провоспалительной активности моноцитов, которые могут дифференцироваться в провоспалительные макрофаги 1-го типа и остеокласты. При этом механизмы противовоспалительной активности моноцитов понятны гораздо в меньшей степени. Настоящая работа посвящена оценке экспрессии иммуносупрессивных молекул — аргиназы 1 (Arg1) и тирозинкиназы Mer (MerTK) различными субпопуляциями моноцитов у больных РА.

Материал и методы

В исследование были включены 27 больных с РА в возрасте от 31 до 71 года, включая 23 женщины и 4 мужчин. Группу сравнения составили 16 условно здоровых доноров в возрасте от 25 до 58 лет. Ремиссия/низкая активность у больных РА (DAS28-COЭ<3,2) наблюдалась у 9 человек, умеренная/высокая активность (DAS28-COЭ≥3,2) — у 18 человек. Одиннадцать пациентов получали терапию базисными противовоспалительными препаратами, 16 пациентов получали генно-инженерную биологическую терапию. Относительное содержание субпопуляций Мо, а также экспрессию Arg1 и MerTK оценивали методом проточной цитометрии (BD FACSCanto II), используя флуорохром-конъюгированные моноклональные антитела (анти-CD14, FITC; анти-CD16, Pe; анти-HLA-DR, PerCP; анти-Arg1, APC; анти-MerTK, AlexaFluor 647; все BD Biosciences). Для оценки внутриклеточной экспрессии Arg1 предварительно проводили процедуру пермеабилзации клеток, используя коммерческий набор растворов для фиксации/пермеабилзации Transcription Factor Buffer Set (BD Biosciences). Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 6.0.

Результаты/обсуждение

Несмотря на меньшее абсолютное количество лимфоцитов в крови, больные РА не отличались от доноров по содержанию моноцитов. Наибольшая экспрессия MerTK и Arg1 у больных РА, как и у доноров, выявлялась в субпопуляциях пМо и нМо. Относительное содержание MerTK⁺ и Arg1⁺ клеток и средняя интенсивность флуоресценции (MFI) указанных маркеров в данных субпопуляциях было достоверно выше, чем в кМо. Пациенты с РА не отличались от доноров по относительному содержанию и MFI Arg1 во всех трех исследуемых популяциях моноцитов. В то же время больные РА характеризовались значимым снижением уровня экспрессии (MFI) MerTK в популяциях пМо и нМо, а также долей MerTK-экспрессирующих клеток среди нМо. Корреляционный анализ выявил отрицательную связь между уровнем экспрессии MerTK (MFI) в популяции нМо и клиническим индексом активности болезни (CDAI)

($r_s = -0,42$; $p = 0,031$; $n = 27$). Аналогичная корреляционная связь в популяции пМо проявлялась в виде выраженного тренда ($r_s = -0,37$; $p = 0,057$; $n = 27$). Анализ зависимости экспрессии Arg1 с активностью РА выявил отрицательную корреляционную связь между относительным содержанием Arg1+ пМо и индексом SDAI ($r_s = -0,54$; $p = 0,013$; $n = 20$).

Выводы/заключение

Учитывая, что MerTK и Arg1 вовлечены в опосредование различных механизмов противовоспалительной/иммуносупрессивной активности (подавление продукции провоспалительных цитокинов, выработку резолвинов, подавление пролиферации Т-клеток), можно полагать, что экспрессия данных молекулы в популяциях пМо и нМо при РА играет важную роль в ограничении воспалительной функции моноцитов и активности заболевания и может представлять интерес в качестве потенциального биомаркера активности РА.

ВЫЯВЛЕНИЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ**У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Сизова Л.В.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (Оренбург)

Введение/цель

В качестве триггерных агентов для развития ревматоидного артрита (РА) обсуждаются различные вирусы и бактерии. Персистенция в организме урогенной микрофлоры, с фиксацией ее антигенов на хондроцитах и синовиоцитах в суставах, стимулирует иммунологические реакции с выработкой медиаторов воспаления, цитокинов, обуславливая хроническое течение процесса. При этом носительство *Chlamidia trachomatis* ассоциируется с быстрым прогрессированием костно-деструктивного процесса в суставах.

Цель: оценить частоту инфицирования хламидиями пациентов, у которых выявляется ранний РА.

Материал и методы

Обследован 61 пациент с ранним РА (длительность заболевания не более 12 месяцев) методом иммуноферментного анализа (ИФА) крови на наличие антител IgG к *Chlamidia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* и/или антигенов возбудителей в соскобе из уретры у мужчин и цервикального канала у женщин методом полимеразной цепной реакции.

Результаты/обсуждение

Инфицирование *Chlamidia trachomatis* было подтверждено у 15 (25,9%) пациентов. Выявлено по 5 случаев сочетания всех трех бактериальных агентов и *Chlamidia trachomatis* + *Mycoplasma hominis*, 3 случая микст-инфекции *Chlamidia trachomatis* + *Ureaplasma urealyticum*. Тем не менее артрит у этих пациентов отвечал критериям раннего РА, предложенным EULAR (2002), и даже в ситуациях недостаточного набора баллов по критериям ACR/EULAR (2010), в том числе из-за отсутствия высокоспецифичных маркеров в первые месяцы болезни, у них были выявлены краевые эрозии во II, III, IV пястно-фаланговых суставах при ультразвуковом обследовании.

Выводы/заключение

Урогенитальная инфекция, в том числе хламидийная, играет потенциальную триггерную роль в развитии раннего РА. При выявлении критериев подозрения на ранний РА, несмотря на получение доказательств присутствия урогенитальной микрофлоры, важно применять дополнительное

обследование, включающее ультразвуковое исследование II–IV пястно-фаланговых суставов, типично поражаемых при РА, для раннего (в том числе при запаздывании рентгенологических изменений) обнаружения костных эрозий.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Сороцкая В.Н.¹, Плахова А.О.¹, Вайсман Д.Ш.², Балабанова Р.М.³

¹ Медицинский институт ТулГУ (Тула);

² ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (Москва);

³ ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» (Москва)

Введение/цель

С началом пандемии особое беспокойство вызывали пациенты с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ), имеющие повышенный риск развития инфекционных заболеваний и принимающие препараты с иммуносупрессивным действием. Однако по мере накопления данных о взаимосвязи между COVID-19 и ИВРЗ было показано, что инфицированность ревматологических больных значимо не отличалась от таковой в популяции, а риск тяжелого течения не связан с терапией противоревматическими препаратами.

Цель: изучить особенности клинических проявлений COVID-19 у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы

Проведено одномоментное ретроспективное исследование по разработанному нами опроснику, включающее осмотр пациентов с достоверным РА, анализ их амбулаторных карт. Все пациенты проживают в одном из районов города Тулы и наблюдаются в поликлинике городской клинической больницы №2.

