

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Правительство Санкт-Петербурга
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Ассоциация ревматологов России
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
Клиническая ревматологическая больница №25
Санкт-Петербургский медико-социальный институт
Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга»
Санкт-Петербургская общественная организация «Человек и его здоровье»

при участии:

Национального медицинского исследовательского центра имени В.А. Алмазова
Ленинградской областной клинической больницы



ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ДНИ РЕВМАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ – 2020

под редакцией академика РАН Мазурова В.И.,
доцента Трофимова Е.А.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

15-16 октября 2020
Санкт-Петербург

Научное издание

Всероссийский конгресс с международным участием
ДНИ РЕВМАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ – 2020

Сборник тезисов: / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И.,
доцента Трофимова Е.А.

СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2020. – 257 с.

Подготовлено на основе материалов, присланных авторами.

Редакция не несет ответственности за содержание опубликованной информации.

Технический редактор: Бобровник Е.А., Юрина А.О.

Дизайн, верстка: Куделина Т.П.



ТЕРАПИЯ ФИЛГОТИНИБОМ ОБЕСПЕЧИВАЕТ БЫСТРОЕ И УСТОЙЧИВОЕ УЛУЧШЕНИЕ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛИ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ И УТОМЛЯЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И НЕДОСТАТОЧНЫМ ОТВЕТОМ НА ТЕРАПИЮ МЕТОТРЕКСАТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ FINCH 1

Alan Kivitz¹, Yoshiya Tanaka², Susan Lee³, Lei Ye³,
Hao Hu³, Robin Besuyen⁴, Bernard Combe^{5,6}

¹Центр клинических исследований «Альтуна», г. Дункансвилль, Пенсильвания, США

²Университет гигиены труда и окружающей среды, г. Китакусю, Япония

³Gilead Sciences, Inc., г. Фостер-Сити, США

⁴Galapagos BV, г. Лейден, Нидерланды

⁵Университет Монпелье, г. Монпелье, Франция

⁶UMR 5335, г. Монпелье, Франция

Цели. В исследовании FINCH 1 филготиниб (FIL), пероральный, мощный селективный ингибитор JAK1, в комбинации с метотрексатом (MTX) обеспечивал значимое снижение выраженности симптомов ревматоидного артрита (РА) у пациентов с недостаточным ответом на MTX. Представляем данные о частоте и выраженности изменений в исходах, сообщаемых пациентами (PRO – patient reported outcomes), в исследовании FINCH 1.

Материалы и методы. В исследовании FINCH 1 (NCT02889796) пациенты с активным РА получали FIL 200 мг+MTX, FIL 100 мг+MTX, плацебо (PBO)+MTX или адалиумаб (ADA) 40 мг+MTX в течение 52 недель (H52); пациентов, получавших PBO, на H24 повторно рандомизировали (1:1) для приема FIL 100 мг или 200 мг. PRO включали индекс HAQ-DI, оценку боли по ВАШ, а также баллы по SF-36 и FACIT-fatigue (утомляемость). Изменение относительно исходного уровня (ОИУ) в каждой временной точке оценивали до H52 в каждой группе лечения. Для сравнения изменений ОИУ в каждой временной точке до H24 во всех группах FIL с группой PBO использовали модель со смешанными эффектами. Для сравнения доли пациентов, достигших минимального клинически значимого различия (МКЗР), т.е. снижения HAQ-DI ОИУ $\geq 0,22$ в каждой временной точке до H24, во всех группах FIL с группой PBO, использовали модель логистической регрессии.

Результаты и обсуждение. Среди 1755 пациентов, рандомизированных и получивших лечение (475 – FIL 200 мг+MTX; 480 – FIL 100 мг+MTX; 325 – ADA+MTX и 475 – PBO+MTX), 1417 (80,7%) получали исследуемый препарат в течении H52. Уже на H2 и до H24 включительно у пациентов, получавших FIL в любой дозе, наблюдалось номинально значимое снижение ($p < 0,001$) HAQ-DI и балла по ВАШ ОИУ по сравнению с PBO. Улучшение ОИУ сохранялось до H52. На H2 номинально значимо большая доля пациентов достигла МКЗР для HAQ-DI как в группе FIL 200 мг (52,5%; $p < 0,001$), так и в группе FIL 100 мг (46,7%; $p = 0,043$) vs с PBO (40,2%). Это преимущество vs PBO сохранялось до H24, и с H12 по H52 доля пациентов со снижением HAQ-DI $\geq 0,22$ составляла $\geq 75,8\%$ в группе FIL 200 мг и $\geq 71,5\%$ в группе FIL 100 мг.



Терапия FIL обеспечивала номинально значимо большее улучшение качества жизни, связанного со здоровьем ОИУ vs PBO на H4 и H12, как для индекса физического здоровья SF-36 (PCS; $p < 0,001$), так и для индекса психического здоровья SF-36 (MCS; $p \leq 0,006$); номинально значимые различия также наблюдались на H24 для изменения PCS SF-36 ОИУ. К H4 у пациентов, получавших FIL в обеих дозах, наблюдалось номинально значимо большее среднее изменение балла по FACIT-fatigue (утомляемость) ОИУ vs PBO ($p < 0,001$). В группах FIL значимые различия сохранялись до H24, снижение утомляемости отмечалось до H52. В целом изменение ОИУ для HAQ-DI, балла по ВАШ и по FACIT-fatigue (утомляемость) в группах FIL было более выраженным или сопоставимым с изменением в группе ADA в разных временных точках.

Выводы. Терапия FIL в обеих дозах на протяжении 52 недель обеспечивает быстрое и устойчивое улучшение по показателям функционального статуса, выраженности боли, качества жизни, связанного со здоровьем и утомляемости по сравнению с плацебо у пациентов с РА и недостаточным ответом на терапию MTX.

ПОДГРУППОВОЙ АНАЛИЗ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ НИЗКОЙ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РЕМИССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ III ФАЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЛГОТИНИБА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И С НЕДОСТАТОЧНЫМ ОТВЕТОМ НА ТЕРАПИЮ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

**Jacques-Eric Gottenberg¹, Maya H Buch², Roberto Caporali³, Grace C Wright⁴,
Tsutomu Takeuchi⁵, Kenneth Kalunian⁶, Alena Pechonkina⁷, Ying Guo⁷,
Shangbang Rao⁷, YingMeei Tan⁷, Robin Besuyen⁸, Mark C Genovese⁹**

¹Больница Страсбургского университета, г. Страсбург, Франция

²Центр исследований опорно-двигательной системы,
университет Манчестера, г. Манчестер, Великобритания

³Гаэтано Пини – Центр ортопедии и травматологии,
университет Милана, г. Милан, Италия

⁴Частная практика, г. Нью-Йорк, США

⁵Медицинский университет Кэйю, Токио, Япония

⁶Калифорнийский университет, г. Сан-Диего, Ла-Хойя, Калифорния, США

⁷Gilead Sciences, Inc, г. Фостер-Сити, Калифорния, США

⁸Galapagos BV, г. Лейден, Нидерланды

⁹Стэнфордский университет, г. Стэнфорд, Калифорния, США

Цель. Несмотря на наличие эффективных методов лечения, у многих пациентов с ревматоидным артритом (РА) наблюдается недостаточный ответ на терапию генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП). Неизвестно, влияет ли предшествующая терапия ГИБП на эффективность филготиниба (FIL), перорального селективного ингибитора JAK1. В данном анализе оценивали клинический ответ на



терапию FIL у пациентов с недостаточным ответом (НО) на ГИБП, со стратификацией по механизму действия (МД) ГИБП и количеству предшествующих ГИБП.

Методы. В международное исследование III фазы FINCH-2 (NCT02873936) было включено 448 пациентов с активным РА и с НО на ГИБП. Пациентов рандомизировали (1:1:1) для приема FIL 200 мг, FIL 100 мг или плацебо (РВО) один раз в сутки в течение 24 недель (Н). Эффективность оценивали по доле пациентов с низкой активностью заболевания (low disease activity, LDA) или ремиссией на Н24, по CDAI и DAS28 (СРБ), со стратификацией по МД и количеству предшествующих ГИБП. Множественность сравнений не учитывали. Случаи недостающих данных были расценены как отсутствие ответа на лечение.

Результаты. В исследование было включено 448 пациентов с НО на ГИБП, 105 ранее получали ≥ 3 препаратов ГИБП. К Н24 доля пациентов с низкой активностью заболевания была больше в группе FIL vs в группе РВО, независимо от количества предшествующих препаратов ГИБП или МД ГИБП. Доля пациентов с DAS28 (СРБ) $\leq 3,2$ в группе FIL 200 мг vs РВО на Н24 составила 52% vs 26%, 51% vs 22% и 38% vs 9% у пациентов, ранее получавших 1, 2 или ≥ 3 ГИБП соответственно, а также 49% vs 21% и 50% vs 13% у пациентов, ранее получавших ингибиторы ФНО (иФНО) или ингибиторы ИЛ-6 (иИЛ-6). Во всех подгруппах частота была значимо выше vs РВО. На Н24 частота ремиссии у пациентов, получавших FIL, была численно выше, чем в группе РВО. Доля пациентов с DAS28 (СРБ) $< 2,6$ в группе FIL 200 мг vs РВО на Н24 составила 36% vs 14%, 30% vs 14% и 22% vs 6% у пациентов, ранее получавших 1, 2 или ≥ 3 ГИБП соответственно, а также 31% vs 14% и 29% vs 9% у пациентов, получавших иФНО и иИЛ-6. Для LDA и ремиссии дельта между FIL 200 мг и РВО сохранялась независимо от количества или типа предшествующих ГИБП. Нежелательные явления, развившиеся во время лечения, во всех подгруппах соответствовали таковым в общей исследуемой популяции.

Выводы. 24 недели терапии FIL vs РВО обеспечила более высокую частоту LDA и ремиссии у пациентов с НО на терапию иИЛ-6 или иФНО или предшествующую терапию 1, 2 или ≥ 3 ГИБП, с профилем безопасности, соответствующим таковому в общей исследуемой популяции. Более высокая эффективность FIL vs РВО у пациентов с НО на предшествующую терапию несколькими ГИБП свидетельствует о явных преимуществах селективного ингибирования JAK-1, которое обеспечивает филготиниб.

ТРОМБОЗ КАК ПЕРВОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У МАЛЬЧИКА

Абдиева К.Е.¹, Ларина Л.Е.^{1,2}

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова,

²Морозовская детская городская клиническая больница,
Москва

Цель. Привлечь внимание к тромбозам как возможным проявлениям заболевания соединительной ткани, в частности, системной красной волчанки (СКВ).



Материалы и методы. Мальчик, 14 лет, поступил в приемное отделение Морозовской ДГКБ 18.06.2020 с жалобами на отечность и боли в левой ноге при ходьбе. Наследственность и аллергоanamнез не отягощены. Хронические заболевания, травмы и операции отрицает. Контакты с инфекционными больными, в том числе COVID-19, отрицает.

Из анамнеза известно: в ноябре 2019 года был госпитализирован в РДКБ г. Владикавказа с диагнозом Внебольничная пневмония, обусловленная *S.Aureus*, средней тяжести, дыхательная недостаточность 1 ст. На рентгенограмме органов грудной клетки (ОГК) от 29.11.19 – двусторонняя бронхопневмония. Проведена антибактериальная терапия (цефотаксим+амикацин). 5.12.19 был выписан, однако через 3 дня возобновилась фебрильная лихорадка и одышка, госпитализирован до января 2020 г. Со слов отца, с середины декабря ребенок стал жаловаться на боли и отечность левой голени, которые купировались самостоятельно, но после выписки возобновились. 17.02.20 в РДКБ г.Владикавказа диагностирован тромбоз вен левой нижней конечности. Терапия далтепарином натрия 91 МЕ/кг 1 р/д п/к 3 месяца, без эффекта. С 14.06.20 доза препарата увеличена до 122 МЕ/кг 1 р/д.

18.06 обратился самотеком в МДГКБ в связи с длительной неэффективностью лечения. При поступлении состояние средней тяжести, нижние конечности бледно-розового цвета, теплые, отмечалась асимметрия окружностей за счет отечности голени максимально до +4,5 см и бедра максимально до +5 см, умеренная болезненность при пальпации медиальной поверхности левого бедра. На УЗДС вен нижних конечностей выявлен неокклюзионный венозный левосторонний илеофemorальный тромбоз без признаков флотации. Госпитализирован в гематологическое отделение для подбора антикоагулянтной терапии (АКТ). Лабораторно дефицит естественных антикоагулянтов не выявлен, повышение титра IgG к бета-2-гликопротеину, кардиолипину, положительный волчаночный антикоагулянт, что расценено как течение антифосфолипидного синдрома (АФС). Также выявлено повышение титра антител к двуспиральной ДНК, что позволило заподозрить системный васкулит. Продолжена терапия далтепарином натрия в дозе 122 МЕ/кг 2 р/д п/к.

23.06 у пациента появились жалобы на боли в правой подлопаточной области, по данным экстренной компьютерной томографии ОГК с в/в контрастом – признаки тромбоэмболии ниже- и среднедолевой ветвей легочной артерии (ТЭЛА), признаки ишемического поражения ткани легкого. Учитывая неизвестный срок давности ТЭЛА, отсутствие респираторных и гемодинамических нарушений, было решено воздержаться от тромболитической терапии. Пациент переведен на гепаринотерапию непрерывной суточной инфузией в дозе 25 ЕД/кг/ч. С 7.07 получает далтепарин натрия в дозе 122 МЕ/кг 3 р/д, подобрана эффективная АКТ.

8.07 в анализах из НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой антинуклеарный фактор, анти-dsDNA, Sm-антитела, SS-B/LA положительные. Учитывая полученные данные, поставлен диагноз «Системная красная волчанка», пациент переведен в ревматологическое отделение. Учитывая умеренную степень активности заболевания, назначен преднизолон в дозе 0,5 мг/кг, гидроксихлорохин 5 мг/кг per os. Скорректирована доза далтепарина натрия – 91 МЕ/кг 3 р/д. Пациент выписан домой с улучшением.



Результаты и обсуждение. У данного пациента основной причиной тромбообразования является иммунное заболевание (СКВ и вторичный АФС).

Вывод. Данный клинический случай демонстрирует необходимость настороженности в отношении ревматологических заболеваний, особенно СКВ, у детей с тромбозами.

НОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ АУТОИММУННОГО ПРОЦЕССА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Абдужаппарова Н.Э.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии,
г. Фергана, Республика Узбекистан

Цель исследования. Ревматоидный артрит – это тяжелое аутоиммунное заболевание, возникающее в результате того, что иммунная система человека, по неизвестным причинам, начинает атаковать соединительные ткани в суставах, в результате чего в них развивается воспаление, и они начинают разрушаться. По текущим оценкам ВОЗ, от различных форм артрита страдает около 1% от общего населения Земли, и около 5% пожилых людей.

Все люди, которым поставлен такой диагноз, вынуждены жить с постоянной болью, их движения скованны, постоянные спутники таких больных – воспаление и прогрессирующая деформация мелких суставов. Но и это еще не все: они также подвергаются повышенному риску заболеваний сердца и почек, страдают от нарушения зрения и других воспалительных осложнений. Установлено, что ревматоидный артрит сокращает продолжительность жизни в среднем на 3-12 лет.

Материалы и методы. Надежду на новое эффективное лечение, которое может защитить человека от воспаления суставов, дает новая работа ученых из Каролинского института в Швеции. Они обнаружили механизм, который может быть ключевым в регулировании нежелательных иммунных атак.

Исследователи сосредоточились на паре белков, известных как интерлейкин 4 (IL-4) и интерлейкин 13 (IL-13). Это информационные молекулы, которые вырабатываются иммунными клетками в присутствии аллергенов или паразитарных заболеваний.

Специалисты изучают эти интерлейкины в поисках более эффективных способов лечения воспаления и связанных с ним расстройств.

Шведские ученые использовали технологию редактирования генов CRISPR для модификации отдельных генов иммунных клеток, чтобы выяснить, как изменяется их поведение.

Эксперименты показали, что IL-4 и IL-13 влияют на поведение нейтрофилов – иммунных клеток, которые в больших количествах собираются в воспаленных суставах людей с ревматоидным артритом.

Результаты и обсуждение. В частности, выяснилось, что интерлейкины 4 и 13 предотвращают миграцию нейтрофилов в воспаленный сустав, тем самым оста-



навливая нейтрофильный ответ, то есть аутоиммунную атаку. Более того, эти белки помогают устранить воспаление сустава. Оказалось, что их присутствие стимулирует увеличение рецепторов на поверхности нейтрофилов, которые ингибируют, то есть замедляют или нейтрализуют воспалительный процесс.

Выводы. Исследователи уверены, это открытие сыграет ключевую роль в разработке новых способов лечения воспаления суставов и таких состояний как ревматоидный артрит. Научная статья по итогам этой работы принята к публикации в журнале PNAS.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

**Абдуллаев А.Х.^{1,2}, Аляви Б.А.^{1,2}, Алиахунова М.Ю.¹,
Югай Л.А.¹, Турсунбаев А.К.², Расулев Е.Э.²**

¹Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучение эффективности комплексного лечения болевого синдрома ингибитором простагландинов и хондропротектором при дегенеративно-дистрофических заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. В исследование включили 34 пациента (средний возраст – 52,0±4,5 года), с дорсалгиями на фоне спондилоартроза и остеохондроза, получавших диклофенак натрия (Диклоберл), 100 мг по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение 5 дней и хондропротектор Глюкофлекс по 1 каплете в день на протяжении 3 месяцев. Исходно и через 3 месяца проводили клинические и лабораторно-инструментальные исследования (общие и биохимические анализы крови, анализ мочи, С-реактивный белок (СРБ), рентген, при необходимости – магнитно-резонансную или компьютерную томографию (МРТ, КТ). Эффективность лечения оценивали по интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ – 100 мм); объему движений; мышечно-тоническим проявлениям; выраженности корешкового синдрома; оценке пациентами болевых ощущений.

Результаты и обсуждение. Боли характеризовались широким спектром разнообразных ощущений. Почти у всех больных преобладал вертеброгенный болевой синдром в пояснично-крестцовой области с иррадиацией в нижние конечности, с ограничением движений в поясничном отделе позвоночника, напряжением и болезненностью окологривных мышц и их остистых отростков, паравертебральных точек при пальпации. У нескольких пациентов (3) наблюдали снижение или выпадение соответствующих рефлексов, мышечную слабость и гипестезию в зоне пораженных нервных корешков. Интенсивность боли пациенты оценили как сильную (13) и умеренную (21), соответственно 81,4±7 и 61,6±5 мм по ВАШ. Под влиянием



лечения клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались СРБ, лейкоциты, СОЭ, отмечена благоприятная тенденция данных КТ, МРТ, рентген-денситометрии. Интенсивность боли по ВАШ через 5 дней у 26 больных (76,4%) снизилась до $26,5 \pm 3$ мм и у 8 (23,6%) до $31,5 \pm 6$ мм. У большинства обследованных восстановился объем движений и купировались явления корешкового синдрома. Значительное улучшение отметили 29 больных (85,2%), а положительная динамика выявлена у всех пациентов. Применение комплекса Диклоберл+Глюкофлекс способствовало быстрому купированию болевого синдрома, улучшению состояния больных, исчезновению симптомов натяжения, ускорению восстановления двигательной активности. Оценка результатов лечения, по мнению врачей и пациентов, совпала во всех случаях. Хороший клинический эффект достигался благодаря мощному противовоспалительному и анальгетическому действию Диклоберла и многогранным свойствам Глюкофлекса, в состав которого входят глюкозамина гидрохлорид, хондроитина сульфат, кальций, магний, витамины С, D и K, цинк, медь, бор, и марганец. Эти природные соединения стимулируют иммунитет и синтез коллагена, участвуют в процессах энергообразования, синтезе костей и соединительной ткани, восстанавливают поврежденные клетки соединительной ткани, повышают их эластичность, улучшают кровоснабжение суставов и тканей, стимулируют иммунитет.

Выводы. Применение комплекса Диклоберл+Глюкофлекс характеризуется высокой клинической эффективностью и ассоциируется с лучшим клиническим эффектом терапии у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (спондилоартроз, остеохондроз) с болевым синдромом, что позволяет рекомендовать его в лечении пациентов с этой патологией.

РОЛЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ЮВЕНИЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИХ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ

Абдуразакова З.К., Юнусова Р.Т., Худайназарова С.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит – наиболее тяжелая и инвалидизирующая форма хронической патологии у детей и подростков. Ранняя диагностика и лечение идиопатического артрита у детей – одна из наиболее актуальных проблем педиатрии. В настоящее время и во всем мире, наблюдается тенденция к неуклонному росту распространенности ревматических болезней как в общей, так и в детской популяции (Баранов А.А., Алексеева Е.И., 2004). С 1999 г. распространенность ревматических болезней у детей по всему миру выросла на 30%: от 132,9 на 100 тыс. детей до 18 лет в 1999 г. до 170,7 на 100 тыс. – в 2003 г. (Баранов А.А., Алексеева Е.И., 2004).

Цель исследования. На основании трехлетнего наблюдения и ретроспективно-го анализа архивных историй, оценить роль иммунологических факторов в развитии и формировании ювенильных идиопатических артритов. Работа проведена на базе ка-



федры Госпитальной педиатрии N2, в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ, за период с 2016 по 2019 гг. В исследование были включены 42 больных детей с установленным диагнозом ЮА.

Результаты исследования. При анализе иммунологических показателей клеточного и гуморального звена иммунной системы у детей с ЮРА, показатели CD3 – Т лимфоциты имели достоверные отличия от нормы и в зависимости от формы заболевания имели тенденцию к увеличению (N – $50.25 \pm 4.59\%$; полиартикулярная форма ЮИА – $61.00 \pm 2.09\%$; системной форма ЮИА – $68.97 \pm 5.115\%$), что подтверждало гиперактивность иммунитета и иммунопролиферативный характер заболевания. Показатели CD3- Т лимфоциты, и CD8- цитотоксические лимфоциты у детей с ЮИА были достоверно выше ($P < 0,05$), нормы.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что наряду с РФ и АНФ у детей с ранним ЮИА с равной или большей частотой выявляются также и другие иммунологические маркеры – CD3 Т лимфоциты, и CD8-цитотоксические лимфоциты. Частота повышения и уровни концентраций этих показателей были выше, чем у здоровых детей.

ПЕРСПЕКТИВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ БЕЗОПАСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ HILT (HIGH INTENSITY LASER THERAPY – ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ) У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СУСТАВОВ

Абусева Г.Р.^{1,2}, Хозяинова С.С.^{1,2}, Адхамов Б.М.¹, Иващев В.В.¹

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

²Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить перспективы и возможности безопасного применения высокоинтенсивной лазерной терапии (HILT) у пациентов с патологией суставов.

Материалы и методы. Поиск в зарубежных и отечественных базах данных систематических обзоров (на основании анализов РКИ) по применению HILT у пациентов с заболеваниями суставов различной этиологии.

Результаты. Были проанализированы данные более 1000 публикаций по применению HILT за последние 15 лет, причем за последние 5 лет отмечается неуклонный рост количества исследований по применению данного вида лазеротерапии как у пациентов, так и в опытах на животных/in vitro. По данным анализа большая часть публикаций посвящена применению HILT при патологии костно-мышечной системы. Так, в РКИ с участием 93 пациентов с остеоартрозом (ОА) коленного сустава была выявлена эффективность HILT по сравнению с физическими упражнениями. Статистический анализ был проведен на исходном уровне, сразу после лечения и через 12 недель. HILT была значительно более эффективна, чем группа сравнения, в снижении ВАШ (VAS), увеличении объема движений в суставе и улучшении показателей по опроснику WOMAC как



после лечения, так и через 12 недель (Nazari A, Moezy A и др., 2019 г.). В другом РКИ с участием 72 пациентов с ОА коленного сустава сравнивали терапевтические эффекты НЛТ с контрольной группой, получавшей НЛТ плацебо. В обеих группах было семь сеансов лечения. ВАШ и долориметрия использовались для оценки боли до и после терапии. Уровни боли, измеренные с помощью ВАШ и долориметрии, значительно снизились в терапевтической группе по сравнению с контрольной после семи дней лечения ($p < 0,001$). Кроме того, после применения высокоинтенсивной лазерной терапии был выявлен и более интенсивный кумулятивный эффект (Angelova A, Pieva E, 2016 г.). Следует отметить, что НЛТ успешно применяется и в детской практике. В РКИ по применению НЛТ у детей с гемофильным остеоартрозом в возрасте от 9 до 13 лет было выявлено, что дети в группе, получавшей лазер (общая энергия 1500 Дж/3 сеанса в неделю), отметили значительное снижение боли, улучшение функциональной способности и параметров походки по сравнению с таковыми в группе плацебо ($p < 0,05$). Функциональные возможности после лечения для групп лазеров и плацебо составляли $316,6 \pm 35,27$ и $288 \pm 43,3$ м соответственно (SM El-Shamy, AAM Abdelaal, 2018 г.). В другой работе El-Shamy SM, Alayat MSM и др. (2018 г.) продемонстрирована эффективность НЛТ (на каждое колено 600-750 Дж/3 сеанса в неделю) в сочетании с программой физических упражнений у детей (средний возраст $10,53 \pm 1,25$ года) с ювенильным ревматоидным артритом по сравнению с контрольной группой, получавшей такую же программу упражнений и НЛТ плацебо. Результаты исследования показали, что уровень боли по VAS значительно снизился и параметры походки значительно улучшились в группе, получавшей лазер, по сравнению с группой, получавшей плацебо, эффект сохранялся через 4 недели лечения и через 12 недель. Кроме того, в систематическом обзоре (включено 6 РКИ) 2018 года Wyszynska J, Bal-Bocheńska M. показали, что все выбранные исследования выявили положительный эффект НЛТ (диапазон мощности лазерного излучения составлял от 0,51 до 120 Дж/см² и общая энергия, передаваемая во время одной процедуры, варьировалась от 1250 до 3000 Дж) при лечении ОА коленного сустава, выразившийся в уменьшении боли и улучшении функциональных возможностей конечности.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что НЛТ может быть методом выбора при лечении патологии суставов различной этиологии, в частности гонартроза и ювенильного ревматоидного артрита.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НПВП НА ПОРАЖЕНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Коксит является одной из наиболее частых причин ранней инвалидизации больных с аксиальным спондилоартритом (аксСпА). В России почти у половины пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) выявляется коксит. При пора-



жении тазобедренных суставов (ТБС) почти не встречается легкого течения аксСпА, однако по данным эпидемиологических исследований России только 7% пациентов требуется эндопротезирование тазобедренных суставов.

Цель. Оценить эффективность терапии НПВП у больных с аксСпА и кокситом.

Материал и методы. Были отобраны 25 больных (19 мужчин и 6 женщин) с аксСпА наблюдавшихся не менее 2 лет постоянно принимавшие НПВП. 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 остейта. Для каждого ТБС был оценен индекс BASRI hip и за рентгенологический коксит принималось его увеличение до 2 стадии и выше. Средний возраст составил $31,1 \pm 7,0$ года при средней длительности болезни $74,52 \pm 100,1$ мес. Позитивными по HLA-B27 были 23 (92%) больных.

Результаты. Был проведен сравнительный анализ клинико – лабораторных и инструментальных показателей заболевания на фоне 2-х летнего наблюдения. При включении в исследование у 25 (100%) были выявлены МРТ признаки коксита, через два года только 15 (60%) ($p < 0,05$). На фоне постоянного приема НПВП количество МРТ выявляемого синовита снизилось с 25 (100%) до 13 (52%) ($p < 0,05$). Однако также получено и достоверное увеличение рентгенологического коксита, при включении BASRI hip ≥ 2 выявлен у 1 (4%), а через два года у 9 (36%) пациентов ($p < 0,05$). Медиана ШКР на момент включения составляла 6,8 мм, а через два года снизилась до 6,2 мм ($p > 0,05$). Другие клинические показатели активности такие как BASDAI, BASFI, ASDAS сrb, СОЭ и СРБ также снизились, однако достоверное различие между ними не получены ($p > 0,05$).

Заключение. Регулярный прием НПВП в большинстве случаев позволяет уменьшить количества выпота в ТБС по данным МРТ, однако на рентгенологическое прогрессирование коксита терапия не влияет.

ДИНАМИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ ПРИ РАННЕМ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

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

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Почти у половины пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) в России выявляется поражение тазобедренных суставов (ТБС), однако причины и темпы его прогрессирования не изучены.

Цель. Оценить рентгенологическое прогрессирование в ТБС у пациентов с ранним аксиальным спондилоартритом (аксСпА) в течение двух лет наблюдения.

Материал и методы. Были проанализированы 38 пациентов с аксСпА (ASAS критерии 2009) (20 женщин и 18 мужчин), из когорты KoPCaP (Когорта Раннего



Спондилоартрита), наблюдавшихся не менее 2 лет без инструментальных признаков (рентгенография и УЗИ) поражения ТБС. Через 2 года пациенты повторно прошли полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. У всех пациентов оценивался индекс BASRI hip для каждого ТБС. Средний возраст больных составил $28,8 \pm 5,5$ года при средней длительности болезни $22,7 \pm 15,7$ мес. Позитивными по HLA-B27 были 35 (92%) больных. Медианы значений лабораторных показателей воспаления СОЭ и СРБ исходно были (8,0 мм/ч и 5,1 мг/л соответственно), однако спустя 2 года показатели снизились, в том числе СОЭ до 7,0 мм/ч, а СРБ до 2,5 мг/л ($p > 0,05$). Боль в ТБС выявлялась у 17 из 38 пациентов (45,0%) на момент включения, при этом через год боль в ТБС сохранялась только у 7, а через 24 месяца – у 4 (11%) больных.

Медиана значений индекса BASDAI также снизилась за 2 года активного наблюдения с 3,1 до 2,3 ($p < 0,05$). Значение индекса ASDAS СРБ была высокой и соответствовала $2,3 \pm 1,2$, которое через 2 года тоже снизилось до $1,7 \pm 1,1$ ($p < 0,05$).

Что касается других клинических проявлений заболевания, что в момент включения в исследование среди 11 больных 29% имели периферические артриты, а через 2 года – только около 6% ($p < 0,05$). Функциональный индекс больных (BASFI) исходно равнялся 0,9, а спустя 2 года снизился до 0,4 ($p > 0,05$).

Результаты. При включении в исследование у всех пациентов рентгенологические изменения в ТБС отсутствовали. Через 2 года после начала наблюдения количество пациентов с рентгенологическими изменениями в ТБС составило 14 (37%), а у 7 из них выявлен рентгенологический коксит (BASRI hip ≥ 2).

Для оценки связи рентгенологического прогрессирования с активностью заболевания, функциональным статусом и другими клиническими проявлениями аксСпА пациенты были разделены на две группы (Δ BASRI hip=0 и Δ BASRI hip>0). В группу с Δ BASRI hip=0 было включено 24 пациента (11 мужчин и 13 женщин), а в группу с Δ BASRI hip >0 вошло 14 (7 мужчин и 7 женщин) ($p > 0,05$). По клиническим параметрам, таким как длительность заболевания, возраст пациентов, BASDAI ASDAS срб, BASFI, СОЭ и СРБ группы между собой не различались ($p > 0,05$).

Заключение. У части больных аксСпА без инструментальных признаков коксита уже в первые годы заболевания выявляются рентгенологические признаки повреждения ТБС. Прогрессирование коксита не зависело от активности заболевания и от пола пациентов.

АНТИМЮЛЛЕРОВ ГОРМОН У ПАЦИЕНТОК С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Алекберова З.С., Голоева Р.Г., Черкасова М.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Большинство аутоиммунных заболеваний манифестирует у пациентов репродуктивного возраста. Значительное преобладание молодых женщин среди больных СКВ, частота дебюта и обострений заболевания во время беременности и по-



сле родов позволили исследователям обсуждать роль половых гормонов в патогенезе СКВ. С другой стороны, наступление менопаузы способствует более благоприятному течению заболевания. АМГ – один из ключевых параметров оценки репродуктивной функции и овариального резерва. Уровень АМГ в сыворотке крови стабилен на протяжении всего менструального цикла и коррелирует с остаточным фолликулярным пулом у женщин репродуктивного возраста.

Цель. Оценить овариальный резерв у пациенток с СКВ фертильного возраста.

Материалы и методы. В исследование включены 12 женщин фертильного возраста с СКВ, группу контроля составили 15 здоровых женщин подобранных по возрасту. Диагноз СКВ установлен на основании классификационных критериев EULAR/ACR 2019 г. Уровень АМГ определялся энзим-связанным иммуносорбентным методом (ELISA).

Результаты. Средний возраст больных с СКВ составил 33,5 [29; 38] лет, в группе контроля – 32,0 [26; 35] года. Средняя продолжительность болезни была 11,5 [2,8; 18] лет. Не получено взаимосвязи уровня АМГ и клинической картины СКВ. Средний уровень АМГ у больных с СКВ составил 3,5 нг/мл в группе контроля 3,1 нг/мл, достоверных различий в группах не выявлено. Низкий уровень АМГ (0,1 нг/мл, n=3) обнаружено только у тех пациенток с высокой активностью СКВ, получающих ЦФ и Ритуксимаб.

Выводы. Овариальная функция снижена у пациенток с высокой активностью СКВ, получающих ЦФ и Ритуксимаб. Обнаружение низкого уровня АМГ в крови позволяет своевременно откорректировать терапевтическую тактику и поиск для каждой нозологии базисных препаратов, менее негативно влияющих на фертильность.

СОЧЕТАНИЕ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ: СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Алекберова З.С., Дубинина Т.В., Голоева Р.Г., Агафонова Е.М.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Представить случаи сочетания ББ с аксиальным спондилоартритом.

Материал и методы. За период с 1990 по 2018 гг. в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой было обследовано 470 пациентов с ББ, удовлетворявших критериям ISBD. Сочетание ББ с аксиальным спондилоартритом имели 9 (1,9%) больных. Из них у 7 диагноз соответствовал модифицированным Нью-Йоркским критериям АС (1984 г.), у остальных – рентгенологическому аксиальному спондилоартриту по критериям ASAS 2009 г.

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов были мужчины (55,6%). Дебют с ББ был отмечен у 6 больных. Симптомы АС присоединились в среднем через 8,4 лет [2; 10] от появления клинических проявлений ББ. У трех пациентов с АС через 10, 15 и 9 лет соответственно от появления первых симптомов развилась ББ. Средняя продолжительность ББ составила 14,0±7,8 лет, а АС – 10,9±6,2 лет. Все пациенты были позитивными по HLA-B27, у трех больных был выявлен B5-антиген. Все 9 пациентов имели слизисто-кожные проявления, характерные для ББ. У 4 больных



диагностировано поражение глаз: генерализованный увеит с ангиитом сетчатки, задний увеит с и без ангиита сетчатки. В 44,4% случаев было обнаружено поражение ЖКТ. Периферический артрит имели все пациенты. Вовлечение энтезисов отмечено у 66,7% больных. Рентгенологические признаки двустороннего СИ, соответствующего модифицированным Нью-Йоркским критериям, были выявлены у 7 (77,8%) пациентов, активные воспалительные изменения в области КПС по данным МРТ обнаружены у 3 (33,3%) больных.

Заключение. В повседневной клинической практике необходимо учитывать возможность перекреста между ББ и АС, что будет способствовать выбору оптимальной стратегии лечения.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ СУБХОНДРАЛЬНОЙ КОСТИ КАК ФАКТОР РИСКА БЫСТРОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кусевич Д.А., Кашеварова Н.Г., Аникин С.Г.,
Шарапова Е.П., Стребкова Е.А., Бибулатова Ф.Х., Лиля А.М.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить взаимосвязь минеральной плотности костной ткани (МПК) субхондральных отделов бедренной и большеберцовой костей с прогрессированием остеоартрита (ОА) коленных суставов в течение 1 года наблюдения.

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 185 женщин в возрасте 40-75 лет, с достоверным диагнозом ОА (АКР) коленных суставов II-III стадии (Kellgren J.-Lawrence J.), подписавших информированное согласие. Средний возраст составил $59,2 \pm 7,4$ лет, ИМТ $27,7 \pm 4,4$ кг/м² и длительность заболевания $12 \pm 8,1$ лет. На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ, сопутствующие заболевания и терапию за период наблюдения. Всем пациенткам проводились стандартная рентгенография коленных суставов, двухэнергетическая рентгеновская денситометрия поясничного отдела позвоночника (L1-L4), шейки бедра и субхондральных отделов бедренной и большеберцовой костей. Для оценки МПК субхондральной кости использована методика, описанная E. Murphy и C. Hulet.