Результаты/обсуждение

Среди обследованных пациентов заболели COVID-19 43 пациента (32,1%). Средняя длительность лихорадки составила $7,2 \pm 1,4$ дня, слабость беспокоила $15 \pm 3,3$ дня. У большинства заболевших клинические проявления COVID-19 были представлены нарушением обоняния (58,1%), головной болью (58,1%), тахикардией (51,2%), с высокой частотой беспокоили парестезии (48,8%), нарушение памяти (48,8%), озноб (46,5%) и сухой кашель (41,9%). Одышка беспокоила 32,6% пациентов, страх смерти и затрудненное дыхание — 30,2% и 25,6% соответственно, несколько реже развивались влажный кашель (23,3%), диарея (23,3%) и кожная сыпь (9,3%). Тяжелое течение COVID-19 инфекции с развитием пневмонии было у 19 — 44,2% от заболевших пациентов, из них у 7 человек потребовалась госпитализация. После завершения инфекции 16 пациентов (37,2%) отметили обострение РА. Было выявлено, что 65,1% пациентов не принимали препараты базисной терапии достаточно длительный период — более месяца (46 дней), что естественно спровоцировало обострение основного заболевания.

Выводы/заключение

1. Распространенность инфекции COVID-19 среди наблюдавшихся 134 больных ревматоидным артритом составила 32%. 2. У заболевших был длительный лихорадочный синдром, сопровождавшийся сухим или влажным кашлем, слабостью, ознобом, что присуще вирусным инфекциям. 3. Пневмония при COVID-19 выявлена у 19 из 43 (44%) заболевших. 4. С высокой частотой отмечались особые проявления COVID-19, такие как нарушение обоняния, парестезии, выраженная

головная боль, нарушение памяти, чувство страха смерти. 5. Обострение ревматоидного артрита после перенесенной COVID-19 инфекции связано с длительной отменной базисной терапией.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРИТА

Таскина Е.А.¹, Кашеварова Н.Г.¹, Стребкова Е.А.¹, Савушкина Н.М.¹, Михайлов К.М.¹, Шарапова Е.П.¹, Кудинский Д.М.¹, Алексеева О.Г.¹, Самаркина Е.Ю.¹, Авдеева А.С.¹, Раскина Т.А.², Аверкиева Ю.В.², Усова Е.В.², Виноградова И.Б.³, Сальникова О.В.³, Маркелова А.С.³, Алексеева Л.И.¹, Лиля А.М.¹

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

² ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России (Кемерово);

³ ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

Введение/цель

В многоцентровом одномоментном исследовании оценить взаимосвязь ГУ с клинико-инструментальными и лабораторными параметрами при ОА.

Материал и методы

В исследование включено 200 пациентов в возрасте 40–75 лет, с достоверным диагнозом ОА (АКР) коленных суставов I–III стадии (по Келлгрэну — Лоуренсу), подписавших информированное согласие. Средний возраст пациентов составил $55,9 \pm 10,3$ года (от 40 до 75), ИМТ — $29,4 \pm 6,2$ кг/м², длительность заболевания 5 (1–10) лет. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, WOMAC, общего состояния здоровья пациента (ОСЗП) и сопутствующие заболевания. Всем пациентам проводились стандартная рентгенография и МРТ коленных суставов (WORMS), денситометрия поясничного отдела позвоночника и шейки бедренной кости, лабораторное обследование. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 10.

Результаты/обсуждение

Гиперурикемия (повышение уровня мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови более 360 мкмоль/л) выявлена у 57 лиц (28,5%). По наличию или отсутствию ГУ пациенты были распределены в 2 группы. Больные с ГУ и без были сопоставимы по возрасту: 61 (52–66) против 56 (46–63) лет, $p < 0,08$, но значимо различались по длительности заболевания: 9,5 [3; 14] против 4 [1; 10] лет, $p < 0,004$; ИМТ: 30,5 [27,7; 36,1] против 27,7 [24,4; 31,6] кг/м², $p < 0,01$; объему талии (ОТ): 95 [90; 107] против 88,0 [81; 95] см, $p < 0,0001$ и бедер (ОБ): 111 [102; 118] против 106 [100; 114] см, $p < 0,0001$ (с преобладанием в группе ГУ). Статистически значимые отличия выявлены и при оценке тяжести течения ОА. Так, при ГУ отмечались выше значения боли по ВАШ: $39,2 \pm 7,1$ против $30,3 \pm 9,7$ мм, $p < 0,03$; суммарного WOMAC: 792 [546; 1215] против 754 [284; 1090] мм, $p < 0,03$ и его составляющих: боль — 162 [114; 260] против 140 [57; 220] мм, $p < 0,04$, ФН — 597 [397; 870] против 546,5 [145; 780] мм, $p < 0,03$; ОСЗП: 45 [30; 60] против 40 [20; 50], $p < 0,04$. При проведении МРТ регистрировалось более частое выявление остеоита в медиальных отделах большеберцовой кости (ББК) (ОШ=5,75, 95% ДИ 1,29–25,6, $p = 0,03$). При лабораторном исследовании у пациентов с ГУ по сравнению с больными, имеющими нормоурикемию, регистрировались более высокие концентрации СРБ: 2,2 [1,2; 4,1] против 1,4 [0,7; 3,0] мг/л, $p < 0,005$; СОМР:

25,1 [15,5; 41,6] против 18,8 [11,3; 26,4], $p<0,02$; лептина: 42,35 [25,7; 70,8] против 25,5 [14,8; 40,6] нг/мл, $p<0,0007$; инсулина: 9,6 [7,6; 19] против 8 [5,8; 12,4] мкЕд/мл, $p<0,02$; ТГ: 1,6 [1,3; 2,4] против 1,1 [0,8; 1,4] ммоль/л, $p<0,0001$; креатинина: 77,0 [64; 82] против 65,3 [58,3; 73] мкмоль/л, $p<0,0001$. При повышенных значениях МК чаще диагностировались: ожирение (ОР=1,44, 95% ДИ 1,07–1,93, $p=0,02$), АГ (ОР=1,4, 95% ДИ 1,1–1,8, $p=0,01$) и ИБС (ОР=2,75, 95% ДИ 1,28–5,92, $p=0,01$). Диуретики по поводу АГ принимали сопоставимое количество пациентов в обеих группах (8,9 и 10,7%, $p>0,05$). Анализ корреляций по Спирмену ($p<0,05$) подтвердил взаимосвязь между ГУ и длительностью ОА ($r=0,23$), рентгенологическими стадиями ($r=0,23$), остеоитом в медиальном отделе ББК ($r=0,42$), выявляемым при МРТ, болью по ВАШ ($r=0,16$) и WOMAC ($r=0,17$), ФН по WOMAC ($r=0,18$), ОСЗП ($r=0,21$). Кроме того, выявлены связи между ГУ и ИМТ ($r=0,22$), ОТ ($r=0,31$) и АГ ($r=0,23$). Отмечены также значимые позитивные ассоциации со следующими лабораторными показателями: СРБ ($r=0,21$), СОМР ($r=0,22$), лептин ($r=0,36$), креатинин ($r=0,23$), ТГ ($r=0,42$), инсулин ($r=0,22$).