Результаты и обсуждение. За год прогрессирование ОА коленных суставов было отмечено у 15 пациенток (1-ая группа), у 170 – стадия заболевания осталась прежняя (2-ая группа). При сравнении групп не было выявлено отличий по возрасту, возрасту начала заболевания и длительности заболевания. Однако в группе прогрессии отмечался больший ИМТ ($31,9 \pm 5,8$ и $27,3 \pm 4,1$ кг/м², $p < 0,0001$) и интенсивность боли при ходьбе (по ВАШ) $65,8 \pm 11,8$ и $47,5 \pm 18,7$ мм ($p < 0,0003$). У большего числа женщин из 1-ой группы выявлены сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (соответственно 93,3% и 71,8%, ОР=1,3, 95% ДИ 1,1-1,53, $p=0,05$) и сахарный



диабет 2 типа (33,3% и 12,9%, ОР=2,57, 95% ДИ 1,14-5,82, $p=0,04$); им чаще выполнялись внутрисуставные инъекции глюкокортикоидов в коленные суставы (57,1% и 30,8%, ОР=1,85, 95% ДИ 1,09-3,14, $p=0,05$). Межгрупповых отличий по абсолютным значениям МПК осевого скелета не зарегистрировано: в L1-L4 (0,95 [0,92; 1,25] и 0,93 [0,81; 1,03], $p>0,05$) и шейке бедренной кости (0,83 [0,69; 1,2] и 0,78 [0,71; 0,89], $p>0,05$). При оценке МПК субхондральных отделов латерального (0,79 [0,54; 0,93] и 0,75 [0,64; 0,88], $p>0,05$) и медиального (0,89 [0,76; 1,01] и 0,82 [0,68; 0,96], $p>0,05$) мышцелков большеберцовой кости также получены сопоставимые данные, с тенденцией к более высоким показателям в группе прогрессии. Статистически значимые более высокие значения МПК субхондральных отделов бедренной кости выявлены в 1 группе: латеральный мышцелок бедренной кости 1-ая группа – 1,09 [0,74; 1,26] и 2-ая группа – 0,87 [0,75; 1,0], $p=0,04$ и медиальный мышцелок – 1,03 [0,96; 1,13] и 0,86 [0,73; 1,07], $p=0,03$, соответственно. В корреляционном анализе подтверждена взаимосвязь между рентгенологическим прогрессированием ОА и МПК субхондральной кости латерального и медиального мышцелков бедренной кости ($p=0,05$).

Вывод. Более высокие значения МПК в субхондральных отделах бедренной кости могут рассматриваться как предикторы быстрого рентгенологического прогрессирования ОА, однако требуется дальнейшее изучение этого вопроса в многоцентровых длительных проспективных исследованиях.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Алексейчик С.С.¹, Михнович Е.Р.², Жихарь Н.А.¹

¹6-я городская клиническая больница г. Минска,

²Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучить клиничко-рентгенологические особенности деформаций переднего отдела стопы у пациентов с ревматоидным артритом (РА). В зависимости от типа деформации переднего отдела стопы определить оптимальные варианты хирургического лечения.

Материалы и методы. С 2003 по 2018 годы в Городском центре травматологии и ортопедии УЗ 6 ГКБ г. Минска пролечено 97 пациентов с РА, имевших деформацию переднего отдела стопы. У 35 из них операция выполнена на обеих стопах. Возраст оперированных больных колебался от 18 до 82 лет. Средний возраст составил $53,7\pm 9,3$ года. Женщин было 91, мужчин 6. Все пациенты были подвергнуты клиническому и рентгенологическому исследованию стоп до и через 24 месяца после операции. Для оценки использовали анкету Американской ассоциации хирургов стопы и голеностопного сустава (AOFAS). Боль оценивали при помощи визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ). При клиническом осмотре определяли характер деформации



(фиксированная, нефиксированная). При нефиксированной деформации расширение переднего отдела стопы легко устраняется при помощи ручной коррекции. При фиксированной деформации головка I плюсневой кости не приближается к остальным при попытке пальцевого сдавливания стопы в поперечном направлении из-за ригидности I предплюсне-плюсневого сочленения. Выполняли рентгенографию переднего отдела стоп в прямой проекции под нагрузкой (стоя) и рентгенографию переднего отдела стопы в косой проекции без нагрузки (сидя). На рентгенограммах оценивали угол вальгусного отклонения I пальца (HVA) и угол между I и II плюсневыми костями (1-2-IMA). В зависимости от клинико-рентгенологических характеристик были выделены три типа деформации. Первый тип (7 стоп) характеризовался деформацией только первого луча стопы без деформации II-V плюснефаланговых суставов (ПФС), второй тип (12 стоп) присутствовала деформация только II-V ПФС с подвывихами или вывихами пальцев, у третьего типа (113 стоп) имелась деформация первого луча стопы в сочетании с деформацией II-V ПФС. В первой группе выполнялись традиционные оперативные вмешательства, направленные на устранение вальгусной деформации первого пальца. Во второй группе проводилась резекция II-V ПФС. В третьей группе выполнялась коррекция положения первого луча стопы в сочетании с резекцией «малых» плюснефаланговых суставов. При фиксированной деформации выполняли корригирующую остеотомию I плюсневой кости в сочетании с артропластикой I плюснефалангового сустава (I ПФС). При нефиксированной деформации выполняли артродез I ПФС.

Результаты и обсуждение. Всего пролечено 132 стопы (n=132). Средний срок наблюдения составил $22 \pm 2,4$ месяцев. ВАШ до операции $6,7 \pm 1,5$ см, после $3,1 \pm 1,4$ см; AOFAS до операции $32,64 \pm 9,21$, AOFAS после $83,12 \pm 8,17$, HVA до операции $43,7^\circ \pm 9,5$, HVA после $13,7^\circ \pm 7,2$, 1-2-IMA до операции $16,3^\circ \pm 5,7$, 1-2-IMA после операции $9,6^\circ \pm 3,9$.

Выводы. В большинстве случаев у пациентов с РА с поражением суставов переднего отдела стопы деформация имеет характерный вид «ревматоидной стопы». Однако в ряде случаев имеет место изолированное поражение плюснефаланговых суставов «малых» пальцев либо изолированное поражение первого «луча» стопы, напоминающее hallux valgus. Такое разнообразие требует дифференцированного подхода к хирургическому лечению.

ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

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

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Осложнение сердечно-сосудистые заболевание являются одной из основных причин смертности у больных с ревматоидным артритом (РА).



На сегодняшний день интересует многих специалистов кардиоревматологов оценка состояния гемостаза у больных с РА и ИБС на фоне лечения различными НПВП, ацетилсалициловой кислотой (АСК) и выявление больных с резистентностью к АСК.

Цель. Характеристика изучения коагуляционные и сосудисто-тромбоцитарные параметры гемостаза, оценить эффективность терапии АСК у больных РА в сочетании с ИБС в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Исследованы показатели гемостаза у 76 больных (44 пациента 50 лет и старше и 32 пациента до 50 лет), проведено сравнение результатов в зависимости от принимаемого НПВП. При выявлении гиперагрегации тромбоцитов назначали АСК в дозе 100 мг, и повторно агрегацию исследовали на 7-8 день.

Результаты и обсуждение. Выявлена активация коагуляционного типа гемостаза, характеризующаяся увеличением показателей внутрисосудистого свертывания и снижением фибринолитической активности, независимо от возраста. В группе старше 50 лет выявлено увеличение уровня фактора Виллебранда. У лиц, принимающих диклофенак, нимесулид, мелоксикам, выявлена активация сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, степень которой коррелировала с возрастом. В группе теноксикама выявлено снижение адреналин-индуцированной агрегации (аспириноподобный эффект препарата) независимо от возраста. Не получено адекватного ответа на аспирин у 37,2% лиц до 50 лет и у 45,7% после 50 лет.

Выводы и заключение. Наличие повышения коагуляции и повышенным агрегации тромбоцитов у больных с РА и ИБС, определяет необходимость назначения аспирина для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, независимо от возраста. Антиагрегантную терапию необходимо назначать под контролем показателей гемостаза, так как с возрастом эффективность аспирина уменьшается.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЛЕЧЕНИЯ

Аронова Е.С.¹, Лукина Г.В.^{1,2}, Глухова С.И.¹, Гриднева Г.И.¹, Кудрявцева А.В.¹

¹Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

²Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова,
Москва

Цель. Изучить причины отмены генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) и оценить выживаемость ГИБП у больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. В ретроспективное исследование было включено 204 взрослых пациента (173 женщины, 84,8%), с активным, несмотря на проводимую терапию стандартными базисными противовоспалительными препаратами (БПВП), ревматоидным артритом, которым впервые была назначена терапия различными ГИБП: инфликсимаб (ИНФ) – 65 больным (31,9%), ритуксимаб (РТМ) – 39 (19,1%), адалимумаб (АДА) – 30 (14,7%), этанерцепт (ЭТЦ) – 28 (13,7%), абатацепт (АБА) – 23 (11,3%), тоцилизумаб (ТОЦ) – 15 (7,4%), цертолизумаб пегол (ЦП) – 4 (1,9%).



Результаты и обсуждение. Через год 92 больных (45%) продолжали генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ) и у 112 больных лечение было прекращено. Среднее время лечения составило $0,75 \pm 0,33$ лет. Наибольшая продолжительность лечения была в группах РТМ и АБА ($0,92 \pm 0,22$ и $0,83 \pm 0,29$ лет соответственно). Средняя продолжительность лечения ИНФ составила $0,76 \pm 0,34$ лет, АДА – $0,72 \pm 0,3$ лет, ЭТЦ – $0,62 \pm 0,39$ лет, ТЦЗ – $0,55 \pm 0,37$ лет, ЦП – $0,44 \pm 0,38$ лет. Наилучшую выживаемость показала терапия РТМ (69,23% пациентов продолжали лечение в течение года), ЭТЦ (44,4% пациентов) и АБА (43,48% пациентов). Для ИНФ, АДА и ТЦЗ эти показатели составили 43,08%, 37,93% и 20% соответственно. Причины прекращения терапии распределились следующим образом: 56 (50%) больным ГИБП был отменен в связи с недостаточной эффективностью (включая первичную неэффективность), 28 больным (25%) – вследствие развития нежелательных реакций, 19 больным (17%) – по административным причинам, 7 больным (6,25%) – в связи с медикаментозной ремиссией. В течение первого года терапии было зарегистрировано два случая смерти (1,75%) в связи с тяжелыми коморбидными состояниями у больных, один из которых получал РТМ, другой – ТЦЗ. Используя метод Каплана-Майера и лог-ранговый критерий, мы оценили выживаемость терапии раздельно для случаев отмены в связи с недостаточной эффективностью или нежелательной реакцией. В обоих случаях лучшая выживаемость терапии была ассоциирована с РТМ, однако эта закономерность не имела статистической значимости. Наименьшая выживаемость наблюдалась при назначении ЦП (ни один пациент не достиг контрольной точки).

Вывод. 44,9% больных РА продолжали лечение впервые назначенным ГИБП более 12 месяцев. Наиболее частой причиной прекращения терапии являлась ее недостаточная эффективность. Наилучшая выживаемость ГИБТ отмечалась на фоне РТМ и АБА.

ПРЕДИКТОРЫ УДЕРЖАНИЯ НА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЛЕЧЕНИЯ

Аронова Е.С.¹, Лукина Г.В.^{1,2}, Глухова С.И.¹, Гриднева Г.И.¹, Кудрявцева А.В.¹

¹Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

²Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова,
Москва

Цель. Выявление предикторов выживаемости генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) у ранее бионаивных больных ревматоидным артритом (РА) в течение первого года терапии.

Материал и методы. В ретроспективное исследование было включено 204 взрослых пациента (173 женщины, 84,8%), с активным РА, несмотря на проводимую терапию стандартными базисными противовоспалительными препаратами (БПВП), которым впервые была назначена терапия различными ГИБП: инфликсимаб (ИНФ) – 65 больным (31,9%), ритуксимаб (РТМ) – 39 (19,1%), адалимумаб (АДА) – 30 (14,7%), этанерцепт (ЭТА) – 28 (13,7%), абатацепт (АБА) – 23 (11,3%), тоцилизумаб (ТОЦ) – 15



(7,4%), цертолизумаб пегол (ЦП) – 4 (1,9%). В качестве предикторов выживаемости использовались следующие показатели: пол, возраст и клиническая форма РА.

Результаты и обсуждение. Через год 92 больных (45%) продолжали генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ). Причинами отмены были: недостаточная эффективность – 50%, нежелательные реакции (НР) – 25%, административные причины – 17%, ремиссия – 6,25%, смерть – 1,75%. Несмотря на то, что среди пациентов, продолжающих лечение через год, число женщин, значительно превышало число мужчин, женский пол не являлся достоверным предиктором выживаемости на терапии. В то же время частота прекращения ГИБТ в связи с возникновением НР у женщин была выше (96,55%, $p=0,03$). Наилучшую выживаемость показала терапия РТМ (69,23% пациентов продолжали лечение в течение года), ЭТА (44,4% пациентов) и АБА (43,48% пациентов). Прекращение ГИБТ вследствие ремиссии РА было достигнуто у 7 больных и оказалось достоверно выше в группе РТМ (10,26%, $p<0,05$) по сравнению с группой АБА (8,7%) и АДА (3,45%). Число пациентов, продолжающих лечение, во всех возрастных группах оставалось сравнимым, а разница между ними – статистически не значимой. Прекращение ГИБТ в связи с недостаточной эффективностью достоверно чаще отмечалось в 1 группе (46,43%, 26 больных, $p=0,03$), в остальных группах этот показатель составил 33,93% (19 больных) во 2 группе, 19,64% (11 больных) в 3 группе и 0% в 4 группе. Отмена терапии в связи с нежелательными реакциями также преобладала в 1 группе (50%, 14 больных), чем во 2 (14,3%, 4 больных), 3 (32,1%, 9 больных) и 4 (3,6%, 1 больной). Частота прекращения лечения в связи с ремиссией болезни достоверно не различалась: 28,57% (2 больных), 42,86% (3 больных), 28,57% (2 больных) и 0% в 1, 2, 3, 4 группах соответственно. Прекращение терапии в связи с недостаточной эффективностью чаще отмечалось в группе серонегативного ревматоидного артрита – 59,1%. Отмена ГИБТ в связи с ремиссией РА в подавляющем большинстве случаев отмечалась в группе серопозитивного РА (6 больных, 4%) и была достоверно выше, чем в других группах (1 больной в группе РА с внесуставными проявлениями, 4,5%).

Вывод. Женский пол, молодой возраст (18-44 лет), серонегативный по ревматоидному фактору РА были ассоциированы с меньшей выживаемостью терапии вследствие ее прекращения по причине недостаточной эффективности и/или развития нежелательных реакций, а РТМ и серопозитивный по ревматоидному фактору РА – с большей частотой прекращения лечения в связи с ремиссией.

РАД-ФЕРМЕНТЫ: КЛЮЧЕВАЯ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Артемьев И.А.

Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова,
Санкт-Петербург

Пептидиларгининовые деиминазы (ПАД; Peptidylarginine deiminases, PAD) участвуют в патогенезе серопозитивного ревматоидного артрита (РА) благодаря их спо-



способности генерировать цитруллинизированные белки, являющиеся мишенью антител против циркулирующих цитруллинированных пептидов (АЦЦП). PAD-ферменты катализируют кальций-зависимое удаление остатков аргинина, тем самым образуя неклассическую аминокислоту цитруллин. На данный момент идентифицировано пять изоформ PAD, обозначенных как PAD1-PAD4, PAD6. Хотя ферменты PAD широко экспрессируются в организме человека, каждая изоформа имеет специфические функции, субстраты и экспрессию в тканях.

Из пяти PAD-ферментов лишь два наиболее сильно вовлечены в патогенез РА (PAD2, PAD4). Важно отметить, что PAD2 и PAD4 являются единственными ферментами PAD, экспрессируемыми в иммунных клетках; PAD2 повсеместно экспрессируется в организме (в том числе лейкоцитами), тогда как PAD4 преимущественно находится в гранулоцитах и моноцитах. PAD4 является уникальным среди ферментов PAD по своей роли в образовании внеклеточных нейтрофильных сетей (NET). Несколько исследований показали, что ядерный PAD4 может функционировать в качестве эпигенетического регулятора посредством цитруллинирования гистонов и в качестве регулятора транскрипции посредством взаимодействий с факторами транскрипции, включая p53, ING4 и NF-κB. Хотя PAD2 преимущественно экспрессируется в цитозоле и не имеет традиционного сигнала ядерной локализации, он также может транслицироваться в ядро и может спонтанно секретироваться нейтрофилами.

В недавних исследованиях было показано, что антитела против PAD4 обнаруживаются у 22-45% пациентов с установленным РА, они высокоспецифичны для данного заболевания и тесно связаны с позитивностью по АЦЦП. Также было замечено, что АЦЦП развиваются раньше всего в ходе заболевания, присутствуют у наибольшего процента пациентов и сопровождаются развитием антител против пептидиларгининдеиминазы 4 (PAD4) у некоторых пациентов. Оказывается, в ходе исследования на модели РА было выяснено, что антигенпрезентирующая В-клетка, экспрессирующая АЦЦП, подвергается опосредованному В-клеточным рецептором эндоцитозу промежуточного комплекса PAD-фермент – цитруллинированный белок и презентует пептиды из обоих белков на молекулах МНС класса II аутореактивным Т-клеткам. Стимуляция PAD4-реактивной Т-клетки с помощью АЦЦП-экспрессирующей В-клетки инициирует распространение межмолекулярного эпитопа, тем самым сдвигая иммунный ответ от цитруллинированных белковых продуктов к самим ферментам PAD. Активированная аутореактивная Т-клетка затем стимулирует PAD4-реактивную В-клетку, которая продуцирует анти-PAD4-антитела. PAD4-реактивная В-клетка может затем подвергаться соматической гипермутации (SHM) для генерации PAD3/4 перекрестно-реактивных В-клеток. В итоге, наличие антител против PAD4 связано с продолжительностью заболевания, а позитивность по анти-PAD3/4-антителам связана с самой большой длительностью заболевания.

В ходе другого исследования удалось выяснить, что включение Toll-подобного рецептора 4 (TLR4) и Fcγ-рецептора (FcγR) с помощью иммунных комплексов, содержащих АЦЦП и антитела к PAD, связывающихся с клеточной поверхностью моноцитов, может стимулировать выработку провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF-α, IL-8). Данные цитокины затем стимулируют остеокластогенез, персистенцию локального и системного воспаления и способствуют разрушению костной ткани.



Таким образом, PAD-ферменты являются важными промоторами aberrантной цитруллинизации при РА, которые могут инициировать и распространять аутоиммунитет к антигенам, связанным с цитруллинизацией, тем самым играя уникальную роль как эффекторов, так и мишеней аутоиммунного ответа. Вероятно, в будущем антитела к различным изоформам PAD-ферментов будут служить в роли прогностического биомаркера, и в дальнейшем, это может способствовать разделению пациентов с РА на более мелкие однородные группы, тем самым определяя дальнейшие терапевтические возможности. Получение более точных знаний о происхождении и иммунологических последствиях активности PAD-ферментов во время воспаления будет иметь решающее значение для понимания ранних событий в патогенезе РА и разработки новых терапевтических стратегий.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПОТЕНЦИАЛЬНО СПОСОБСТВУЮЩИХ ПОВЫШЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Асатуллаев Г.К., Мирахмедова Х.Т., Шалаева Е.В.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить распространенность заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) среди больных с ревматологическими заболеваниями, принимающими нестероидные противовоспалительные препараты, оценить распространенность факторов риска.

Материалы и методы. Была изучена распространенность заболеваний ЖКТ у 154 пациентов (41,7±12,8 лет, 34 мужчин и 120 женщин), страдающих ревматологическими заболеваниями, кто дал письменное согласие на участие в исследовании. База проведения исследования – СКАЛ ревматологии многопрофильной клиники ТМА. (Статистическая обработка результатов была проведена на программе GraphPad, Prism 8).

Результаты. Из 154 опрошенных пациентов с ревматологическими заболеваниями все пациенты принимали НПВС, но 58 пациентов (37,6%) страдали заболеваниями ЖКТ. Из заболеваний ЖКТ у 18 (33,3%) пациентов были хронические гастриты, у 16 (29,6%) язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и/или ЯБДК). Остальные патологии (37,1%) приходилась на холециститы, энтериты и колиты. Результаты нашего исследования показали, что не было статистически достоверной разницы по полу и возрасту, месту жительства, социально-экономическому статусу, уровню образования, семейному положению, длительностью ревматологического заболевания, индексу массы тела между группами. Среди заболеваний ЖКТ



курильщиков было 4 (7,4%), без поражений ЖКТ 2 (2,13%), $p=0,286$. Больные с заболеваниями ЖКТ отмечали, что питаются нерегулярно, прием фруктов и овощей (3 и более порций в день) был статистически значимо меньше у больных с ЖКТ по сравнению без заболеваний ЖКТ: 20 (34,48%) против 68 (70,83%), $X^2=18,05$, $p<0,001$. Больные с заболеваниями ЖКТ из коморбидных заболеваний статистически значимо чаще страдали хронической сердечной недостаточностью 30 (51,72%) против 18 (18,75%) больных без заболеваний ЖКТ ($X^2=16,819$, $p<0,001$). Чувство подавленности, депрессия значительно чаще также наблюдалась у больных с заболеваниями ЖКТ: 42 (72,4%) против 36 (37,5%), $X^2=16,263$, $p<0,001$.

Выводы. Больше трети пациентов с ревматологическими заболеваниями страдали заболеваниями ЖКТ. Потенциально, коррекция факторов риска может способствовать снижению распространенности заболеваний ЖКТ и их осложнений при своевременной диагностике и лечении.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН ОСТЕОПОРОЗОМ В КЛИМАКТЕРИИ

Атаханова Л.Э., Ризамухамедова М.З.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Климактерий является физиологическим моментом, через который проходит каждая женщина. В этот период одновременно с возрастными изменениями всех систем меняется и гормональный профиль. Снижение уровня эстрогена в крови в фазе менопаузы влечет за собой множество последствий, от неприятных и беспокоящих ощущений (приливы жара, ночная потливость) до заболеваний, представляющих потенциальную угрозу жизни, в том числе как остеопороз, метаболический синдром.

Цель. Изучение особенности течения остеопороза на фоне метаболического синдрома у женщин в климактерии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 120 женщин в климактерическом возрасте от 42 до 65 лет узбекской национальности. Среди жалоб в основном преобладали симптомы менопаузального синдрома различной выраженности. Из них только у 15 женщин (12,5%) имели место такие симптомы, как боль в костях в ночное время, слабость.

Были проведены следующие скрининговые исследования: рост, вес, размах руки, содержание щелочной фосфатазы, кальция в крови, УЗИ денситометрия, при необходимости рентгеноденситометрия.

Результаты и обсуждение. У большинства обследованных (93 женщин) были обнаружены остеопения (65 женщин) и остеопороз (28 женщин). У 2/3 женщин (80 человек) обнаружено уменьшение роста от 2,5 см до 6 см, причем никто из них не знал о должном своем росте, который должен быть равен длине размаха руки; у 61,7% женщин (71 человек) отчетливо были выражены проявления метаболического синдрома – абдоминально-висцеральное ожирение (56 женщин) 78,8% случаев, наруше-



ние толерантности к глюкозе – СД 2 типа (45% случаев); дислипидемия (65 женщин) в виде сочетания гипертриглицеридемии (61,5% случаев), низкого уровня ХЛ ЛВП (40,7% случаев) и повышения фракции мелких плотных частиц ЛНП (60,3%).

Наличие сочетания метаболического синдрома у женщин в климактерии сопровождалось в тесной корреляционной связи с остеопенией и остеопорозом, причем обнаружена тесная прямая корреляция с давностью и выраженностью климактерических расстройств.

Выводы. Таким образом, у женщин в климактерии проведение сплошного скрининга на остеопению и остеопороз способствует раннему выявлению и адекватной коррекции на фоне комплексной терапии проявлений метаболического синдрома.

IGG4 АССОЦИИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ – БОЛЕЗНЬ МИКУЛИЧА

Ахунова Р.Р., Сайфутдинов Р.Г., Митушева Э.И., Ахунова Г.Р.

Казанская государственная медицинская академия,
г. Казань

Цель. Описать болезнь Микулича – редко встречающееся IgG4 ассоциированное заболевание, характеризующееся медленно прогрессирующим симметричным безболезненным увеличением слезных и слюнных желез, повышенной концентрацией иммуноглобулинов IgG4, инфильтрацией тканей различных органов IgG4-плазматическими клетками.

Материалы и методы. Пациент П., 37 лет с жалобами на головную боль давящего характера в левой лобно-теменной области, опущение верхнего века левого глаза, заложенность носа, общую слабость. Болен в течении 3-х лет, ухудшение состояния летом 2019 г. 02.08.2019 г. был госпитализирован в клинику, где ему были проведены клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты и обсуждение. Состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски, периферические лимфатические узлы не увеличены. Птоз и реактивный отек верхнего века левого глаза. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой системы – без патологии. В анализах – высокий уровень СОЭ (60 мм/час), тромбоцитоз, лейкоцитоз, анемия легкой степени; высокий уровень IgG4 (2.29 г/л). Проведенные пациенту КТ, МРТ, гистологическое исследование выявили наличие стойкого, фиброзирующего характера поражения пазух носа с лимфоплазмочитарной инфильтрацией. Пациент консультирован неврологом (компрессионная невропатия зрительной ветви тройничного нерва, зрительного нерва, компрессия мышцы, поднимающей верхнее веко слева) инфекционистом (серозный менингит, возможно вторичный, на фоне лор-патологии), пульмонологом (хронический бронхит в стадии обострения). На фоне проводимой терапии преднизолоном улучшилось общее самочувствие, зрение левого глаза, стала нормализоваться СОЭ. Был выставлен диагноз: Ig4-ассоциированное заболевание



(болезнь Микулича). Обострение двустороннего хронического гиперпластического риносинусита. Вторичный риногенный менингит. Птоз и реактивный отек верхнего века левого глаза. Амблиопия. Ангиопатия сетчатки слева. Правосторонний экссудативный средний отит, вялотекущий мастоидит справа. Анемия полифакторная, легкой степени. Обострение хронического бронхита. Было рекомендовано: прием преднизолона 30 мг в сутки, наблюдение у офтальмолога, невролога, лор-врача. На фоне проводимой терапии пациентом было отмечено хорошее самочувствие, нормализация температуры тела и восстановление зрения на 95%, а также положительная динамика лабораторных показателей.

Выводы. Приведенный клинический случай демонстрирует пример подтвержденного редкого IgG4 ассоциированного заболевания (болезнь Микулича).

СКВ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПО ВНЕШНИМ ПРИЗНАКАМ

Баймухамедов Ч.Т.

Медицинский центр болезней суставов города Шымкент,
г. Шымкент, Республика Казахстан

Цель исследования. Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся системным иммуновоспалительным поражением жизненно важных органов и чрезвычайным разнообразием клинических проявлений. Поражение кожи и слизистых оболочек – наиболее часто встречающиеся и первые признаки СКВ, зачастую именно внешние симптомы служат толчком для обращения к врачу. Кожные проявления чрезвычайно разнообразны, требуют исключения большого круга заболеваний, поэтому знание основных видимых проявлений СКВ чрезвычайно важно для практического врача.

Материалы и методы. Использованы десятки фотографий больных СКВ и схожими по внешним признакам заболеваниями (склеродермия, дерматомиозит, ревматоидный артрит, ревматизм, саркоидоз и другие) за 20 лет наблюдений в ревматологическом отделении областной больницы Южно-Казахстанской области и «Медицинском центре болезней суставов города Шымкент». Рассматриваются те или иные внешние признаки болезни (фотосенсибилизация, дискоидные высыпания, «бабочка», энантема, язвенный стоматит, хейлит, алопеция, различные высыпания), проводится интерпретация признаков, обсуждаются вероятные варианты диагноза.

Результаты и обсуждение. На основании представленных примеров делаются предложения для практических врачей по проведению диффдиагностики сложного системного заболевания.

Заключение. Разбор клинических случаев того или иного достаточно редкого заболевания во все времена был предметом обсуждений различных врачебных сообществ. Автор считает, что тезис «Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать» имеет право на существование.



КОМОРБИДНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

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

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучение частоты и структуры коморбидных инфекций (КИ) у стационарного контингента больных спондилоартритами (СпА) в ходе одно-моментного ретроспективного исследования.

Материалы и методы. В исследование включены 85 больных СпА (49 мужчин, 36 женщин, средний возраст 39.9 лет), госпитализированных в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. У 49 из них диагностирован анкилозирующий спондилит, у 30 – псориатический артрит, у 1 – спондилоартрит, ассоциированный с болезнью Крона, у 5 – недифференцированный спондилоартрит. Большинство пациентов (n=64) наряду с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) получали иммуносупрессивную терапию (глюкокортикоиды-ГК, метотрексат-МТ, ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа). Все пациенты были опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты. При необходимости дополнительную информацию получали из медицинской документации.

Результаты. У больных СпА были диагностированы следующие КИ: острые респираторные вирусные инфекции-ОРВИ (n=65), герпес-вирусные инфекции (n=36), тонзиллит (n=29), инфекции мочевыводящих путей-ИМП (n=18), гайморит (n=17), грибковые инфекции (n=17), острый бронхит (n=14), конъюнктивит и блефарит (n=13), отит (n=12), пневмония (n=8), кишечные инфекции (n=8), грипп (n=6), инфекции кожи (n=3), инфекции половых органов (n=2), туберкулез-ТБ (n=2), остеомиелит (n=1), краснуха (n=1). 26% пациентов сообщили о более частом развитии КИ после дебюта СпА: 19 из них получали иммуносупрессивную терапию, 3 – монотерапию НПВП. У больных СпА, получающих иммуносупрессивные препараты, отмечено увеличение частоты ОРВИ, гайморита, острого бронхита, ИМП. Кроме того, на фоне лечения инфликсимабом диагностирован случай ТБ внутригрудных лимфатических узлов. Второй случай ТБ зарегистрирован у больной, не получавшей иммуносупрессивную терапию. 36.5% пациентов отметили более тяжелое течение КИ на фоне СпА (5 из них не получали иммуносупрессивные препараты). Временная отмена терапии в связи с развитием КИ имела место у 33% больных. В то же время, у 2-х больных, получавших МТ и ГК, развитие фурункулеза послужило поводом для изменения схемы лечения. Обострение СпА после перенесенной КИ диагностировано у 40 больных (из них 34 пациента получали иммуносупрессивную терапию).

Выводы. Полученные нами предварительные данные свидетельствуют об актуальности проблемы КИ при СпА. Необходимы дальнейшие исследования на больших выборках больных с целью поиска значимых факторов риска КИ, изучения их взаимосвязи с клиническими характеристиками и влияния на течение СпА.



АНАЛИЗ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО РЕГИСТРА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Башкинов Р.А.^{1,2}, Мазуров В.И.¹, Гайдукова И.З.¹,
Петрова М.С.^{1,2}, Инамова О.В.^{1,2}, Фонтуренко А.Ю.^{1,2}

¹Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить распространенность сопутствующей патологии у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) и бессимптомной гиперурикемией (БГУ).

Материалы и методы. Проведен анализ данных пациентов с БГУ и РЗ, включенными в Санкт-Петербургский регистр подагры и БГУ в период с 01.01.1997 г. по 30.03.2020 г.

Результаты и обсуждение. Проанализированы данные 565 пациентов с РЗ и БГУ, их средний возраст составил $57,0 \pm 13,0$ лет (18-87 лет), большинство были женского пола – 61,1%. Перечень РЗ был представлен различными нозологиями, самыми частыми из которых явились остеоартрит – 183 пациента (32,4%) и ревматоидный артрит – 129 пациентов (22,8%). Средний уровень МК составил $488,9 \pm 85,7$ мкмоль/л. Повышение С-реактивного белка и скорости оседания эритроцитов наблюдалось у 39,3% и 62,1% пациентов соответственно. Терапия основного заболевания различными базисными и генно-инженерными препаратами проводилась у 59,6% пациентов, глюкокортикостероиды получали 17,2% пациентов. Уратснижающая терапия (УСТ) ингибиторами ксантиноксидазы была назначена 32,2% пациентов.

При анализе распространенности сердечно-сосудистой патологии были получены следующие данные: артериальная гипертензия наблюдалась у 76,1% пациентов (в популяции-39,7%, $p < 0,05$); различные формы ИБС у 29,4% пациентов (в популяции – 14%, $p < 0,05$); нарушения ритма и проводимости сердца у 38,4% пациентов (в популяции – 22,1%, $p < 0,05$); хроническая сердечная недостаточность различных функциональных классов у 19,1% пациентов (в популяции – 7%, $p < 0,05$). Острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе присутствовали у 4,2% и 5,8% пациентов соответственно (в популяции – 0,13% и 0,32% соответственно, $p < 0,05$). Терапию различными классами кардиотропных препаратов получали 70,6% пациентов, диуретики различных групп – 32,6% пациентов, а различные дозы ацетилсалициловой кислоты – 15,6% пациентов.

Изучив показатели функции почек было выявлено: повышение уровня креатинина у 15% пациентов, со средним уровнем $89,3 \pm 41,7$ мкмоль/л. Мочекаменная болезнь наблюдалась у 16,6% пациентов (в популяции – 0,6%, $p < 0,05$), а ХБП различной степени тяжести развивалась у 22,5% пациентов (в популяции – 16%, $p < 0,05$).

Выявлялась высокая распространенность метаболических нарушений: гипергликемия у 34,3% пациентов, со средним уровнем глюкозы $6,0 \pm 1,4$ ммоль/л; нару-



шение толерантности к глюкозе и нарушение гликемии натощак наблюдались у 20% пациентов; сахарный диабет был верифицирован у 23,4% пациентов (в популяции – 7%, $p < 0,05$). Ожирение различной степени имели 34,7% пациентов (в популяции – 28,8%, $p < 0,05$), из них: I степени – 8,3% пациентов, II степени – 16,3% пациентов, а III степени – 10,1% пациентов. Дислипидемия наблюдалась у 47,1% пациентов (в популяции – 58,4%, $p < 0,05$), со средним уровнем холестерина $5,5 \pm 1,1$ ммоль/л. Сахароснижающую и липидснижающую терапию получали 9% и 5,3% пациентов соответственно.

Выводы. Распространенность коморбидной патологии, кроме дислипидемии, у пациентов с БГУ значительно превосходила таковую в общей популяции и была схожа с данным отечественной и зарубежной литературы. Таким образом, БГУ являлась фактором, высоко ассоциированным с патологией сердечно-сосудистой системы, почек, нарушениями углеводного и липидного обменов. В то же время урат- и липидснижающую терапию получали лишь треть пациентов, имеющих БГУ, а уровень ее контроля в дальнейшем был недостаточным. Учитывая полученные данные, необходимо проведение дальнейших исследований по выявлению лиц с БГУ, более подробному изучению ее влияния на ревматическую и коморбидную патологии, выявлению факторов риска присоединения к БГУ подагрического артрита, а так же определению критериев к началу УСТ, контроля ее эффективности и безопасности.

ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРА НА ТЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА

Башкова И.Б.¹, Мадянов И.В.^{1,2}, Мисько К.В.¹

¹Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,

²Институт усовершенствования врачей Чувашской Республики,
г. Чебоксары

Цель исследования. Оценить связь характера распределения жира с течением первичного остеоартрита (ОА).

Материалы и методы. Обследован 91 больной манифестной формой первичного ОА (клиническая группа) с преимущественным поражением коленных суставов в возрасте от 29 до 69 лет ($53,0 \pm 0,8$ г.) с длительностью заболевания от 1,5 до 20 лет ($8,4 \pm 0,5$ г.). Мужчин было 22, женщин 69. Контрольная группа была сформирована из 114 практически здоровых лиц и была репрезентативна по возрастному и половому составу клинической группе. У обследуемых измеряли рост (м), массу тела (кг), окружности на уровне талии (ОТ, см) и бедер (ОБ, см), на основании которых вычисляли индексы массы тела – ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$), талия/бедро – ИТБ (ОТ/ОБ, отн. ед). О типе распределения жира – абдоминальном (АО) или глутеофemorальном (ГФО) – судили по ОТ и ИТБ (IDF, 2005). У больных ОА для определения тяжести заболевания использован стандартный комплекс клинических, лабораторных, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования. При оценке боли использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). Функциональное состояние коленных суставов оценивали



по суммарному индексу тяжести гонартроза Lequesne (Lequesne M.G., 1994), вычисляли альгофункциональный индекс WOMAC.

Количественные данные представляли в виде $M \pm SD$, различия между ними оценивали по t-критерию Стьюдента, между относительными величинами – по критерию «кси-квадрат» (χ^2). Сила связи между показателями по коэффициенту ранговой корреляции по Спирмену (r_s).

Результаты и обсуждение. Среднее значение ИМТ у больных ОА составило $28,6 \pm 5,8$ кг/м² и было недостоверно выше, чем у лиц контрольной группы – $27,6 \pm 4,5$ кг/м². Прирост ИМТ напрямую был связан с увеличением размеров краевых костных разрастаний ($r_s=0,43$, $p=0,003$) и обратно коррелировал с шириной суставной щели ($r_s=0,37$, $p=0,014$). Оказалось, что большее значение для ОА имеет не само ожирение, а характер его распределения. Если при АО выраженные рентгенологические изменения (III, IV стадии) встречались у каждого 4-го пациента (26,4%), то при ГФО – ни в одном из случаев ($p\chi^2=0,037$). При АО достоверно чаще, чем при ГФО наблюдался синовит (43,4% против 7,1%, $p\chi^2=0,028$), более длительной была утренняя скованность ($24,5 \pm 9,1$ мин против $18,1 \pm 0,3$ мин, $p < 0,05$). О вероятном негативном влиянии абдоминального перераспределения жира на течение ОА может указывать положительная связь ОТ с выраженностью боли по ВАШ ($r_s=0,238$, $p=0,024$), индексом Lequesne ($r_s=0,443$, $p=0,027$), рентгенологической стадией ОА ($r_s=0,467$, $p=0,019$) и размерами остеофитов ($r_s=0,364$, $p=0,012$).

Выводы. Таким образом, получены данные, демонстрирующие, что при прочих равных условиях абдоминальное ожирение ассоциировано с более тяжелым течением ОА, чем глутеофеморальное. Оно, в частности, характеризуется более выраженными воспалительными и рентгенологическими изменениями в суставах, что важно учитывать при лечении этой категории больных.