Выводы/заключение

При высоких уровнях МК отмечаются большие значения боли по ВАШ, по индексу WOMAC, худшие показатели ОСЗП, повышенные значения СРБ, СОМР. При проведении МРТ у лиц с ГУ чаще выявляется остеоит в медиальном отделе ББК. Расшифровка механизмов, определяющих связь между ГУ и ОА, имеет существенное значение для разработки новых методов профилактики и лечения этих заболеваний.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ, ЛЕЧИВШИХСЯ С ПОМОЩЬЮ СТРАТЕГИИ «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ»

Тремаскина П.О., Коротаева Т.В., Глухова С.И.
ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» (Москва)

Введение/цель

Оценить влияние пола на клинико-инструментальные характеристики пациентов с псориатическим артритом (ПсА), лечившихся с помощью стратегии «Лечение до достижения цели» (Т2Т) на ранней стадии заболевания.

Материал и методы

В исследование вошло 53 пациента (28 женщин, 25 мужчин) с диагнозом ПсА, соответствующих критериям CASPAR 2006 г. Средний возраст на момент исследования составил $45,7 \pm 12$ лет, Ме длительности ПсА – 90 [72; 99] месяцев (мес.), длительность псориаза – 132 [96; 180] мес., длительность наблюдения за больными – 81 [61; 91] мес. Пациенты наблюдались на ранней стадии ПсА (до 2 лет) согласно стратегии Т2Т в течение 24 мес. Спустя более 5 лет наблюдения все пациенты прошли стандартное ревматологическое клиническое обследование, включая оценку активности ПсА по индексу DAPSA. Рентгеновские снимки оценивались рентгенологом на основании количественного метода m-Sharp/van der Heijde, модифицированного для ПсА. Общий счет (ОС) m-Sharp/van der Heijde складывался из счета эрозий (СЭ) и счета сужения щелей (ССЩ). Качество жизни (КЖ) пациентов оценивалось с помощью опросника оценки КЖ больных ПсА – PsAID-12. Результаты представлены в виде: $M \pm SD$, Ме [Q25; Q75], Ме

(Min-Max), тест Манна – Уитни. Значения $p<0,05$ принимались за статистически значимые.

Результаты/обсуждение

По результатам анализа были обнаружены следующие различия между мужчинами и женщинами с ПсА, лечившихся на ранней стадии болезни с помощью Т2Т, спустя 5 лет наблюдения: площадь поражения кожи псориазом BSA (в %) значимо выше у мужчин Ме BSA 3 [0,5; 9,5], против Ме 0,5 [0,1; 2] у женщин, $p=0,02$; Ме ОС m-Sharp/van der Heijde составил – 21 [10; 49] у мужчин, против 44 [27; 76] у женщин, $p=0,04$; нарушение сна по опроснику оценки КЖ PsAID-12 женщины оценивали значимо выше Ме 2 [1; 5] против 1 [0; 4] у мужчин ($p=0,04$) соответственно. Различий в отношении активности ПсА по DAPSA, наличию энтезитов, дактилита, количества эрозий на рентгенографии выявлено не было.

Выводы/заключение

Сравнительный анализ гендерных различий у пациентов с ПсА показал, что мужчины имеют более тяжелое поражение кожи псориазом. При сравнении рентгенологической картины получены данные о более высоком ОС поражения кистей и стоп у женщин.

ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СКРИНИНГА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Филипенко Д.Е., Васильева А.О., Толстихина Д.С., Катерняк М.А., Капустина Е.В., Шестерня П.А.
ФГБОУ ВО «КрасГМУ» МЗ РФ им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск)

Введение/цель

Оценить результаты скрининга псориатического артрита (ПсА) у больных псориазом (ПсО).

Материал и методы

В исследование включались все пациенты с ПсО старше 18 лет, обратившиеся в кожно-венерологический диспансер г. Красноярска в период с 12.03.2022 г. по 01.12.2022г., подписавшие информированное добровольное согласие и заполнившие индивидуальную регистрационную карту. Согласно клиническим рекомендациям, для скрининга периферического ПсА использовались такие инструменты, как mPEST (modified Psoriasis Epidemiology Screening Tool), для аксиальных поражений – BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) и ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society). Диагноз ПсА устанавливался в соответствии с критериями CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis). Научное исследование было одобрено локальными этическими комитетами ККВД (протокол №1 от 17.02.2022) и Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (протокол №114/2022 от 05.10.2022).

Результаты/обсуждение

Всего в исследование включено 336 пациентов с ПсО. На основании mPEST ≥ 3 баллов ПсА заподозрен у каждого третьего больного ПсО – 117 (34,8%). По локализации поражений чаще всего пациенты отмечали болезненность в суставах кистей (26,8%), стоп (27,1%) и в коленных суставах (28,6%). Боль в спине вне зависимости от характера отметили 143 (42,6%) человека. В общей группе больных ПсО вовлеченность поясничного отдела позвоночника была у 25,3% пациентов, шейного – 20,2% и грудного – 13,1%, включая сочетанные локализации. У пациентов с вероятным ПсА (mPEST ≥ 3) этот симптом был у 85 из 117 пациентов (72,6%), тогда

как у больных с $mPEST < 3$ — у 58 из 219 (26,5%), $p < 0,001$. Всем пациентам с жалобой на боль в позвоночнике производилась оценка симптоматики на соответствие воспалительной боли в спине (ВБС) по критериям ASAS. Так, ВБС соответствовали 33 из 143 (23,1%) больных ПсО. При этом, по индексу BASDAI (≥ 4 баллов) в группах с $mPEST \geq 3$ и $mPEST < 3$ баллов не было выявлено статистически значимых различий — значения 5,8 [4,8; 6,6] и 4,8 [4,7; 6,6] соответственно, $p = 0,810$. На основании критериев CASPAR из 117 больных с $mPEST \geq 3$ диагноз ПсА выставлен 72 (61,5%), впервые ПсА диагностирован у двух третьих из них — у 48 (41%) пациентов. Помимо ПсА были выявлены другие ревматические заболевания: остеоартрит — у 26 (22,2%), подагра — у 3 (2,6%), ревматоидный артрит — у 2 (1,7%) и анкилозирующий спондилит у 2 (1,7%) пациентов.

Выводы/заключение

Важную роль для ранней диагностики ПсА и своевременного начала лечения играет междисциплинарное взаимодействие врачей дерматологов и ревматологов. Каждый третий больной ПсО (34,8%) нуждался в углубленном обследовании на основании результатов скрининга $mPEST$. При этом, диагностическим критериям CASPAR соответствовали 72 (61,5%) пациента. Обязательное использование скрининга ПсА позволяет выявлять широкий спектр других ревматических заболеваний.

ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА, ПРОТЕКАЮЩЕГО ПОД МАСКОЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО АРТРИТА

Фирса А.В., Салугина С.О., Козлова А.Л., Никишина И.П.

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

Введение/цель

Среди разнообразия существующих патологий иммунной системы нередко первичные иммунодефицитные состояния (ПИД), генетически обусловленные наследуемыми дефектами работы иммунитета, протекают под «маской» ревматологических заболеваний. Например, при агаммаглобулинемии — одном из вариантов ПИД, помимо таких симптомов, как часто рецидивирующие и тяжело протекающие бактериальные инфекции (отиты, синуситы, конъюнктивиты, бронхиты, пневмонии), могут выявляться поражения суставов (артриты), что способно существенно затруднить верификацию данного заболевания.

Цель: представить клиническое наблюдение диагностики иммунодефицитного состояния у пациента подросткового возраста с проявлениями ювенильного хронического артрита.

Материал и методы

Пациент Р., 2005 г.р. (17 лет), поступил в детское отделение Института ревматологии с жалобами на боли в коленных, голеностопных, лучезапястных, плечевых суставах, припухлость II пальца правой кисти, утреннюю скованность до 1 часа. Из анамнеза известно, что с 9 лет (2014 г.) наблюдался гематологами по поводу аутоиммунной тромбоцитопении, аутоиммунной гемолитической анемии, получал терапию циклоспорином, ритуксимабом, высокими дозами глюкокортикоидов (ГК) с постепенной полной отменой. В 14 лет (2019 г.) перенес полисегментарную пневмонию, очаговый туберкулез легких с исходом в виде плотных очагов и полного клинического излечения на фоне противотуберкулезной терапии. В 16 лет развился полиартикулярный суставной синдром, появилась утренняя скованность, субфебрилитет. Получал в лечении НПВП, сульфасалазин, метотрексат без значимого

эффекта и с развитием панцитопении; при этом сохранялось персистирующее повышение уровня СРБ. Повторно назначен ГК *per os* в дозе 1,5 мг/кг/сут.

Результаты/обсуждение

При обследовании в стационаре подтверждено наличие выраженного полиартрита с вовлечением левого голеностопного, обоих коленных, локтевых, и плечевых суставов, выявлено распространенное папулопустулезное поражение кожи, HLA-B27 «+». В анализах крови отмечалось повышение уровня СРБ до 37,3 мг/л (0–5) при нормальных значениях СОЭ — 7 мм/ч (2–20). Выявлены крайне низкие уровни иммуноглобулинов IgG — 0,1 г/л (7,0–16,0), IgA — 0,28 г/л (0,7–4,0), IgM — 0,18 г/л (0,4–2,3) и гаммаглобулина до 1,00 (9,5–19,8), а также снижение абсолютного количества В-клеток ($CD19^+CD3^-$) до $0,024 \times 10^9$ /л (0,100–0,500) и естественных клеток киллеров ($CD3^+CD56^+$) до $0,02 \times 10^9$ /л (0,09–0,60). Примечательно, что в представленной документации сведения об уровнях иммуноглобулинов у ребенка отсутствовали. Проведенное в стационаре обследование позволило предположить наличие ПИД — агаммаглобулинемии. По данным секвенирования нового поколения (NGS) не выявлено наличие мутаций. Для верификации генетических вариантов, объясняющих причину заболевания, пациенту в настоящее время проводится полноэкзомное секвенирование. В терапии продолжено постепенное снижение дозы ГК, противоревматическая терапия метотрексатом отменена. В настоящее время пациент наблюдается совместно с иммунологами, проводится заместительная терапия препаратами внутривенного иммуноглобулина, на фоне чего отмечено улучшение общего состояния и полное купирование суставного синдрома.

Выводы/заключение

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует важность комплексного мультидисциплинарного подхода к верификации состояния пациентов. Назначая обследование, важно не сужать дифференциально-диагностический поиск до пределов одной специальности, а смотреть на проблему шире, вовлекая в круг подозреваемых состояний в том числе и патологии смежных разделов медицины. Необходимо проводить тщательный анализ анамнеза и симптомов заболевания, проведения обязательной скрининговой иммунограммы во всех сомнительных случаях, поскольку от углубленного обследования и грамотной его интерпретации зависит правильная постановка диагноза и своевременное назначение таргетной патогенетически обоснованной терапии.

СПОНДИЛОАРТРИТ И ХРОНИЧЕСКИЙ БРУЦЕЛЛЕЗ: ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В МЕСТНОСТИ, ЭНДЕМИЧНОЙ ПО БРУЦЕЛЛЕЗУ

Хайдарова Ю.М.^{1,3}, Лесняк О.М.², Курманова Г.М.¹, Далибаева Г.К.¹

¹ Казахский национальный университет им. Аль-Фараби (Алматы);

² ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Санкт-Петербург);

³ Городской ревматологический центр (Алматы)

Введение/цель

В условиях Казахстана и других стран, являющихся эндемичными зонами по бруцеллезу, дифференциальная диагностика серонегативных спондилоартритов (СпА) и бруцеллеза может быть затруднена, поскольку последний может проявляться спондилитом, сакроилиитом и другими поражениями опорно-двигательного аппарата

(ОДА). Наибольшие проблемы вызывает хронический бруцеллез (ХБР), когда у пациента нет острого периода инфекции с яркими симптомами интоксикации, лихорадочного синдрома, а клинические проявления стерты и имитируют другие заболевания, сопровождающиеся суставным и астеновегетативным синдромами на фоне волнообразной субфебрильной лихорадки. Бруцеллез является наиболее распространенным зоонозным инфекционным заболеванием, которым в мире ежегодно заболевают более 500 000 чел. Заболеваемость бруцеллезом в Российской Федерации составляет 4,1 случая, а в Казахстане — 116 случаев на 1 млн населения.

Цель: сравнить клиническую картину, включая поражения ОДА, при СпА и ХБР и выделить симптомы, важные для дифференциальной диагностики этих заболеваний.

Материал и методы

Дизайн исследования — случай-контроль. В исследование включены пациенты с СпА и ХБР с признаками поражения ОДА, обратившиеся в городской ревматологический центр г. Алматы, Казахстан, с сентября 2019 г. по май 2022 г. Диагноз ХБР устанавливался при наличии у пациента положительных результатов подтверждающих лабораторных тестов: иммуноферментный анализ на определение IgG и IgA антител к *Brucella* spp., или реакция агглютинации Райта (1:200 и выше) или пластинчатая реакция агглютинации Хаддлсона. Для определения статистической разницы средних значений использована функция AVERAGE и определения стандартного отклонения в Microsoft Excel.