ФОРМИРОВАНИЕ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ЛОВУШЕК НЕЙТРОФИЛАМИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Бедина С.А.¹, Мозговая Е.Э.¹, Мамус М.А.¹, Спицина С.С.^{1,2},
Трофименко А.С.^{1,2}, Тихомирова Е.А.¹

¹Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского,

²Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград

В настоящее время совершенствование диагностики ревматоидного артрита (РА) направлено на поиск и валидацию новых биомаркеров, что особенно важно в свете тенденции к персонализации терапии ревматических заболеваний.

Цель исследования. Изучить интенсивность спонтанного и индуцированного образования внеклеточных ловушек нейтрофилами периферической крови у больных РА.



Материалы и методы. В исследование были включены 25 пациентов с верифицированным диагнозом РА в соответствии с критериями ACR/EULAR 2010 и 30 практически здоровых людей. Выделение нейтрофилов проводили одноэтапным центрифугированием в двойном градиенте плотности фиколл-амидотризоата с плотностью верхнего и нижнего градиентов 1080 кг/м³ и 1090 кг/м³, соответственно. Качественный состав нейтрофильной фракции оценивали с помощью микроскопии стандартных мазков, степень активации нейтрофилов оценивали при помощи стандартного теста с нитросиним тетразолием. Стимуляция образования нейтрофильных внеклеточных ловушек (NETs) выполнялась путем инкубации с форбол-12-миристат-13-ацетатом. Интенсивность образования NETs регистрировали методом флюоресцентной микроскопии с SYBR green.

Результаты и обсуждение. На момент включения в исследование больных активность РА по DAS28 была не более 2,6 баллов. Средний возраст – 51,4±4,5 лет, средняя продолжительность заболевания – 2,3±0,8 лет. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду выявлены у 15 пациентов с РА (60%). Чистота фракции нейтрофилов при РА составила 93,3%, доля жизнеспособных клеток превышала 95%. В группе больных РА и у здоровых лиц наблюдалось спонтанное образование NETs. У больных РА выраженность спонтанного и индуцированного образования NETs существенно выше по сравнению со здоровыми лицами. Частота спонтанного и индуцированного ловушкообразования для нейтрофилов больных РА, позитивных по АЦА, имела некоторую тенденцию к повышению по сравнению с образцами других пациентов.

Выводы. Усиление спонтанного и индуцированного образования NETs у больных РА позволяет использовать внеклеточные ловушки нейтрофилов в качестве потенциальных биомаркеров РА.

СИСТЕМНЫЙ ВАСКУЛИТ И ВРОЖДЕННАЯ АНГИОДИСПЛАЗИЯ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Белолипецкая Ю.Р., Максимов М.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель. Продемонстрировать клинический пример сочетания критериально подтвержденного гранулематоза с полиангиитом и сосудистых мальформаций.

Материалы и методы. Больная 81 года, в августе 2017 г. была госпитализирована в ПСПбГМУ им. акад. им. И.П. Павлова в связи с появлением лихорадки до 38°C, болей в мышцах голени, бедер, плеч. При обследовании зарегистрировано СОЭ 57 мм/ч, СРБ 101 г/л. Выявлены изменения в анализе мочи за счет измененных и неизмененных эритроцитов при отсутствии урологических причин



для данных изменений. Диагностическое представление укладывалось в синдром ревматической полимиалгии, вторичная причина которой была исключена. Иницирована терапия малыми дозами глюкокортикоидов (ГК), на фоне чего полное исчезновение клинических проявлений. В июне 2019 года снова отметила боли в мышцах пояса верхних и нижних конечностей, лихорадку, тяжесть в ногах, жжение в мышцах голеней, в связи с чем повторно госпитализирована в ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. При исследовании крови – СОЭ 35 мм/ч, СРБ 27.5 мг/л, мочевины 12.6 ммоль/л, креатинин 0.125 ммоль/л, СКФ по формуле СКД-ЕРІ 35.1 мл/мин/1.73м². В анализах мочи неизмененные и измененные эритроциты, суточная потеря белка 0,24 г/сут. По данным иммунологических тестов выявлено впервые ANCA (1:640) с нетипичным типом свечения, в связи с чем заподозрен системный васкулит. Выполнена биопсия кожно-мышечного лоскута, однако были выявлены признаки хронического воспаления неспецифического характера, что, возможно, было обусловлено проводимой терапией ГК. На КТ органов грудной клетки характерных для системного васкулита изменений не было. В течение госпитализации отметила выделение сгустка крови при высмаркивании. Консультирована оториноларингологом, выполнялась КТ околоносовых пазух (КТ-признаки пристеночно-гиперпластических изменений слизистой оболочки альвеолярных бухт верхнечелюстных пазух с двух сторон). Принимая во внимание изменение носовых пазух на КТ, поражение почек, обнаружение АНЦА, был диагностирован гранулематоз с полиангиитом, подтвержденный критерияльно. Далее ежедневно рецидивировали обильные носовые кровотечения без повышения АД, требовавшие постоянной передней и задней тампонады полости носа. Коагуляция зоны расширенных сосудов оказалась неэффективной. Выполнена МСКТ-ангиография лицевого черепа с внутривенным контрастным усилением, где обнаружены признаки сосудистых мальформаций из ветвей внутренней сонной артерии с двух сторон, кинкинга левой позвоночной артерии и правой внутренней сонной артерии.

Результаты и обсуждение. В связи с высоким риском рецидива носового кровотечения было принято решение о проведении срочной эндоваскулярной эмболизации ветвей внутренней сонной артерии. Кровотечения более не рецидивировали. Сосудистые мальформации возникают в результате нарушения развития артериальной и венозной системы в процессе онтогенезе. Значимость проблемы лечения врожденных ангиодисплазий определяется опасностью развития тяжелых осложнений заболевания: трофических нарушений, массивных кровотечений, нарушений центральной гемодинамики.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует сочетание двух разных патологий: системного васкулита с поражением сосудов малого и среднего калибра и сосудистых мальформаций ветвей внутренней сонной артерии, клинические проявления которых могут быть схожи. Рецидивирующие носовые кровотечения могли ошибочно трактоваться, как проявления активности васкулита, маскировать наличие мальформаций сосудов, прилегающих к стенке полости носа, и привести к задержке необходимого оперативного лечения и увеличению риска летального исхода вследствие профузного кровотечения.



СУБПОПУЛЯЦИИ В-ЛИМФОЦИТОВ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Беневоленская С.С.¹, Кудрявцев И.В.², Серебрякова М.К.²,
Григорьева И.Н.¹, Будкова А.И.³, Замоева Д.Б.¹, Моторин Д.Б.¹,
Зарицкий А.Ю.¹, Лапин С.В.³, Маслянский А.Л.¹

¹Научный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова,

²Институт экспериментальной медицины,

³Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Системная красная волчанка (СКВ) и болезнь Шегрена (БШ) – это аутоиммунные заболевания, которые относятся к группе диффузных заболеваний соединительной ткани, характеризуются системным типом воспаления, продукцией широкого спектра антиядерных антител и поражением различных органов и тканей. Известно, что СКВ и БШ имеют общие патогенетические и иммунологические характеристики, схожие клинические проявления, а существующие классификационные критерии не всегда позволяют достоверно провести дифференциальный диагноз. Весомую роль в патогенезе СКВ и БШ играют нарушения гуморального звена иммунитета, что выражается в изменении численного состава субпопуляций В-лимфоцитов. Цель исследования – оценить клиническую значимость субпопуляций В-клеток в диагностике СКВ и БШ.

Материалы и методы. В исследование включено 25 пациентов с СКВ, 25 пациентов с БШ, контрольную группу составили 49 здоровых добровольцев. Диагноз СКВ поставлен на основании классификационных критериев EULAR – ACR 2019 г., диагноз БШ – на основании критериев EULAR – ACR 2016 г. Фенотипирование субпопуляций В-лимфоцитов периферической крови проводилось методом проточной цитофлюорометрии (цитофлюориметр «Navios™», «Beckman Coulter», США). Общее число В-клеток определялось с помощью маркера CD19, разделение на субпопуляции выполнено путем определения экспрессии IgD, CD38 и CD27. Статистическая обработка проводилась в программе «STATISTICA Version 12.0».

Результаты и обсуждение. Вычислены абсолютные и относительные значения субпопуляций В-лимфоцитов с использованием трех основных классификаций: на основании коэкспрессии IgD/CD38 (“V_{m1}-V_{m5}” классификация), коэкспрессии IgD/CD27 и CD38/CD27. Для всех классификаций был применен метод дискриминантного анализа. Модель, построенная на основании классификации CD38/CD27, оказалась наиболее эффективной в разделении групп пациентов с СКВ, БШ и здоровых добровольцев. В этой дискриминантной модели относительное содержание плазмобластов (CD27^{hi}CD38^{hi}), покоящихся В-клеток памяти (CD27^{dim}CD38^{low}), активированных зрелых В-клеток (CD27^{dim}CD38^{dim}), зрелых «наивных» В-клеток (CD27^{dim}CD38^{low}), а также абсолютное значение транзиторных В-клеток (CD27^{low}CD38^{hi}) занимали наиболее значимое положение, достоверность модели составила 78,6% (p<0,05).



Выводы. Субпопуляции В-лимфоцитов периферической крови могут служить дополнительным диагностическим маркером при СКВ и БШ. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения клинической значимости субпопуляций В-клеток при аутоиммунных заболеваниях.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРОНЕГАТИВНЫМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Благинина И.И.¹, Блудова Н.Г.¹, Реброва О.А.¹, Былино В.В.²

¹Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки,

²Луганская республиканская клиническая больница,
г. Луганск, Украина

На сегодняшний день доказано, что существует тесная связь между психоэмоциональными нарушениями и хроническим болевым синдромом, который является неотъемлемой составляющей у пациентов с серонегативными спондилоартритами. Это говорит о необходимости использования методик, позволяющей оценивать характер и тип психологического реагирования на заболевание, как один из компонентов диагностического комплекса при обследовании больных с серонегативными спондилоартритами.

Цель исследования. Изучить, в соответствии с методикой психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), характер психологического реагирования на заболевание у больных серонегативными спондилоартритами.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 35 пациентов с АС (м – 22, ж – 13; средний возраст 41,4±9,9 г; длительность заболевания 130,8±81,9 мес), 36 больных ПсА (м – 15, ж – 21; средний возраст 43,2±7,5 г; длительность заболевания 114,1±38,2 мес). Для верификации диагноза АС использовались модифицированные Нью-Йоркские критерии 1984 г., ПсА – критерии CASPAR (Classification criteria for psoriatic Arthritis) 2006 г.

Характер психологического реагирования на заболевание определялся по методике ТОБОЛ, позволяющей выявлять пациентов с дезадаптивными типами реагирования на болезнь. Выделяют 3 блока: первый блок – гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни (ТОБ), при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается; второй – пациенты с интрапсихической направленностью личностного реагирования на болезнь (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы); третий – интерпсихическая направленность реагирования (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойальный ТОБ).

Результаты и обсуждение. У больных АС преобладали неадекватные ТОБ, диагностированные в 24 случаях (68,6%). Среди них преобладали пациенты с интрапсихическим вариантом реагирования (2 блок) – 15 случаев, большую часть из которых составили лица с ипохондрическим ТОБ для которого характерны беспокойство, повышенная мнительность в отношении неблагоприятного течения и



прогноза болезни и, как следствие, угнетенности настроения и психической активности. У 11 были диагностированы адекватные ТОБ (1 блок) – гармоничный и эргопатический – 6 и 5 случаев. У большинства пациентов с ПсА 25 (69,4%) также выявлены неадекватные ТОБ. Из них 20 случаев – пациенты с интрапсихическим вариантом ТОБ (2 блок) – доминировали смешанные ТОБ (11 случаев) тревожно-неврастенического и тревожно-ипохондрического типов; из оставшихся тревожный ТОБ – 5 случаев, меланхолический и неврастенический по 2. В 3 блок (интерпсихический) вошло 3 пациента с сенситивным ТОБ и 2 с эгоцентрическим, где характерно дезадаптивное поведение с гетероагрессивными тенденциями в отношении окружающих, нарушение социального функционирования. 11 пациентов – 1 блок (4 – гармоничный, 5 – эргопатический, 1 – анозогнозический).

Выводы. В обеих исследуемых группах отмечалась высокая частота нарушений социально-психологического реагирования на заболевание. Для больных АС более характерен ипохондрический ТОБ с беспокойством, мнительностью, угнетенностью настроения и психической активности; у пациентов с ПсА чаще выявлялись тревожные расстройства с разными вариантами реагирования.

АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Богданов А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Анемии хронических заболеваний (АХВЗ) по частоте занимают второе место после железодефицитных анемий (ЖДА) и являются наиболее распространенным видом анемии при хронических заболеваниях и у стационарных больных (общее количество пациентов превышает 1 миллиард).

Развитие АХВЗ отмечается при солидных и гематологических опухолях, инфекциях, иммунных и воспалительных заболеваниях, хронической болезни почек, сердечной недостаточности, анемии у пожилых пациентов и др.

Пусковое звено патогенеза АХВЗ – воспаление с активацией иммунных клеток и образованием цитокинов, прежде всего интерлейкина-6 (ИЛ-6), ИЛ-1 β , ИЛ-10, липополисахарида, интерферона- γ (ИФ- γ), фактора некроза опухоли- α (ФНО- α). В развитии АХВЗ основное значение имеют нарушения обмена железа с повышением уровня гепсидина, нарушения эритропоэза и уменьшение длительности жизни эритроцитов. Во многих случаях АХВЗ сочетается с ЖДА.

Главное значение в диагностике и дифференциальной диагностике имеют изменения феррокинетики. Уровень ферритина <30 нг/мл свидетельствует о ЖДА независимо от других параметров. При уровне ферритина от 30 до 100 нг/мл в сочетании со снижением сатурации трансферрина $<20\%$ и/или концентрацией СРБ >5 мг/л также диагностируется ЖДА, при ферритине >100 нг/мл и сатурации трансферрина $<20\%$



и/или содержании СРБ >5 мг/мл – АХВЗ. Таким образом, диагностика «изолированных» ЖДА и АХВЗ не вызывает затруднений, чего нельзя сказать о сочетании этих видов анемий.

Уровень растворимого рецептора трансферрина (РРТ) не зависит от белков острой фазы и имеет высокую чувствительность при дефиците железа. Для дифференциальной диагностики ЖДА и АХВЗ и их сочетания используют ферритиновый индекс: отношение РРТ к десятичному логарифму ферритина. При индексе более 1 диагностируется АХВЗ, менее 2 – сочетание ЖДА и АХВЗ. Определение РРТ и ферритинового индекса не стандартизировано, поэтому показатели оцениваются индивидуально.

Диагноз АХВЗ не может быть автоматически поставлен всем хроническим больным, необходимо обследование и исключение других причин анемии.

Адекватное лечение основного заболевания является методом выбора при АХВЗ. Купирование воспаления приводит к нормализации концентрации гепсидина, коррекции нарушений феррокинетики и устранению негативных эффектов цитокинов на эритропоэз. Во многих случаях анемия является независимым фактором риска летальности и требует самостоятельного лечения.

Общепринятые методы лечения АХВЗ включают препараты железа, эритропоэтина и трансфузии эритроцитарной массы. Перспективным методом является снижение концентрации гепсидина.

Препараты железа показаны при сочетании АХВЗ и ЖДА, особенно у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и хронической болезнью почек. Наиболее обоснована комбинация препаратов железа и эритропоэтина. Трансфузии эритроцитной массы используют лишь при тяжелой анемии с сердечной декомпенсацией или продолжающемся кровотечении.

Снижение уровня гепсидина различными методами (антитела к гепсидину, нейтрализация сигнальных путей его активации и др.) является перспективным методом лечения АХВЗ. Большинство препаратов находится на фазе лабораторных и преклинических исследований, небольшая часть – на 1-й и 2-й фазах рандомизированных контролируемых клинических исследований, отдельные препараты (моноклональные антитела к ИЛ-6, прежде всего, тоцилизумаб) уже внедрены в клиническую практику.

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ КАК ПРИЧИНА ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ОБСТРУКТИВНОГО АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Болдуева С.А., Феоктистова В.С., Хомуло А.Д., Леонова И.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет

имени И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург

Как известно, внутрикoronарный тромбоз, развивающийся вследствие повреждения атеросклеротической бляшки, приводит к развитию инфаркта миокарда (ИМ)



1-го типа. Однако тромбозы коронарных артерий (КА) могут возникать и в отсутствие атеросклероза КА. Такие ситуации наблюдаются при явлениях гиперкоагуляции врожденного или приобретенного характера.

Антифосфолипидный синдром (АФС) – еще одна причина развития внутри-коронарного тромбоза. АФС – это аутоиммунное заболевание, преимущественно молодых женщин, характеризующееся рецидивирующими артериальными и венозными тромбозами, привычным невынашиванием беременности, тромбоцитопенией и стойким наличием антифосфолипидных антител. Клиническая картина АФС довольно неспецифична и определяется развитием венозных и артериальных тромбозов в сосудах разного калибра. Характерны ревматологические, неврологические проявления, периферические тромбозы, привычное невынашивание беременности, кожные проявления, гематологические и кардиальные признаки (утолщения клапанов, ИМ), легочные проявления (ТЭЛА, легочная гипертензия). В литературе представлены отдельные описания случаев ИМ без обструкции коронарных артерий (ИМБОКА) при АФС. Приводим собственное наблюдение о случае АФС со злокачественным течением у молодой больной. Впервые мы встретились с 22-летней больной в 2003 г., когда она поступила в стационар с диагнозом ИМ передне-боковой стенки ЛЖ, который был подтвержден данными ЭКГ, биохимическими маркерами и результатами ЭхоКГ, однако при коронарографии (КАГ) артерии были не изменены. Из анамнеза удалось выяснить, что больной два года назад был поставлен диагноз СКВ, по поводу которой она нигде не наблюдалась и не лечилась. Жалоб, характерных для СКВ, пациентка при опросе не предъявляла. Учитывая отсутствие активности процесса, мы предположили, что ИМ был связан не с васкулитом, а с АФС, после выписки больная была направлена к ревматологам и пропала из нашего поля зрения. Вторая встреча состоялась уже 14 лет спустя, в 2017 г. При сборе анамнеза и анализе медицинской документации оказалось, что у нее был подтвержден АФС, в 2005 г. она перенесла повторный ИМ (на фоне неизменных КА), в 2009 г. у нее был выявлен критический аортальный стеноз, который был расценен как эндокардит Либмана-Сакса; было выполнено протезирование аортального клапана. В 2009 году в связи с клиническими проявлениями стенокардии и впервые выявленным атеросклеротическим поражением КА было проведено аорто-коронарное шунтирование. Как известно, системные заболевания соединительной ткани способствуют раннему развитию и прогрессированию атеросклероза. В 2016 г. в связи с рецидивом ангинозных болей было проведено стентирование правой коронарной артерии. В этом же году у больной развился ИМ 2-го типа на фоне кровотечения, случившегося на фоне приема антикоагулянтов (назначенных после протезирования клапана) и двойной дезагрегантной терапии после стентирования. При госпитализации к нам в 2017 г. были выявлены дисфункция аортального протеза и тяжелая митральная недостаточность. Больная была переведена в кардиохирургическое отделение для коррекции порока.