Результаты/обсуждение

Мы проанализировали истории болезни 150 пациентов (98 мужчин и 52 женщин) с диагнозом СпА и 156 пациентов (39 мужчин и 117 женщин) с диагнозом ХБР, протекавшим с поражением ОДА. Средний возраст пациентов СпА составил 37,2±11,2 года (минимальный 16, максимальный 61). Пациенты с ХБР были старше: их средний возраст был 51,6±13,4 года ($p<0,001$) (минимальный 17, максимальный 81). Возраст пациента в дебюте болезни при ХБР составил 45,8±14,2 года, а при СпА 29±15,6 года. ХБР не ассоциировался ни с проживанием в сельской местности, ни с определенной этнической группой. Положительный эпидемиологический анамнез (контактный и алиментарный пути заражения) имели 62% пациентов с СпА и 87,2% с ХБР ($p<0,05$). Боль в суставах была зарегистрирована у 142 (91%) пациентов с ХБР, при этом было характерно одновременное поражение мелких и крупных суставов. 119 (79%) пациентов с СпА жаловались на боли в суставах. При ХБР чаще встречались артралгии в коленных (62,7 против 42%), локтевых (18,3 против 7,5%), лучезапястных (10,5 против 3,3%) и мелких суставов кистей рук (39,4 против 15,9%). Артрит чаще встречался при СпА (68 против 61,5%), в частности, достоверно чаще наблюдался моноартрит (31 против 20%), олигоартрит крупных суставов (38 против 23%) ($p<0,05$). Наоборот, при ХБР чаще встречался полиартрит (57 против 31%), в частности преобладал симметричный полиартрит мелких суставов кистей (40 против 16,5%), вызывая затруднения в дифференциальной диагностике с ревматоидным артритом. В группе СпА чаще наблюдался артрит тазобедренных (28 против 13,5%), коленных (45,6 против 34%), голеностопных (30 против 15,6%) и мелких суставов стоп (11,6 против 7,2%). Боль в спине чаще зарегистрирована при СпА (119 (79,3%) против 91 (58,3%). Воспалительный характер боли более характерен для СпА (81 против 8%). Сакроилиит, подтвержденный МРТ, чаще

диагностирован при СпА (80,3 против 28%). В группе СпА достоверно чаще выявлен двухсторонний сакроилиит (86,7 против 37%), а односторонний сакроилиит более характерен для ХБР (63 против 13,3%) ($p<0,05$). На УЗИ признаки тендинита и тендовагинита чаще выявлены при ХБР (11,5 против 6%). Воспаление синовиальной сумки (бурсит) более характерно для ХБР (7,7 против 3,3%). У 33 (22%) пациентов с СпА и у 14 (8,9%) пациентов с ХБР был найден энтезит ($p<0,05$). У пациентов с ХБР чаще наблюдались симптомы интоксикационного синдрома: миалгия (33,3 против 2,7%), оссалгия (26,9 против 2,7%), лимфаденопатия (17,9 против 4,7%), волнообразная субфебрильная лихорадка (18,6 против 6,7%), сопровождающаяся ознобом (35,3 против 6%), ночной потливостью (63,5 против 6%). Симптомы поражения вегетативной нервной системы (ВНС) достоверно чаще наблюдались при ХБР: у 110 (70,5%) против 41 (26,7%) ($p<0,001$). При этом проявления астеновегетативного синдрома (АВС) были выявлены у 60% пациентов с ХБР и у 22% пациентов с СпА. АВС был представлен головной болью (16,7 против 6,7%), гипергидрозом ладоней и стоп (11,5 против 3,3%), изменениями кожного дермографизма (35,9 против 4%), нарушениями сна (20,5 против 2,7%), эмоциональной лабильностью/раздражительностью (14,1 против 2,7%). Симптомы поражения ВНС (кардиалгия, тахикардия, нестабильность артериального давления) также чаще встречались при ХБР (35,3 против 6%) ($p<0,001$). Синдром раздраженного кишечника был выявлен у 14 (9%) пациентов с ХБР. Антиген HLA-B27 обнаружен у 87 (67,9%) из 128 обследованных пациентов с СпА и 9 (23%) из 39 обследованных с ХБР ($p<0,001$).

Выводы/заключение

Ранняя диагностика СпА и ХБР остается актуальной проблемой. Дифференциально-диагностические трудности возникают из-за схожести симптомов поражения ОДА. Обращает внимание высокая частота положительного эпиданамнеза по бруцеллезу у пациентов с СпА в эндемичной местности, что также существенно затрудняет дифференциальную диагностику. Хотя мы выявили определенные различия в клинической картине суставного синдрома, наиболее важными для дифференциальной диагностики этих заболеваний являются внесуставные проявления. Для ХБР характерен волнообразный лихорадочный синдром с эпизодами озноба, а также поражение вегетативной нервной системы. Решающее значение для своевременной диагностики и лечения бруцеллезного поражения суставов в целях избежания хронизации процесса и появления длительной потери трудоспособности и инвалидности имеют положительные серологические тесты на бруцеллез, которые в эндемичной местности следует выполнять всем пациентам с подозрением на СпА.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ КАК МАРКЕР РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТЕРАПИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Хлабошина В.Н., Матьянова Е.В., Потапова А.С.,
Полищук Е.Ю.

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

Введение/цель

В современной ревматологической практике тотальное эндопротезирование крупных суставов (ТЭКС) у больных ревматоидным артритом (РА) рассматривается как результат недостаточной эффективности проводимого лечения.

Мы предположили, что в группе больных РА, резистентных к терапии, этот показатель должен быть больше по сравнению с остальными пациентами.

Цель: оценить частоту проведения ТЭКС в группе больных РА, соответствующих критериям труднолечимого РА (D2T) по сравнению с больными РА, не удовлетворяющими данным критериям (non-D2T).

Материал и методы

В ретроспективное исследование были включены 967 больных РА (ACR/EULAR, 2010 г.). На момент включения все пациенты имели умеренную или высокую активность РА по DAS28-СРБ. Поскольку во всех случаях лечение было недостаточно эффективным, каждый пациент был обсужден на комиссии экспертов-ревматологов. В группу D2T с истинной неэффективностью или непереносимостью двух и более ГИБП/тсБПВП разного механизма действия вошли 76 больных. Остальные 891 пациент составили группу сравнения (non-D2T). В каждой группе оценивалась частота выполненных ТЭКС в анамнезе, а также основные характеристики течения РА.

Результаты/обсуждение

Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту и степени активности РА. В группе D2T частота проведения ТЭКС составила 21,05%, в группе non-D2T — 9,76% (ОШ=2,1 (1–4,2), $p=0,03$). При этом в группе D2T по сравнению с non-D2T длительность РА была больше ($p=0,026$), дебют заболевания приходился на более ранний возраст ($p=0,003$), отмечалась более выраженная степень суставной деструкции ($p=0,01$). Кроме того, число наименований принимаемых болезней-модифицирующих антиревматических препаратов, включая генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), за все время болезни было больше среди пациентов группы D2T по сравнению с пациентами группы non-D2T ($p=0,0001$). Пациенты, резистентные к лечению, в среднем значимо дольше принимали глюкокортикоиды ($p=0,028$), а терапию ГИБП им назначали в более раннем возрасте ($p=0,0007$).

Выводы/заключение

Больные из группы D2T чаще нуждались в проведении ТЭКС по сравнению с группой non-D2T. Мы рассматриваем более высокую потребность в ТЭКС у таких больных как своеобразный маркер неэффективности как противовоспалительного, так и болезни-модифицирующего действия широкого спектра антиревматических препаратов в этой группе пациентов.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ: НОВАЯ ПРОБЛЕМА?

Цинзерлинг А.Ю., Гайдукова И.З., Мазуров В.И., Петрова М.С., Инамова О.В.
СПб ГБУЗ КРБ № 25

Введение/цель

Взаимовлияние гиперурикемии (ГУ) как фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), метаболических нарушений и заболеваний почек и ревматоидного артрита (РА); фактора риска ССЗ) в российской популяции не изучалось.

Цель: изучить клинико-иммунологические взаимосвязи, особенности течения и лечения РА и коморбидных состояний при бессимптомной ГУ и оценить возможности коррекции выявленных изменений на фоне уратснижающей терапии.

Материал и методы

На основании ревматологического регистра Санкт-Петербурга из 1500 пациентов с РА по критериям ACR/EULAR 2010 с известным уровнем МК отобрано 967 пациентов. Из них 232 пациента (23,99%) имели ГУ, из которых 90 пациентов вошли в проспективный этап исследования. Сформирована сопоставимая по возрасту ($60,23 \pm 11,79$ и $57,36 \pm 12,49$; $p=0,05$) группа больных РА без ГУ ($n=90$). Пациенты прослежены на протяжении года. ГУ регистрировали при уровне МК в сыворотке крови ≥ 360 мкмоль/л в ≥ 2 тестах с интервалом не менее 2 недель при отсутствии подагрического артрита. Активность РА измеряли с помощью DAS28-СРБ. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом. Статистический анализ проводили с помощью пакета программ SOFA, version 1.5.4 и JASP, version 0.17.

Результаты/обсуждение

Частота ГУ (23,99%) превышала популяционное значение (16,8%; $\chi^2=29,8$; $p<0,01$). Частота ГУ у лиц ≥ 45 лет (24,77%) превышала ($\chi^2=129,32$; $p=0,02$) популяционные значения (18,5%), а у лиц молодого возраста (18–44 года) была сопоставима (16,48%) с популяционной (15%). У пациентов со стойкой ГУ (более 2 эпизодов ГУ; 68,9%) выявлены: тенденция к более высокому уровню МК в начале наблюдения ($475,93 \pm 95,28$ против $442,26 \pm 64,75$ мкмоль/л; $p=0,05$) и большей частоте бронхиальной астмы (66,67 и 33,33%; $p=0,05$), большая частота хронического панкреатита (63,16 и 36,84%; $p=0,001$), худший ответ на уратснижающую терапию (УСТ; 25 и 75%; $p=0,04$). У пациентов, у которых ГУ впервые зафиксирована в ходе наблюдения (38,9%) выявлены: более низкий уровень уромодулина мочи (3,3 [2,8; 5,9] против 4,7 [3,7; 8,9] нг/мл; $p=0,03$), больший уровень скорости оседания эритроцитов ($28,43 \pm 16,34$ против $21,18 \pm 11,67$ мм/ч; $p=0,02$), холестерина ($5,83 \pm 1,12$ против $5,35 \pm 0,91$ ммоль/л; $p=0,04$), большая частота применения глюкокортикоидов (54,27 и 45,71%; $\chi^2=5,713$; $p=0,01$), меньшая частота остеопении (14,29 и 85,71%; $\chi^2=6,989$; $p=0,03$). Все случаи инфаркта миокарда были только в этой группе ($\chi^2=4,877$; $p=0,02$). По результатам линейного регрессионного анализа уровень МК был независимым предиктором ($p<0,01$): артериальной гипертензии ($0,734 \pm 0,039$ с 95% ДИ: 0,657–0,811; чувствительность и специфичность 71,9 и 70,2%), хронической сердечной недостаточности ($0,700 \pm 0,060$ с 95% ДИ: 0,583–0,817; чувствительность и специфичность 92,6 и 45,9%), гиперхолестеринемии ($0,621 \pm 0,043$ с 95% ДИ: 0,538–0,705; чувствительность и специфичность 66,7 и 56,7%), преддиабета ($0,639 \pm 0,054$ с 95% ДИ: 0,532–0,745; чувствительность и специфичность 83,3 и 47,5%), сахарного диабета 2-го типа ($0,634 \pm 0,056$ с 95% ДИ: 0,523–0,744; чувствительность и специфичность 48,5 и 76,8%), ожирения ($0,645 \pm 0,052$ с 95% ДИ: 0,543–0,747; чувствительность и специфичность модели составили 80,0 и 48,9%), желчнокаменной болезни ($0,623 \pm 0,059$ с 95% ДИ: 0,508–0,739; чувствительность и специфичность 76,7 и 49,0%), хронического холецистита ($0,691 \pm 0,081$ с 95% ДИ: 0,532–0,850; чувствительность и специфичность 85,7 и 51,6%), неалкогольной жировой болезни печени ($0,701 \pm 0,044$ с 95% ДИ: 0,615–0,787; чувствительность и специфичность 70,7 и 69,2%), мочекаменной болезни ($0,624 \pm 0,063$ с 95% ДИ: 0,501–0,747; чувствительность и специфичность 57,7 и 68,5%), хронической болезни почек ($0,638 \pm 0,062$ с 95% ДИ: 0,515–0,760; чувствительность

и специфичность 76,9 и 53,0%). Пациенты с РА и ГУ и РА без ГУ в начале исследования не отличались по активности, длительности заболевания, рентгенологическим стадиям. Частота рентгенологического прогрессирования через год наблюдения на фоне одинаковой терапии была выше у пациентов с РА и ГУ (55,56 и 23,33%; $\chi^2=20,927$; $p=0,001$). Диетотерапию (ДТ) получали 100% пациентов, ДТ+коррекцию терапии коморбидной патологии (КТКП) – 22,22%, ДТ+УСТ – 24,44%, ДТ+КТКП+УСТ – 10%. Пациенты, получавшие различные варианты терапии, не различались ни по одному изучаемому показателю. У 23,08% на фоне коррекции зафиксирован рецидив ГУ, причинами которого были: отсутствие коррекции дозы УСТ (35,48%), прекращение УСТ (16,13%), не назначение УСТ (48,39%). У пациентов с эффективной коррекцией ГУ статистически значимой ($p=0,05$) оказалась динамика индекса DAS28 по сравнению с пациентами, не достигшими целевых уровней МК ($1,35\pm0,79$ и $0,91\pm0,49$), улучшалась функция почек (креатинин: $78,19\pm14,04$ и $86,43\pm14,21$ мкмоль/л; скорость клубочковой фильтрации: $79,53\pm17,96$ и $69,78\pm18,02$ мл/мин/1,73 м²).

Выводы/заключение

1. Гиперурикемия оказывает негативное влияние на течение РА и приводит к увеличению частоты ССЗ, метаболических нарушений и заболеваний почек, уменьшает ответ на базисную противовоспалительную терапию и увеличивает риск рентгенологического прогрессирования.
2. Наличие РА увеличивает риск резистентной к УСТ гиперурикемии.
3. Эффективная коррекция гиперурикемии улучшает ответ на терапию РА и функцию почек.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шапорева К.Р., Гараева А.Р., Заманова Э.С., Сухорукова Е.В., Габдуллина З.Н., Абдракипов Р.З., Лапшина С.А.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Введение/цель

Современное понимание патогенеза хронического болевого синдрома (БС) при ревматоидном артрите (РА) включает три основных типа боли: ноцицептивную, нейропатическую и ноципластическую. На долю нейропатического компонента боли приходится от 40 до 70%, на ноципластическую боль – от 12,5 до 80%. Полимодалная природа болевого синдрома предполагает мультидисциплинарный подход к анальгетической терапии, так как контроль боли у данной группы пациентов играет прогностическую роль в перспективе достойного качества жизни и сохранения трудоспособности.