Нами было продемонстрировано агрессивное в отношении сердечно-сосудистой системы течение вторичного АФС, который у молодой женщины был подтвержден еще в 2003 г.



ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Болтабоев С.А., Азизов С.В., Азизова Р.И., Азизов Н.Н.
Наманганский государственный университет,
г. Наманган, Республика Узбекистан

Цель. Изучение механизма влияния комплекса лечебно-реабилитационных программ с включением танцевальных упражнений, на показатели гемостаза и липидного обмена в реабилитации больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 65 больных РА в возрасте 18-69 лет. Из них 12,2% мужчин и 87,8% женщин. Давность заболевания от 1 года до 25 лет.

Диагноз РА верифицирован на основании классификации и номенклатуры института Ревматологии РАМН (1991) и Ассоциация Американских Ревматологов (ААР, 1987).

Среди наблюдаемых на рентгенологическом исследовании выявлено у 20% I R-стадии, 75% II R-стадии, а 5% больных III R-стадии болезни. Встречалась следующая функциональная недостаточность суставов: I – стадии 25%, II – стадии 64%, а III – стадии 11% больных.

До и после лечения: 1. изучалось содержание в сыворотки крови ПТИ (Туголукова), фибриноген (Рутбергу); 2. [общей холестерин-ОХС (Илька), триглицериды-Тг, ХС-ЛПОНП, ХС-ЛПНП и ХС-ЛПВП (Брунштейн-Самай)].

С целью решения поставленных задач, была разработана поэтапная (5-ти этапная) комплексная лечебно-реабилитационная программа для больных с хроническими болезнями почек, рассчитанная на 2 года. Больные, по методике проводимого лечения были подразделены на 3 группы: 1-группа (n=15) принимали ностероидные противовоспалительные препараты (НПВП) ежедневно по 1 таблетке 2 раза в день; 2-группа (n=25) принимали физиотерапевтические процедуры и лечебную физическую культуру (ЛФК) в виде танцевальных упражнений, например «Андижанская полька» или «Тановар»; 3-группа (n=25) принимали НПВП ежедневно по 1 таблетке 2 раза в день и физиотерапевтические процедуры, ЛФК в виде танцевальных упражнений, например, «Андижанская полька» или «Тановар». Во время проведения ЛФК физическую нагрузку увеличивали постепенно, волнообразно, учитывая индивидуальные особенности организма больных и физической подготовленности в течение 2 лет.

Результаты. До лечения у больных выявлены гиперкоагуляция, гиперхолестеринемия и гиперлипидемия.

После лечения отмечалось достоверное снижение показателей гемостаза и липидного спектра обмена соответственно: ПТИ 5,4%, 12,7%, 15,6% ($P<0,01$); фибриноген 8,3%, 22,7%, 26,8% ($P<0,01$); ОХС–17,5%, 20,7%, 34,6% ($P<0,05$); Тг–18,8%, 26%, 37,2% ($P<0,01$); ХС-ЛПОНП–25,4%, 35,6%, 39,7% ($P<0,001$); ХС-ЛПНП–14,8%, 26,2%, 35%, ($P<0,01$) и достоверное повышение средних показателей α -липопротеидов ХС-ЛПВП–120,2%, 152,1% 195% ($P<0,001$).



Выводы. Таким образом, на основании выше изложенного, можно заключить, что проводимая в комплексе лечебно-реабилитационная программа с включением танцевальных упражнений, оказывает гипокоагуляционный, гипохолестеринемический и гиполипидемический эффект. На фоне чего выявлена достоверная положительная динамика клинико-функционального состояния и показателей свертывающей системы крови и липидного спектра обмена в реабилитации больных РА.

ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Болтобаев С.А., Азизов С.В., Азизова Р.И., Азизов Н.Н.

Наманганский государственный университет,
г. Наманган, Республика Узбекистан

Цель. Изучение механизма влияния комплекса лечебно-реабилитационных программ с включением танцевальных упражнений, на показатели иммунной защиты организма в реабилитации больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 65 больных РА в возрасте 20-66 лет. Из них 12,2% мужчин и 87,8% женщин. Давность заболевания от 1 года до 25 лет.

Диагноз РА верифицирован на основании классификации и номенклатуры института Ревматологии РАМН (1991) и Ассоциация Американских Ревматологов (ААР, 1987).

Среди наблюдаемых на рентгенологическом исследовании выявлено у 20% I R-стадии, 75% II R-стадии, а 5% больных III R-стадии болезни. Встречалась следующая функциональная недостаточность суставов: I – стадии 25%, II – стадии 64%, а III – стадии 11% больных.

До и после лечения: - изучалось содержание в сыворотке крови СД3-лимфоцитов (Жондал), СД4 и СД8 (Моретта), СД19 (Е.Р. Кудрявцева) и G (IgG), A (IgA), M (IgM)-иммуноглобулинов (радиальную иммунодиффузию по Манчини).

С целью решения поставленных задач, была разработана поэтапная (5-ти этапная) комплексная лечебно-реабилитационная программа для больных с хроническими болезнями почек, рассчитанная на 2 года. Больные по методике, проводимые лечение подразделены на 3 группы: 1-группа (n=15) принимали ностероидные противовоспалительные препараты (НПВП) ежедневно по 1 таблетке 2 раза; 2-группа (n=25) принимали физиотерапевтические процедуры и ЛФК в виде танцевальных упражнений, например, «Андижанская полька» или «Тановар»; а 3-группа (n=25) принимали НПВП ежедневно по 1 таблетке 2 раза, физиотерапевтические процедуры и ЛФК в виде танцевальных упражнений, например, «Андижанская полька» или «Тановар». Во время проведения ЛФК нагрузку постепенно увеличивали изо дня в день, учитывая индивидуальные особенности состояния больных, физической подготовленности в течение 2 лет.



Результаты. До лечения у больных выявлено иммунодефицитное состояние в виде снижения клеточной и повышения гуморальной иммунной защиты организма.

После лечения отмечалось достоверное повышение средних показателей клеточной [СД3-21,1%, 24,3%, 29,2% ($P<0,05$); СД4-24,8%, 29,2%, 31,7% ($P<0,01$); СД8-37,5% ($P<0,05$), 45,0%, 57,4% ($P<0,01$); СД19-81,8%, 94,6%, 107,8% ($P<0,001$)] и достоверное снижение средних показателей гуморальной [IgA-21,6%, 23,8%, 25,7% ($P<0,05$); IgM-18,5%, 20,7%, 22% ($P<0,05$); IgG-23,2% ($P<0,05$), 37%, 50,4% ($P<0,01$)] иммунной защиты организма.

Выводы. Таким образом, проводимая в комплексе лечебно-реабилитационная программа с включением танцевальных упражнений, оказывает иммунокорректирующий эффект у больных РА. На фоне этого выявлена достоверная положительная динамика в 1-группе 62% ($P<0,05$), во 2-группе 78% ($P<0,01$), а в 3-группе 90% ($P<0,01$).

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Васи́левский И.В.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Проанализировать литературные данные по современным клинико-фармакологическим подходам повышения фармакологической эффективности применяемых нестероидных противовоспалительных лекарственных средств (НПВС) с учетом их фармакогенетики.

Материал и методы исследования. Доступные библиографические источники по указанной проблеме.

Результаты и обсуждение. Фармакотерапия ревматических заболеваний остается одной из наиболее сложных проблем современной клинической медицины. Перспективным направлением по оптимизации проводимой фармакотерапии является фармакогенетический подход к применению лекарственных средств.

Большинство лекарственных средств (ЛС), попадая в организм человека, подвергается метаболизму – биотрансформации. Важнейшим ферментом биотрансформации является цитохром P450, который имеет более 1000 изоферментов, 5 из них (CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4) метаболизируют до 90% всех ЛС. Все этапы биотрансформации ЛС находятся под контролем соответствующих генов, кодирующих ферменты биотрансформации ЛС и транспортеры ЛС. Гены, кодирующие выработку изоферментов печени, участвующих в метаболизме ЛС, отличаются большим полиморфизмом, от которого зависит фармакокинетика препаратов, их эффективность и безопасность.



НПВС – это группа наиболее часто применяемых лекарственных средств (ЛС) в ревматологии. Важнейшую роль в фармакокинетике ряда НПВС (ибупрофена, индометацина, лорноксикама, мелоксикама, целекоксиба) играет изоферментная форма CYP2C9. Ген CYP2C9, локализованный на 10 хромосоме в локусе 10q24.1-24.3, является высоко полиморфным, указывается на наличие 61 аллельных вариантов. Наиболее распространенные аллели характеризуются различной активностью метаболизации НПВС. Так, пациенты с аллелью CYP2C9 *1 считаются нормальными метаболизаторами, при наличии аллелей CYP2C9 *2, *5, *8, *11 – функция биотрансформации понижена, у лиц с аллелями гена CYP2C9 *3, *6, *13 – функция метаболизации отсутствует или выражена незначительно. У пациентов с имеющейся информацией о генотипировании CYP2C9 врач может прогнозировать несколько клинических ситуаций. Лица, имеющие генотип CYP2C9 *1/*1, относятся к NM (normal metabolizer) – нормальному фенотипическому классу. В то же время пациенты, генотип которых – CYP2C9 *1/*2; CYP2C9 *1/*3; CYP2C9 *2/*2, характеризуются как IM (intermediate metabolizer) – промежуточные метаболизаторы. Более опасна ситуация с назначением НПВС пациентам, имеющим генотип CYP2C9 *2/*3 или CYP2C9 *3/*3, что позволяет отнести их к фенотипической группе PM (poor metabolizer) – «плохой метаболизатор».

Выводы. В реальной клинической практике ревматолога можно использовать Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium Guideline (CPIC) for CYP2C9 and Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (2020), в котором приведены рекомендации по рациональному назначению НПВС пациентам, относящимся к различным фенотипическим классам, с целью повышения эффективности фармакотерапии и предупреждения возможных побочных эффектов особенно у коморбидного пациента. Практически важным является вопрос об альтернативном назначении НПВС, которые в основном не метаболизируются CYP2C9 (ацетилсалициловой кислоты, кеторолака, напроксена, сулиндака). Следует стремиться к более широкому использованию фармакогенетических предикторов фармакокинетики НПВС с целью оптимизации фармакотерапии при лечении пациентов ревматологического профиля.

ПРИМЕНЕНИЕ ДОЗИРОВАННОЙ, ФИЗИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ СПОНДИЛИТОМ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

**Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Карпухина Е.П.,
Барсукова Н.А., Сулова Е.Ю., Толстых Е.М.**

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж

Цель исследования. Одним из ведущих клинических симптомов такого распространенного ревматического заболевания, как псориатический полиартрит, (ПА)



помимо боли в периферических суставах, является боль в спине, обусловленная псориатическим спондилитом (ПС). Применение лечебной физкультуры у таких больных, как дополнение к патогенетической терапии, по мнению авторитетных ревматологов всего медицинского сообщества, уменьшает боль, как в суставах, так и в спине, улучшает подвижность позвоночника и укорачивает скованность. Целью исследования стала оценка динамики боли в спине и восстановления функции позвоночника при применении лечебной физкультуры (ЛФК) в комбинации с патогенетической терапией у пациентов с ПС с периферическим артритом.

Материал и методы. У 14 пациентов в возрасте 62,1±4,1 (10 женщин и 2 мужчины) с не тяжелым псориатическим артритом (CASPAR, 2006) с болями в спине и умеренными нарушениями функции в позвоночнике, обусловленных ПС, (ASAS, 2009), (группа 1), провели до лечения лабораторное и рентгенологическое обследование. После чего оценили в динамике применения дозированной, лечебной физической нагрузки (в условиях реабилитационного центра БУЗ ВО ГКП №1), и низких доз метотрексата (15 мг 1 раз в неделю) выраженность боли, подвижность и скованность в позвоночнике и суставах. Для этого применили индекс активности анкилозирующего спондилита BASDAI, который анализировали на 8-10, 30 день лечения и через три месяца лечения. Результаты наблюдения сравнили с 10 пациентами контрольной группы (2 мужчины и 8 женщин), с аналогичной клинической картиной ПА, ПС, пролеченных только метотрексатом в такой же дозировке. Программу STATISTIC 6 использовали для оценки полученных результатов.

Результаты и обсуждение. До лечения индекс BASDAI, в обеих группах до лечения составил 6, 4±1,46 и достоверно не отличался $p>0,05$. Но уже на 8-10 день лечения в испытываемой группе данный показатель снизился на 1,6 и составил 4,8, $p<0,05$, через 30 дней показатель уменьшился до 3, 4±1,24 и через 3 месяца цифры сохранились на таком же уровне 3,65±2,24, $p<0,05$. Такая же положительная динамика наблюдалась в восстановлении функциональных возможностей позвоночника. Так утренняя скованность снизилась с 3,56±0,53 балла до 1,65±0,84 уже на 10 день занятий ЛФК. А через 3 месяца составила 1,22±0,96, $p<0,05$. В контрольной группе через 8-10 дней достоверных изменений не отмечалось. Значения индекс BASDAI, составили 5,9±2,82, $p>0,05$. На 30 день BASDAI, был 5,1±2,16, $p>0,05$. И только через три месяца BASDAI, существенно опустился до 4,4±2,82, $p<0,05$. Анализ восстановления функциональных возможностей показал ту же очень медленную несущественную положительную динамику через 8-10 и 30 дней. Лишь через 3 месяца скованность в баллах в контрольной группе достоверно снизилась с 3, 68±0,93 до 2,14, после лечения, $p<0,05$. Но все показатели в контрольной группе были значимо хуже цифр испытываемой группы, $p<0,05$.

Выводы. Значимая положительная динамика всех клинических показателей в группе пациентов занимавшихся ЛФК в комбинации с приемом метотрексата, при сравнении с показателями контрольной группы, получившей только метотрексат, убедительно показала преимущество комбинации патогенетической терапии с дозированной физической лечебной нагрузкой в реабилитации больных псориатическим спондилитом.



ПАНИКУЛИТ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Вельямидова Д.М.

Ярославский государственный медицинский университет,
г. Ярославль

Цель исследования. Оценить значимость клинико-лабораторной и морфологической диагностики у больных с воспалительными поражениями подкожно-жировой клетчатки и кожи.

Материалы и методы. Пациентка С, 1964 года рождения, обратилась 11.04.2019 с жалобами на боли в животе без четкой локализации и образование уплотнения в области послеоперационного рубца (аппендэктомия 30 лет назад). Боли возникали периодически в течение двух последних месяцев, когда «лечилась голоданием». Боли усилились, локализовались в правой подвздошной области с иррадиацией в паховую область. Появилось выпячивание брюшной стенки в области рубца. Была госпитализирована в хирургическое отделение с предварительным диагнозом: «Спаечный процесс? Инвагинация?». При поступлении состояние средней тяжести. На коже в области предплечий, бедер и ягодиц на месте бывших уколов мелкие плотные рубцы. Периферические лимфоузлы не увеличены. В правой подвздошной области выпячивание стенки живота в области келоидного послеоперационного рубца. Живот при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. В области рубца пальпируется плотное образование 10x15 см, малоподвижное.

Результаты и обсуждение. Сделана биопсия подкожного узла. Гистологическое заключение: гистиоциты формы макрофагов, чаще многоядерных с пенистой цитоплазмой (липофаги), жировые клетки почти полностью замещены соединительной тканью, местами некротические очаги. Диагноз: Лобулярный панникулит. В анамнезе аллергия на книжную пыль. В детстве был выставлен диагноз: «Ревматизм без порока сердца». В 7 лет при проведении профилактического введения бициллина по поводу ревматизма появились болезненные подкожные плотные образования синюшного цвета в паховой области и на бедрах. Бициллин был отменен. В анамнезе периодически диагностирована железодефицитная анемия, принимала препараты железа, со слов пациентки, последние 10 лет уровень гемоглобина в крови нормальный. Наследственность отягощена: у матери ревматизм. Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, проведенная прежде всего для исключения саркоидоза, патологии не выявила. Анализ крови общий: анемия легкой степени, СОЭ 32 мм.час. Анализ крови на антинуклеарный фактор был положительный, антитела к нативной ДНК не выявлялись, С-реактивный белок 20 мг/л. Выставлен диагноз: Основной: Рецидивирующий идиопатический лобулярный панникулит без системных проявлений. Сопутствующий: Гипертоническая болезнь II стадии, риск 2, целевой уровень АД достигнут. Дефицит массы тела. Был назначен метипред в дозе 20 мг в сутки, длительно с последующим снижением, гидроксихлорохин 400 мг. Было рекомендовано не использовать для лечения метод голодания. Отмечен положительный эффект в плане уменьшения размеров подкожного узла.



Выводы. Диагноз Панникулит подтверждается обязательным гистологическим исследованием. Относится к наследственным генетическим заболеваниям в патогенезе которых не исключается роль аутовоспалительных процессов.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ветчинкина Е.А.¹, Михайленко Д.С.^{1,2}, Кузнецова Е.Б.^{1,2},
Алексеева Е.А.¹, Буре И.В.¹, Немцова М.В.^{1,2}

¹Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова,

²Медико-генетический научный центр,
Москва

Цель исследования. Создание системы генетических маркеров ревматоидного артрита (РА), позволяющей оценивать риск развития и особенности клинического течения заболевания.

Материалы и методы. В работе было использовано 123 образца геномной ДНК пациентов с диагнозом РА. Генотипирование полиморфизмов проводили с помощью разработанной экспериментальной NGS-панели «Ревматоидный артрит» (IAD177464_185), включающей 64 кандидатных локуса для РА. Информация о частотах аллелей в европейской популяции (Caucasian) была взята из The Genome Aggregation Database (gnomAD) и принята в качестве группы сравнения. Статистический анализ распределения частот аллелей и генотипов и сравнение групп пациентов и контроля проводили с помощью критерия χ -квадрат в программе MS Excel. Относительный риск развития РА оценивали с помощью показателя отношения шансов (OR) с 95% доверительным интервалом (CI), используя программу «Epi Info 7» и онлайн-калькулятор «Медицинская статистика».

Результаты. Сравнительный анализ распределения частот аллелей и генотипов полиморфных вариантов в выборке пациентов с РА и контроля позволил отобрать 13 генов-кандидатов предрасположенности к этому заболеванию. Наибольшие значения OR показаны для гомозиготного генотипа GG OR=15,1 [CI: 3,7-61,2], $p=0,001$ гена AIRE (rs2075876) и генотипа AA OR=11,6 [CI: 5,6-24,15], $p=0,001$ гена RPTN22 (rs2476601), также с РА были ассоциированы аллели G и A, соответственно ($p=0,001$).