Цель: оценить взаимосвязь характера болевого синдрома с течением РА, клиническими характеристиками и коморбидной патологией.

Материал и методы

Обследовано 54 пациента с верифицированным РА. Распределение по полу составило 88,8% женщин и 11,2% мужчин. Средний возраст в исследованной группе пациентов – 57 [47,5; 63,0] лет. Активность заболевания оценивалась по шкале DAS28, медиана 5,23 [4,59; 5,71]. Средняя длительность заболевания – 162[108; 243] месяца. Для оценки полимодалной природы хрониче-

ского болевого синдрома использовались: опросник по нейропатической боли (НБ) – Pain Detect (PD), шкала Central Sensitization Inventory (CSI) для оценки связи БС с центральной сенситизацией (ЦС), опросник EQ-5D для оценки качества жизни. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistic 23.0. Оценка связи между показателями проводилась с помощью непараметрического метода Спирмена, различия показателей считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты/обсуждение

Все группа пациентов имела хроническую воспалительную боль, у 16% наблюдался изолированный воспалительный компонент боли, у всех остальных боль носила смешанный характер, при этом у 59,2% пациентов преобладала трехкомпонентная боль. Серопозитивный ревматоидный артрит имели 83,3% пациентов, 81,4% пациентов принимали базисную противовоспалительную терапию. Пациенты с трехкомпонентным хроническим болевым синдромом ожидаемо имели более высокую активность по DAS28. Сочетание воспалительной боль с НБ ассоциировалось с меньшей длительностью заболевания по сравнению с сочетанием с ЦС (различия показателей достоверности $p<0,05$). Выявлена прямая умеренная корреляционная связь индекса PD с DAS28 ($r_{\text{Сп}}=0,327$, $p=0,009$), интенсивностью боли по ВАШ ($r_{\text{Сп}}=0,472$, $p=0,001$), числом сопутствующих заболеваний ($r_{\text{Сп}}=0,398$, $p=0,004$), уровнем АД ($r_{\text{Сп}}=0,371$, $p=0,013$), ИМТ ($r_{\text{Сп}}=0,401$, $p=0,007$). Шкала CSI также коррелировала с интенсивностью боли по ВАШ ($r_{\text{Сп}}=0,331$, $p=0,025$), числом сопутствующих заболеваний ($r_{\text{Сп}}=0,418$, $p=0,006$), уровнем АД ($r_{\text{Сп}}=0,572$, $p=0,0001$), ИМТ ($r_{\text{Сп}}=0,351$, $p=0,03$) и имела обратную заметную корреляционную связь с индексом EQ-5D ($r_{\text{Сп}}=-0,052$, $p=0,001$). Все исследованные имели коморбидную патологию: артериальную гипертензию (АГ) – 64,8%, остеoarthritis (ОА) – 68,5%, анемию – 53,7%, остеопороз (ОП) – 51,8%, ожирение – 35,2%. Частота встречаемости АГ и ОА у пациентов с трехкомпонентным болевым синдромом была выше, наряду с этим анемия и АГ преобладали у пациентов с центральной сенситизацией. Наличие остеопороза напрямую коррелировало с более высокими показателями НБ и ЦС, по сравнению с пациентами без остеопороза. У пациентов с серопозитивным РА НБ носила более выраженный характер, чем у пациентов с серонегативным РА.

Выводы/заключение

У 84% исследованных пациентов с РА хронический болевой синдром носил смешанный характер. Пациенты с НБ и ЦС ожидаемо имели более высокую интенсивность болевого синдрома по ВАШ и низкое качество жизни по опроснику EQ-5D. Выраженность НБ и ЦС напрямую коррелирует с числом сопутствующих заболеваний, активностью, длительностью заболевания, позитивностью по ревматоидному фактору. Число сопутствующих заболеваний у пациентов с трехкомпонентным БС больше, однако уровень АД выше у пациентов с преобладанием ЦС, в то время как ИМТ больше у пациентов с НБ. Длительно существующий иммуновоспалительный процесс приводит к хронизации боли, нарастанию ее интенсивности и появлению элементов ноцицептивной дисфункции. В связи с этим пациентам с РА необходим дифференцированный подход к диагностике БС и анальгетической терапии.

АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ (ОА) КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ (ВНУТРИСУСТАВНОЕ И ВНУТРИМЫШЕЧНОЕ) И ВНУТРИМЫШЕЧНОМ ВВЕДЕНИИ

Шарапова Е.П., Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Стребкова Е.А., Алексеева Л.И., Лиля А.М.

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

Введение/цель

Оценить эффективность, безопасность хондроитин сульфата при внутримышечном и комбинированном (внутрисуставное и внутримышечное) введении у больных с остеоартритом (ОА) коленных суставов.

Материал и методы

В исследование были включены 150 пациентов с достоверным диагнозом ОА коленных суставов 2–3-й ст. по (Kellgren Kellgren J. – Lawrence J) и рандомизированно разделены на две группы по 75 пациентов. Группа (R) получила 25 инъекций через день внутримышечно: первые три инъекции в дозе 100 мг, начиная с 4-й инъекции – в дозе 200 мг. Группа (N) получила 5 внутрисуставных инъекций в целевой сустав по 200 мг с перерывом 3 дня между введениями, далее 16 внутримышечных инъекций по 200 мг через день. Все пациенты получали мелоксикам 15 мг/день. Продолжительность лечения составила 50 дней. Обе группы больных по демографическим показателям не отличались. Средний возраст больных составил 59,168,31 года (от 36 до 75 лет). Индекс массы тела (ИМТ) – $30,7 \pm 6,1$ кг/м², длительность заболевания 6 (3–12) лет. Оценка эффективности проводилась по индексу WOMAC (значения боли, скованности, функциональной недостаточности и суммарный индекс), боли по ВАШ, сенсорным и аффективно-эмоциональным характеристикам боли (для целевого сустава) по опроснику MPQ (McGill Pain Questionnaire). В начале и в конце исследования всем пациентам проводилось электрокардиографическое исследование, клинический и биохимический анализы крови, анализ показателей коагулограммы и клинический анализ мочи.

Результаты/обсуждение

При сравнении двух режимов введения хондроитин сульфата, интенсивность боли по ВАШ к концу лечения в группе N (комбинированное лечение) была достоверно ниже, чем в группе R (16,8113,49 и 21,8813,24; $p < 0,0001$ соответственно). Динамика общего индекса WOMAC и его составляющих (боль, скованность, функциональное состояние), а также оценка боли по опроснику MPQ не выявили достоверных различий между группами N и R. Серьезных нежелательных явлений (СНЯ) в данном исследовании не было зарегистрировано. НЯ легкой степени выраженности отмечались у 72,7% (8/11), НЯ средней степени выраженности – у 27,3% (3/11). По оценке врачей-исследователей, причинно-следственная связь с терапией Хондрогардом отсутствовала в 36,3% (4/11) случаев, в 27,3% (3/11) была оценена как возможная, как маловероятная – в 9,1% (1/11) и как определенная – в 27,3% (3/11) случаев (боль, гематома в местах инъекций). К завершению исследования «разрешение/прекращение НЯ» отмечалось в 100% случаев. Клинически значимых отклонений лабораторных показателей и данных ЭКГ не наблюдалось.