Аллели и их гомозиготные генотипы, ассоциированные с РА, но имеющие меньший показатель OR, выявлены в генах: FCGR2A (rs1801274): аллель A OR=1,5 [CI: 1,16-1,93], генотип AA OR=3,2 [CI: 2,2-4,7]; STAT4 (rs7574865): аллель T OR=1,5 [CI: 1,1-2,0], генотип TT OR=3,85 [CI: 2,0-7,5]; IL4 (rs2243250): аллель T OR=1,7 [CI: 1,27-2,2], генотип TT OR=2,5 [CI: 1,3-4,8]; IL17A (rs7574865): аллель T OR=1,5 [CI: 1,1-2,0], генотип TT OR=3,85 [CI: 2,0-7,4]; TNXB (rs17421624): аллель C OR=1,4 [CI: 1,1-1,8], генотип CC OR=1,8 [CI: 1,13-2,9]; TPMT (rs2842934): аллель G OR=1,4 [CI: 1,05-1,8], генотип GG OR=4,3 [CI: 2,3-8,2]; TNF (rs1800629): аллель G OR=2,1 [CI: 1,35-3,3] и генотип GG OR=2,1 [CI: 1,3-3,26].



Один из исследованных генов – BTNL2 – продемонстрировал ассоциацию с РА полиморфизма rs3817963 в доминантной модели: при наличии аллеля С OR составил 1,76 [CI: 1,36-2,28], генотипа СС – OR=2,11 [CI: 1,25-3,54] и генотипа СТ – OR=1,56 [CI: 1,1-2,23] ($p=0,001$). Еще для трех генов-кандидатов показана ассоциация определенных генотипов с РА в рецессивной модели: IL1B (rs16944): генотип АА гена OR=2,2 [CI: 1,3-3,8]; CCR6 (rs3093024): генотип АА OR=2,73 [CI: 1,8-4,2] и IL18 (rs1946518): генотип GG OR=1,6 [CI: 1,12-2,3].

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о вкладе определенных нами генов-кандидатов в патогенез РА и позволяют использовать их для создания панели ассоциативных генетических маркеров с диагностическим и/или прогностическим значением. Применение NGS-панели может способствовать выделению групп риска среди населения по РА и, возможно, подбору схем лечения с учетом индивидуальных особенностей каждого больного РА в будущем.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАБОТНИКОВ МЕТРОПОЛИТЕНА

Волошина Н.И.¹, Подберезкина Л.А.², Абушева Г.Р.^{2,3}

¹Санаторий «Балтийский берег»,

²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

³Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценка эффективности оздоровительных программ санаторно-курортной реабилитации, разработанных на основе синдромно-патогенетического подхода при проведении медицинской реабилитации работников ГУП «Петербургский метрополитен».

Материалы и методы. Для оценки эффективности оздоровительных программ был проведен анализ 650 законченных случаев реабилитации работников метрополитена с наиболее распространенными нозологическими формами заболеваний на базе санатория «Балтийский берег» за 2017-2019 гг.

Результаты. Группа №1 (группа наблюдения) – в количестве 315 человек. В этой группе применялись программы реабилитации, основанные на коррекции ведущего синдрома заболевания, с дифференцированным использованием природных и искусственных лечебных физических факторов.

Группа №2 (группа сравнения) – в количестве 335 человек. Программа назначения лечебных факторов составлялась на основе ведущих клинических синдромов для активации неспецифической резистентности организма.

В выборке пролеченных пациентов в группе №1 преобладали пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы: с дорсопатией 99 (51%), артропатией 34 (18%), с заболеваниями системы кровообращения 42 (21%), с заболеваниями органов дыхания 20 (10%). В группе №2 преобладали пациенты с заболеваниями костно-мы-



шечной системы: с дорсопатией 108 (53%), артропатией 36 (18%), с заболеваниями системы кровообращения 46 (22%), с заболеваниями органов дыхания 13 (7%).

В реабилитационной программе пациентов с заболеваниями костно-мышечной системы преобладали методы фибромодулирующего, противовоспалительного, анальгетического, лимфоденирующего и дефиброзирующего действия.

В реабилитации пациентов с заболеваниями системы кровообращения чаще применялись методы антиишемического, кардиотонического, вегетокорректирующего, коронарлитического и гипокоагулирующего действия.

В программах реабилитации пациентов с заболеваниями органов дыхания превалировали методы бронхолитического, противовоспалительного, вегетокорректирующего и иммуностимулирующего действия.

Оценку результатов проведенной реабилитации проводили по критериям эффективности санаторно-курортного лечения, учитывающие объективные и субъективные показатели состояния здоровья пациентов. Разработанные схемы применения физических факторов лечения позволили улучшить результаты санаторно-курортной реабилитации пациентов.

Полученные данные свидетельствуют о том, что апробированные программы санаторно-курортного лечения более эффективны у 98% пациентов травматологического, 97% неврологического, 92% кардиологического, 93% пульмонологического профиля.

Выводы. Вышеизложенные данные показывают, что разработанные программы санаторно-курортной реабилитации позволяют увеличить эффективность санаторно-курортного лечения, улучшить прогноз трудовой деятельности, уменьшить последствия вредных и опасных факторов сопровождающих трудовую деятельность работников метрополитена.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ И РИСК ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5Д СТАДИИ

Воронина А.А.^{1,2}, Барышева О.Ю.^{1,2}, Спасова А.П.^{1,2}

¹Петрозаводский государственный университет,

²Республиканская больница имени В.А. Баранова,

г. Петрозаводск

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между маркерами костного обмена и показателями минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у пациентов с хронической болезнью почек 5Д стадии (ХБП5Д).

Материалы и методы. Исследованы 40 пациентов мужского и женского пола, получающих лечение программным гемодиализом (ГД) в возрасте от 21 до 76 лет (средний возраст $51,8 \pm 2,3$ лет). Всем пациентам в сыворотке крови определялись концентрации фосфора, общего кальция, мочевины и креатинина, методом иммуноферментного анализа определялись уровни FGF23, Klotho, 25-гидроксивитамина Д



(25(ОН)Д), остеопротегерина (OPG), активной изоформы 5 α тартрат-резистентной кислой фосфатазы (TRAP), С-концевых телопептидов, образующихся при деградации коллагена 1 типа (CrossLaps), остеокальцина (OC), С-концевых пропептидов коллагена 1 типа (CICP). Концентрация интактного паратиреоидного гормона (иПТГ) в сыворотке крови определялась при помощи иммунохемилюминесцентного анализатора «IMMULITE 2000». Исследование МПКТ проводилось с использованием двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате LUNAR DXA. Для диагностики переломов костей любой локализации использовались анамнестические данные рентгенологического исследования при анализе медицинской документации.

Результаты и обсуждение. В ходе полученных данных женский пол был ассоциирован с выявлением более высоких концентраций маркеров костного ремоделирования и определен в качестве индикатора более тяжелого течения минерально-костных нарушений (МКН). По мере утраты почечной функции и достижения ХБП5Д установлено увеличение в десятки и сотни раз лабораторных уровней маркеров костеобразования (МКО) (OC: $p=0,0007$; CICP: $p=0,18$) и костной резорбции (МКР) (CrossLaps: $p=0,0003$), что свидетельствует о возрастающей интенсивности процессов костного ремоделирования по мере снижения массы действующих нефронов. При изучении концентрации маркеров костного обмена в зависимости от стажа ГД полученные результаты свидетельствуют, что увеличение продолжительности лечения ГД ассоциировано с повышением активности МКР (TRAP: $p=0,18$, CrossLaps: $p=0,04$) и взаимосвязано с ростом маркера, регулирующего остеокластогенез – OPG ($p=0,03$). Установлено, что максимальные концентрации МКР наблюдались при стаже лечения гемодиализом более 15 лет. МКО OC и CICP были наиболее активны на начальных этапах лечения ГД (сроком до 2-х лет), с тенденцией к снижению по мере возрастания стажа лечения ГД. Неоднородность показателей при стаже лечения ГД 3 года и более 15 лет, возможно, обусловлена наличием малой выборки. Полученные данные позволяют предположить, что увеличение продолжительности лечения ГД более 5 лет ассоциировано с повышением активности МКР и снижением активности МКО. Стаж лечения ГД более 5 лет определен как фактор риска прогрессирования МКН у пациентов с ХБП5Д.

Выводы. На развитие и прогрессирование МКН у пациентов с ХБП5Д, получающих лечение ГД, оказывают влияние женский пол, возраст, продолжительность лечения ГД, повышение уровней МКР (TRAP, CrossLaps), уровней иПТГ, FGF23 и Klotho. К предикторам риска развития переломов у пациентов с ХБП5Д можно отнести повышение в сыворотке крови уровней МКР (TRAP и CrossLaps), уровня иПТГ, снижение концентрации FGF23 и Klotho, но не показатели МПКТ. С целью оптимизации диагностики и оценки прогрессирования МКН у пациентов с ХБП5Д, получающих лечение ГД, целесообразным является определение в сыворотке крови дополнительных маркеров костного обмена – TRAP, CICP, FGF23 и Klotho. При выборе тактики ведения больных с ХБП5Д, имеющих нормальные показатели МПКТ по данным денситометрии, следует ориентироваться на динамику концентраций МКР (TRAP, Crosslaps), уровней ПТГ, FGF23, Klotho. Необходимо учитывать, что определение МПКТ не прогнозирует риск развития переломов в данной популяции пациентов.



КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ РЕЦЕПТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Герасимова Е.В., Мартынова А.В., Кириллова И.Г., Табаков Д.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Назначение эффективной противовоспалительной терапии при ревматоидном артрите (РА) позволяет не только модифицировать течение болезни, но и снижать риск кардиоваскулярных катастроф. Влияние ингибиторов интерлейкина (ИЛ)-6 на состояние сердечно-сосудистой системы у больных РА остается малоизученным. Полагают, что эти препараты с одной стороны, обладают «антиатерогенным» действием за счет подавления воспалительного компонента атеротромбоза, с другой – могут оказывать негативное влияние на сосудистую стенку, систему транспорта холестерина (ХС) крови, тем самым увеличивая риск сердечно-сосудистых катастроф.

Цель исследования. Изучить динамику модифицируемых ФР, липидного спектра крови, суммарного сердечно-сосудистого риска, структурных изменений сердца и сосудов у больных РА на фоне лечения тоцилизумабом (ТЦЗ) в течение 12 месяцев (мес) наблюдения.

Материал и методы. Включено 40 пациентов с достоверным диагнозом РА. Большинство пациентов (83%) были женского пола, медиана возраста составила 55 [49; 64] лет (70% пациентов >55 лет), длительности РА – 102 [48; 162] мес. Ранняя стадия РА зафиксирована у 4 (10%), развернутая – у 11 (28%), поздняя – у 25 (62%) больных. Активность РА была высокой (3 степени) у всех пациентов, медиана DAS₂₈ 6,2 [5,5; 6,7] баллов). Внесуставные проявления имели более половины (55%) больных. Все пациенты с РА были серопозитивны по IgM РФ, 80% – по АЦЦП. Терапия ТЦЗ проводилась в дозе 8 мг/кг в/в кап с интервалом в 4 недели, период наблюдения составил 12 мес.

Для расчета суммарного сердечно-сосудистого риска были использованы европейские шкалы mSCORE и ASSIGN, прогнозирующие 10-летний риск кардиоваскулярной летальности. Концентрации ХС, ХС ЛПВП, триглицеридов (ТГ) определяли стандартными ферментативными методами, ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) рассчитывали по формуле Фридвальда. Всем больным были проведены комплексное ЭхоКГ-исследование, суточное мониторирование артериального давления (АД), холтеровское мониторирование (ХМ-ЭКГ), УЗИ брахиоцефальных артерий (БЦА).

Результаты. Частота традиционных ФР через 12 мес терапии достоверно не изменилась. Зафиксировано увеличение ИМТ на 2%, у троих больных исчез дефицит массы тела, четверо набрали лишний вес. К концу 12 мес наблюденияросло содержание ХС ЛПВП сыворотки крови на 27% и снизился Индекс атерогенности (ИА) на 28% (p<0,01). Изменений концентраций других показателей липидного спектра крови замечено не было.



Риск по шкале mSCORE варьировал от 0% до 24,5%, медиана составила 2,4%. Очень высокий сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE был определен у 31 (78%) больных, причем у 27 (68%) из них был обусловлен диагностированным атеросклерозом БЦА, наличием ИБС, СД II типа с поражением органов мишеней, и только у 4 пациентов SCORE превышала 10%. Умеренный сердечно-сосудистый риск обнаружен у одного (2,5%) пациента и низкий – у 8 (20%) больных. Риск по шкале ASSIGN был отмечен в пределах 0-77%, медиана составила 12,5%. Одиннадцать (27%) больных РА были отнесены к категории высокого риска по шкале ASSIGN ($\geq 20\%$). К окончанию исследования существенно не изменилось распределение больных по величине индексов mSCORE, ASSIGN и по кардиоваскулярному риску.

По данным клинико-лабораторных показателей ХСН на фоне 12 мес терапии ТЦЗ не прогрессировала. Значимых структурных изменений сердца и сосудов у больных РА на терапии ТЦЗ в течение 12-месячного периода наблюдения не выявлено. Нарушения ритма сердца не манифестировали в процессе применения ТЦЗ, жизнеугрожающие нарушения ритма не регистрировались.

Выводы. Продемонстрирована кардиоваскулярная безопасность 12 мес терапии ингибитором рецепторов ИЛ-6 у больных РА.

ГАЗОПАРОТЕРМАЛЬНЫЕ ВАННЫ И АМПЛИПУЛЬСТЕРАПИЯ ПРИ ПОЯСНИЧНЫХ ДОРСОПАТИЯХ

Гильмутдинова Л.Т.¹, Исакова Г.Р.², Анищенко И.Х.¹,
Гильмутдинов Б.Р.¹, Аллаярова Р.М.¹

¹Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа,

²Санаторий «Янган-Тау»,
г. Янган-Тау

Цель исследования. Оценка эффективности амплипульстерапии и газопаротермальных ванн в санаторной терапии поясничных дорсопатий.

Материал и методы. Исследования проведены у 60 больных с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника в возрасте 41-60 лет, находящихся в санатории «Янган-Тау». Мужчины составили 47%, женщины – 53%. Пациенты основной группы (n=30) получали дополнительно к базовой терапии парогазотермальные ванны с использованием естественных газопаротермальных источников санатория Янган-Тау в сочетании с процедурами амплипульстерапии на аппарате «ФИЗИОМЕД ЭКСПЕРТ». Паротермальные ванны отпускались в специально разработанных кабинках, при температуре с 38 до 40-42°C, продолжительность до 10-12 минут через день. Пациенты контрольной группы (n=30) получали базовый комплекс, состоящий из лечебной гимнастики групповым методом, плавания в бассейне, медикаментозной терапии по показаниям.

Оценивали динамику клинического состояния, анализов крови, интенсивности болевого синдрома с помощью 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ),



функциональное состояние позвоночника – по позвоночному индексу (ПИ), состояние кровообращения нижних конечностей по реовазографии, по показаниям проводили рентгенографию позвоночника, магнитно-резонансную томографию, электромиографию. С помощью опросника САН изучали состояние психоэмоционального статуса. Для статистической обработки цифрового материала использован пакет прикладных программ StatPlus 2009.

Результаты исследования. Терапевтический эффект разной степени выраженности наблюдали у 93% пациентов основной и у 58% контрольной групп. Пациенты отмечали улучшение самочувствия, уменьшение интенсивности боли в поясничном отделе позвоночника, расширение двигательной активности, повышение работоспособности. Отмечено уменьшение интенсивность боли у лиц основной группы с $6,37 \pm 0,03$ до $3,1 \pm 0,02$ баллов ($p < 0,05$), у лиц контрольной группы – с $6,39 \pm 0,02$ до $4,5 \pm 0,04$ баллов ($p < 0,05$). Наблюдалось увеличение мобильности позвоночных сегментов, которое наиболее выражено в основной группе: с $24,8 \pm 0,18$ до $27,5 \pm 0,13$ ($p < 0,05$), у пациентов контрольной группы с $24,5 \pm 0,22$ до $25,8 \pm 0,16$.

На фоне санаторно-курортной терапии с применением парогазотермальных ванн у большинства пациентов с поясничной дорсопатией отмечается улучшение психоэмоционального состояния с возрастанием значений «самочувствие» с $3,63 \pm 0,01$ до $5,76 \pm 0,04$ ($p < 0,05$), «настроение» с $4,64 \pm 0,02$ до $5,96 \pm 0,05$ ($p < 0,05$) по тесту САН, при незначимых сдвигах аналогичных параметров у пациентов контрольной группы. При этом к концу курса санаторной терапии наблюдается возрастание показателя «активность» в основной группе с $3,56 \pm 0,02$ до $5,3 \pm 0,01$ ($p < 0,05$), в контрольной группе – с $3,6 \pm 0,02$ до $4,2 \pm 0,03$.

Выводы. Применение газопаротермальных ванн из естественных геотермальных факторов санатория Янган-Тау в сочетании с амплипульс-терапией у пациентов с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника способствует уменьшению воспалительных и обменных расстройств, регрессу вертебро-неврологической симптоматики, восстановлению объема движений в позвоночнике при улучшении параметров психоэмоционального статуса и является рациональным и эффективным подходом в комплексной санаторной терапии поясничных дорсопатий.

МАНИФЕСТАЦИЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

Голова Р.Г., Алекберова З.С.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Болезнь Бехчета (ББ) – системный васкулит неустановленной этиологии, характеризующийся рецидивами эрозивно-язвенного процесса в ротовой полости и на гениталиях, частым поражением глаз, суставов, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), центральной нервной системы (ЦНС) и сосудов.

Цель. Изучить влияние на тяжесть ББ таких факторов как возраст дебюта болезни, первый симптом ББ и пол пациента.



Методы. Обследовано 95 больных с достоверной ББ. Среди больных преобладали лица мужского пола (70 мужчин, 25 женщин), соотношение М:Ж – 2,8:1. Возраст пациентов составил (медиана и интерквартильный разброс) 29 лет [22; 34] от 16 до 51 лет, возраст начала болезни – 20 лет [14; 24]; продолжительность заболевания – 8 лет [4; 15].

Результаты. Дебют клинических проявления ББ (%): рецидивирующий афтозный стоматит – 63,1; поражение кожи – 12,6; язвы гениталий – 4,2; поражение глаз 6,3; суставной синдром – 7,4; поражение ЦНС – 2,1; ЖКТ – 2,1; тромбозы – 1; эпидидимит – 1. У 11,6% больных уже в самом начале имелись органические проявления ББ. У женщин в дебюте встречались чаще – рецидивирующий афтозный стоматит 76% против 58,6%, $p=0,01$, в то время как органические проявления ББ в дебюте чаще наблюдались у мужчин 14% против 4% у женщин, $p=0,02$.