Выводы/заключение

Хондроитин сульфат оказывает более выраженный анальгетический эффект при комбинированном режиме введения, что может быть связано с более быстрым

купированием синовиита при внутрисуставном введении и является важным для больных с такими сопутствующими заболеваниями, как СД 2-го типа, артериальная гипертензия. Препарат одинаково эффективно уменьшает болевой синдром и скованность, улучшает функциональное состояние суставов как при в/м, так и при комбинированном способах введения.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Шилкина Н.П., Дряженкова И.В.,

Четвертакова Ж.Е., Юнонин И.Е.

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России (Ярославль)

Введение/цель

Определить значимость синдрома артериальной гипертензии (АГ) при поражении почек у больных при системных красной волчанке (СКВ), системной склеродермии (ССД) и системных васкулитах (СВ).

Материал и методы

Проведено обследование 194 больных ревматическими заболеваниями (РЗ): 65 человек – с СКВ, 38 – с ССД и 91 – с СВ. Методы исследования включали: изучение функционального состояния почек, ренина, альдостерона, катехоламинов, эндотелина-1 в сыворотке крови, подсчет числа десквамированных эндотелиоцитов, исследование спектра аутоантител: антиэндотелиальные антитела (АЭАТ), антинуклеарные антитела (АНА), ревматоидные факторы (РФ), антифосфолипидные (АФЛ) и антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА), антитела к $\beta 2$ гликопротеину-1 ($\beta 2$ ГП1), маркеры активности воспаления, морфологическое исследование аутопсийного материала.

Результаты/обсуждение

Поражение почек имело место у 57,8% больных СКВ, у 22,3% ССД и у 47,1% пациентов СВ. Артериальная гипертензия (АГ) отмечалась у 50,9% больных. На ранних этапах развития ревматического процесса АГ диагностирована у 39,1% больных, на поздних стадиях заболевания – у 51,2% больных. Клинико-морфологическая характеристика поражения почек включала нефрит, изолированный мочевого синдром, нефротический синдром, поражение сосудов почек с вазоренальной гипертензией. При СКВ АГ была связана с развитием люпус-нефрита и коррелировала со степенью активности по шкале SLEDAI ($p = 0,04$). При умеренной активности АГ чаще встречалась у больных с антифосфолипидным синдромом. Острая или хроническая нефропатия сопровождалась АГ у больных ССД. При узелковом полиартериите (УП) развитие АГ на ранних стадиях связано с васкулитом, инфарктами почек, на поздних стадиях – с вторичным поражением клубочков. Вазоренальная гипертензия обусловлена образованием аневризм почечных сосудов. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите сопровождался АГ у 6,5% больных с поражением почек, определяя неблагоприятный прогноз заболевания. Патогенез АГ при неспецифическом аортоартериите включал реноваскулярные механизмы, нарушение центральной гемодинамики на фоне недостаточности аортального клапана, снижение церебрального кровотока. АГ при облитерирующем тромбангиите обусловлена инфарктами почек. Гранулематоз Вегенера характеризовался развитием ассоциированного с АНЦА гломерулонефрита с умеренно выраженной АГ. При РЗ с АГ имела место гиперактивация

симптоадреналовой системы с повышением уровня адреналина, норадреналина и ростом уровня ренина плазмы. Тромботические осложнения встречались при одновременном выявлении антител к $\beta 2$ ГП1 и IgG аКЛ АФЛ.

Выводы/заключение

Поражение почек определяет течение и прогноз заболеваний ревматического профиля. Выявлен патогенетический синергизм между показателями функционального состояния почек, степенью активности иммунного воспаления, гиперактивацией симптоадреналовой системы, и уровнем ренина плазмы.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ БЕЗ СКЛЕРОДЕРМЫ В СОЧЕТАНИИ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Юдкина Н.Н., Волков А.В.

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

Введение/цель

Выделить особенности течения легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) в группе пациентов с висцеральной формой системной склеродермии (ССД).

Материал и методы

Учитывая крайнюю редкость такого варианта ССД, особенно в ассоциации с ЛАГ, в наше исследование включено 11 пациентов с достоверным диагнозом ССД по критериям ACR-EULAR 2013 года. У больных отсутствовали какие-либо признаки вовлечения в патологический процесс кожи: не выявлены отек, индурация или атрофия. ЛАГ подтверждена данными катетеризации правых отделов сердца (КПОС).

Результаты/обсуждение

У 10 из 11 пациентов ССД дебютировала с феноменом Рейно (ФР), только у 1 — с рецидивирующего паротита. До постановки диагноза ССД период изолированного ФР составил более 5 лет. Течение ССД имело хронический и медленно прогрессирующий характер. Учитывая

скудность клинической симптоматики, у 7 из 11 пациентов диагноз ССД был предположен кардиологами лишь после выявления в крови антинуклеарных антител. Первым не-Рейно симптомом у 3 пациентов стала гипотония пищевода, у 2 — дигитальные язвочки, у 2 — телеангиэктазии, а у 1, что примечательно, ЛАГ. Анамнестически и на момент осмотра ни у одного больного из 11 не выявлено вовлечения кожи. При включении в исследование ФР у всех, но дигитальные язвочки и рубчики лишь у троих. У 4 пациентов выявлялись Ro-антитела, у 3 — anti-RNP-70. У 3 из 4 Ro-позитивных выявлен СШ. У 1 больного с anti-RNP-70 в анамнезе нетяжелый миозит. Гипотония пищевода выявлена у 10 из 11. Одному пациенту диагностирован перекрестный синдром с ревматоидным артритом (эрозивный артрит с типичными деформациями, помимо антицентромерных антител (АЦА), положительные РФ и АЦЦП). Диагноз ССД в большинстве случаев удалось подтвердить благодаря наличию типичных для ССД изменений по капилляроскопии (100% случаев) и у 7 — критерияльных склеродермоспецифических АТ (АЦА). Обращает внимание, что минимальный балл для достоверности диагноза, равный 9, имелся у трех АЦА-негативных больных, у остальных превышал 9.

Выводы/заключение

Наше исследование показало, что висцеральная форма ССД отличается значительной скудностью клинической картины, и именно это затрудняет постановку диагноза. Критерии ACR-EULAR 2013 г. продемонстрировали значимое преимущество над старыми, особенно в группе ССД без привычного врачу и искомого вовлечения кожи. Это позволило рано диагностировать ССД в изучаемой группе, а значит и прогнозировать течение ЛАГ. Продолжительность жизни пациента с ЛАГ напрямую зависит от своевременности постановки диагноза ССД и назначения адекватной тяжести состояния ЛАГ-специфической терапии.