От первых симптомов болезни до формирования развернутой картины, позволяющей с уверенностью поставить диагноз ББ требовалось в среднем 4,3 года [1; 6], 30,5% больных развивали полную клиническую картину ББ в течение 1 года.

При изучении предшествующих болезни факторов только 12 больных отметили таковые, среди них частые ангины у 3 больных, переохлаждение у 2, стоматологическое вмешательство у 2, стресс у 2, herpes labialis, пункция фронтальной пазухи и аппендэктомия у 1 пациента. Другие больные не могли назвать причины, предшествовавшие ББ.

Дебютировала ББ в среднем в 20 лет [14; 24]; до 16 лет у 30,5%, от 16 до 21 года – 22,1%, 21-30 лет – 36,8%, после 30 лет – 10,5%. У мужчин и женщин дебют ББ был приблизительно в одном возрасте. Корреляций в пользу влияния возраста дебюта на клиническую симптоматику ББ у больных разного пола не получено. Однако при анализе взаимосвязи пола пациента и индекса тяжести ББ согласно G. Keser установлено легкая степень у 15,7% случаев среди мужчин и в 44% – у женщин ($p=0,009$), средняя степень – 7,1% и 16%, ($p>0,05$), тяжелая форма ББ в 77% и в 40% соответственно, ($p=0,001$). Риск развития последней формы ББ у мужчин оказался выше в 5 раз [OR=5,06, 95% ДИ 1,7-15,1].

Заключение. Начало ББ у большинства больных пришлось на возраст до 30 лет. Лишь у 10% пациентов ББ дебютировала после 30 лет. ББ дебютировала с афтозного стоматита более чем у половины пациентов, чаще у женщин. У 11,6% больных уже в самом начале ББ имелись прогностический неблагоприятные проявления, сопряженные с мужским полом. Корреляций в пользу влияния возраста дебюта на клиническую симптоматику ББ у больных разного пола не получено.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Горбунова Ю.Н., Кондратьева Л.В., Попкова Т.В.,
Дёмин Н.В., Смирнов А.В., Насонов Е.Л., Лиля А.М.**

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Актуальность. Частыми проявлениями ревматоидного артрита (РА) являются гипотрофия мышц и остеопения на фоне воспаления. Известно, что сниже-



ние массы и силы мышц, так называемая саркопения, сопровождается функциональными нарушениями и ухудшением качества жизни. С другой стороны, при РА высока распространенность ожирения, которое является одним из основных компонентов метаболического синдрома (МС), связанного с увеличением частоты сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета 2 типа. Кроме того, оба состояния ассоциируются с увеличением смертности. Сведения об исходном составе тела (СТ) больного РА важны как для прогнозирования исходов, так и для выбора терапии.

Цель. Уточнить СТ у больных ранним РА до начала терапии синтетическими базисными противовоспалительными препаратами, генно-инженерными биологическими препаратами и глюкокортикоидами с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) и оценить влияние на СТ воспаления и МС.

Материалы и методы. Обследовано 37 пациентов (31 жен./6 муж.) с ранним РА (критерии ACR/EULAR 2010), не получавших ранее ГК и БПВП. Медиана возраста 57,0 [47,0; 61,0] лет, длительность заболевания 6,0 [4,0; 15,0] мес., серопозитивные по IgM РФ (76%) и АЦЦП (92%); с высокой активностью РА (DAS28 – 5,5 [5,04; 5,99]). Контрольную группу составили 19 здоровых доноров без ревматических заболеваний. Пациентам с РА и группе контроля измеряли объем талии, рост и вес, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). СТ определяли с помощью ДРА с использованием программы «Все тело» на аппарате HOLOGIC (США). Наличие МС оценивали по критериям Международной диабетической федерации (IDF), которые включали АО (ОТ \geq 94 см (муж.), \geq 80 см (жен.), уровень АД \geq 130/85 мм рт. ст., ХС ЛПВП <1,0 ммоль/л (муж.), <1,3 ммоль/л (жен.), ТГ \geq 1,7 ммоль/л, глюкозу \geq 5,6 ммоль/л или наличие СД. Наличие АО в сочетании с любыми двумя из них указывает на наличие МС.

Результаты. При отсутствии значимых различий антропометрических показателей (ОТ, массы тела, ИМТ) пациенты с ранним РА имели меньшую массу тощей ткани (43,1 [38,6; 52,2] кг против 49,2 [45,1; 56,4] кг), по сравнению с группой контроля ($p=0,02$). Различий по массе жировой ткани не выявлено. У пациентов с РА наблюдалась значимая позитивная корреляция между долей в организме жировой ткани (%) и СОЭ ($r=0,42$), уровнем СРБ ($r=0,36$), значениями ОТ ($r=0,57$) и ИМТ ($r=0,71$), а также негативная – между долей тощей ткани (%) и СОЭ ($r=-0,42$), СРБ ($r=-0,35$), ОТ ($r=-0,56$) и ИМТ ($r=-0,71$) ($p<0,05$ во всех случаях). МС диагностирован у 18 (49%) больных РА. Избыточная масса тела и ожирение диагностированы соответственно у 24% и 27% больных ранним РА. Пациенты с РА и МС имели большую массу тела, ИМТ, объем талии (98,0 [91,0; 109,0] vs 79,5 [71,0; 83,0] см) и массу жировой ткани (29,6 [22,9; 37,0] кг vs 18,9 [15,7; 26,2] кг), чем больные без МС ($p<0,05$ во всех случаях).

Выводы. Ревматоидное воспаление и метаболический синдром влияют на состав тела у пациентов с ранним РА до начала противоревматической терапии. С помощью инструментальных методов показано, что при РА происходит перераспределение жировой массы в организме, преимущественное ее накопление в области туловища и параллельное уменьшение объема мышечной ткани.



КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ПИРОФОСФАТНОМ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Горохова В.А., Носков С.М., Широкова Л.Ю., Шепеляева Л.С.
Ярославский государственный медицинский университет,
г. Ярославль

Цель исследования. В настоящее время активно изучаются микрокристаллические механизмы генеза остеоартрита (ОА). Известно, что в развитии ОА могут играть активную роль два вида кристаллов: основного фосфата кальция (ОФК) и пирофосфата кальция дигидрата (ПК). Кристаллы ОФК имеют маленький размер (1 нм) и визуально доступны только при электронной микроскопии. Установлено, что они чаще сопровождают клинически более яркие формы независимо от рентгенологической стадии. Кристаллы ПК визуализируются при световой или поляризационной микроскопии. Они чаще выявляются у больных с более высокими градами по рентгенологическим стадиям. Динамических работ по анализу влияния различных методов лечения на содержание кристаллов ПК в синовиальной жидкости (СЖ) практически не проводилось. Целью исследования было изучение встречаемости кристаллов ПК в СЖ у больных на поздних стадиях ОА с анализом влияния медикаментозной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 104 больных ОА коленных суставов преимущественно II-III рентгенологических стадий, у которых при артроцентезе получено не менее 0,2 мл СЖ (средний объем 9,4 мл). Микроскопия проводилась в нативном материале на поляризационном микроскопе БИОЛАМ-6Р. По находению кристаллов ПК больных объединяли в группу с отсутствием или единичными кристаллами (ПК-): 8 пациентов и в группу с множественными кристаллами (ПК+): 96 больных. Различия между группами анализировали по клиническим параметрам (VAS, индексы WOMAC, Lequeue) и МРТ-картине коленных суставов. Обработка результатов производилась по программному пакету STATISTICA 10 (StatSoft). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Установлено, что группа ПК+ была старше практически на 10 лет (71,5 и 59,9) и имела большую длительность заболевания (12,9 и 7,4 года). Больные имели одинаковый ИМТ (31,4 и 31,2 кг/м²). Рентгенологическая стадия была 2,7 в группе ПК+ и 1,8 в группе ПК-. По VAS и WOMAC группы были сравнимы. Индекс тяжести ОА Lequeue был 16,1 и 12,6, соответственно. По МРТ картине группа ПК+ характеризовалась значительно выраженным синовиальным выпотом (2,28 и 1,67 балла) при сравнимой толщине синовиальной оболочки, существенно меньшей толщине хряща медиального компартмента большеберцовой кости (0,42 и 1,09 мм), большим повреждением медиального мениска по STOLLER. Отек костного мозга (ОКМ) присутствовал в 100% в группе ПК+ и только в 63% в группе ПК-. Суммарный объем ОКМ был 29,2 и 5,4 мм³.

Выводы. Итак, находение кристаллов ПК ассоциируется с больными наиболее старшего возраста, с более выраженной стадией ОА и с выраженной поте-



рей хряща. Кроме того, кристаллы ПК определенно связаны с такими ведущими, но потенциально обратимыми звеньями быстрого прогрессирования ОА, как синовialный выпот и значительный ОКМ. Дальнейшим развитием работы будет проведение динамического наблюдения за кристаллами в СЖ при различных методах терапии ОА.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНА АГРЕССИВНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Грехов Р.А.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной
ревматологии имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Цель исследования. Изучение показателей и форм агрессивности и тревожно-депрессивных нарушений у больных РА.

Материалы и методы. Было обследовано 50 пациентов ревматологического отделения ГКБСМП №25 г. Волгограда с диагнозом РА. Критериями включения в исследование явились: информированное добровольное согласие пациента; возраст старше 18 лет; соответствие с Классификационными критериями ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 г.

Исследование проводилось с использованием методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки, в структуру которой включены шкалы «физическая агрессия», «косвенная агрессия», «раздражение», «негативизм», «обида», «подозрительность», «вербальная агрессия», «чувство вины», а также два индекса – «индекс враждебности» и «индекс агрессивности».

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования было выявлено, что индекс агрессивности у 56,75% пациентов оказался ниже нормы, у 40,55% был выявлен средний уровень агрессивности, и только 2,7% показали высокие уровни агрессивности.

Слабо выраженными остались такие проявления агрессии, как физическая агрессия, вербальная агрессия, подозрительность, и негативизм. Отсюда следует, что больные РА не склонны к внешним проявлениям агрессии.

Напротив, показатели аутоагрессии оказались достаточно высокими. Индекс враждебности у 59,45% обследованных больных оказался в пределах нормы, у 32,43% был выявлен высокий уровень враждебности, а у 8,1% уровень враждебности оказался низким.

Наиболее частой формой проявления агрессии для больных РА является чувство вины, в среднем $76,1 \pm 21,12$ баллов. Маловыраженными оказались показатели вербальной агрессии (в среднем $49,3 \pm 22,35$ баллов), раздражения ($47,2 \pm 21,12$), подозрительности ($44,9 \pm 27,97$) и физической агрессии ($41,6 \pm 25,02$). Средние значения негативизма также являлись минимальными ($34 \pm 23,97$ балла).



Показатели чувства вины, косвенной агрессии, а также раздражения значимо отрицательно ($p < 0,05$) коррелировали с длительностью заболевания, что подтверждает гипотезу о том, что заболевание представляет собой специфическую бессознательную форму отреагирования агрессивных тенденций, направленных против своего организма, и по мере возрастания длительности заболевания снижается потребность как в аутоагрессии, так и в экспрессии агрессии во внешний мир (в форме косвенной агрессии и раздражения).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об определенной специфике агрессивных проявлений, включающей развитие чувства вины и аутоагрессии. Внешне такие больные не выглядят агрессивными, так как они склонны проецировать агрессию на собственную личность, и накапливать гнев в виде обиды, нежели активно проявлять агрессивные импульсы в виде физической агрессии или негативизма, поэтому негативные чувства и враждебные тенденции у них остаются неотреагированными.

Результаты исследования подтверждают целесообразность изучения психологического профиля пациентов и оказания им психотерапевтической помощи.

Психологическая коррекция должна быть направлена на преодоление тенденций к самообвинению, борьбу с чувством вины и обиды, снижение враждебности и развитие чувства безопасности, развитие у пациента навыков конструктивного отреагирования агрессивных импульсов.

ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САРКОПЕНИЕЙ

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

Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово

Цель исследования. Оценка факторов сердечно-сосудистого риска в зависимости от состояния мышечного аппарата у мужчин пожилого возраста со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследованы 79 мужчин в возрасте старше 50 лет с верифицированной ИБС (медиана возраста 63 (57; 66) года).

Для оценки мышечной массы определяли общую площадь (см^2) поясничных мышц аксиального среза на уровне 3-го поясничного позвонка (L_{III}) методом мультиспиральной компьютерной томографии на 64-срезовом компьютерном томографе «Somatom Sensation 64» (Siemens AG Medical Solution, ФРГ). Отношение полученного показателя площади скелетной мускулатуры к квадрату показателя роста пациента определяло «скелетно-мышечный индекс L_{III} » (СМИ). Пороговым значением СМИ считали $52,4 \text{ см}^2/\text{м}^2$.



При сборе анамнеза учитывали общепринятые факторы риска развития атеросклероза, рекомендованные Российским кардиологическим обществом.

Результаты. В соответствии с рекомендациями Европейской рабочей группы по изучению саркопении у пожилых людей (The European Working Group on Sarcopenia in Older People, EWGSOP, 2010, 2018) пациенты были распределены в 3 группы: 31 больной без саркопении (группа 1), 21 пациент с изолированным снижением мышечной массы (пресаркопения) (группа 2) и 27 больных с саркопенией (группа 3).

Принадлежность к мужскому полу и возраст старше 40 лет являются значимыми факторами развития атеросклероза, и у всех вошедших в настоящее исследование больных согласно критериям включения (мужчины старше 50 лет), данные факторы риска присутствовали.

Показано, что наибольшее количество курящих в настоящий момент пациентов зафиксировано в группе пациентов с пресаркопенией – 38,1%, в то время как у мужчин пациентов без саркопении и с саркопенией данный показатель был ниже – 29,0% и 18,5% соответственно. Количество курящих больных в исследуемых группах значимо не различалось ($p > 0,050$).

Артериальная гипертензия в настоящей работе обнаружена у абсолютного большинства больных независимо от состояния мышечного аппарата: в 93,5%, 100% и 88,9% случаев в 1-ой – 3-ей группах соответственно. По данному фактору риска пациенты были сопоставимы ($p > 0,050$).

СД 2 типа чаще регистрировался в группах пациентов без саркопении и с саркопенией. Так, в 1-ой группе СД 2 типа диагностирован у каждого пятого больного (19,4%), в 3-ей – у каждого четвертого (25,9%), в то время как во 2-ой группе СД 2 типа отмечен только у 1 пациента (4,8%). Частота встречаемости данного фактора риска была сопоставима в исследуемых группах пациентов ($p > 0,050$).

Дислипидемия, как один из основных факторов риска развития и прогрессирования атеросклероза, закономерно часто встречалась у включенных в исследование больных независимо от состояния мышечного аппарата – в 83,9%, 76,2% и 86,5% пациентов без саркопении, с пресаркопенией и саркопенией соответственно ($p > 0,050$).

Максимальное количество больных с ожирением установлено в группе мужчин без саркопении (64,5%), что оказалось статистически достоверно выше аналогичного показателя в группах больных с пресаркопенией (23,8%) и саркопенией (22,2%) ($p = 0,015$ и $p = 0,048$ соответственно).

Заключение. Установлено, что ожирение значимо реже отмечалось в группах больных с пресаркопенией и саркопенией, что подтверждает имеющиеся на сегодняшний день данные о разнонаправленном влиянии массы тела на состояние сердечно-сосудистой и мышечной систем.

Полученные результаты позволяют обсуждать широкую распространенность факторов кардиоваскулярного риска в целом у больных с ИБС и саркопенией, что, подтверждает вероятность наличия общих механизмов в развитии данных заболеваний и обуславливает актуальность дальнейших исследований в этой области.



САРКОПЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ МУЖСКОГО ПОЛА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Григорьева И.И., Раскина Т.А., Летаева М.В., Аверкиева Ю.В.
Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово

Цель исследования. Оценка риска падений и переломов у мужчин пожилого возраста со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от состояния мышечного аппарата.

Материал и методы. Обследованы 79 мужчин в возрасте старше 50 лет с верифицированной ИБС (медиана возраста 63 (57; 66) года).

Для оценки мышечной массы определяли общую площадь (см^2) поясничных мышц аксиального среза на уровне 3-го поясничного позвонка (L_{III}) методом мультиспиральной компьютерной томографии на 64-срезовом компьютерном томографе «Somatom Sensation 64» (Siemens AG Medical Solution, ФРГ). Отношение полученного показателя площади скелетной мускулатуры к квадрату показателя роста пациента определяло «скелетно-мышечный индекс L_{III} » (СМИ). Пороговым значением СМИ считали $52,4 \text{ см}^2/\text{м}^2$.

Факторы риска падений оценены с помощью валидизированной шкалы Морзе с последующей стратификацией риска возникновения падений.

Для оценки риска остеопоротических переломов у пациентов использовался инструмент FRAX, разработанный ВОЗ (2008 г.) и имеющийся в свободном доступе на сайте Шеффилдского университета.

Результаты. В соответствии с рекомендациями Европейской рабочей группы по изучению саркопении у пожилых людей (The European Working Group on Sarcopenia in Older People, EWGSOP, 2010, 2018) пациенты были распределены в 3 группы: 31 больной без саркопении (группа 1), 21 пациент с изолированным снижением мышечной массы (пресаркопения) (группа 2) и 27 больных с саркопенией (группа 3).

Установлено, что наибольшее количество падений за последние 3 месяца зафиксировано в группе пациентов с саркопенией – 14,8%, в то время как у мужчин без саркопении и с пресаркопенией данный показатель был ниже – 4,8% и 3,2% соответственно. Количество мужчин, перенесших минимум одно падение, в исследуемых группах значимо не различалось ($p > 0,050$).

Нарушения походки различной степени выраженности обнаружено в 12,9%, 4,8% и 11,1% случаев в 1-ой – 3-ей группах соответственно. По данному фактору риска пациенты были сопоставимы ($p > 0,050$).

Применение гепарина в составе лекарственной терапии или наличие в настоящий момент периферического венозного катетера отмечено у каждого пятого пациента без саркопении и с пресаркопенией (19,4% и 19,0% соответственно) и у каждого четвертого – с саркопенией (25,9%), без достижения уровня значимости между группами ($p > 0,050$).

Как минимум одно сопутствующее заболевание зафиксировано у всех больных, в то время как об использовании дополнительных вспомогательных средств для передвижения (трость или ходунки) в исследуемой когорте не сообщил ни один пациент.



Суммарный балл шкалы Морзе у пациентов с саркопенией составил 25 (15; 35) баллов, что оказалось статистически достоверно выше аналогичного показателя в группе больных без саркопении – 15 (10; 25) баллов ($p=0,049$) и сопоставимо с таковым в группе мужчин с пресаркопенией – 25 (15; 30) баллов ($p>0,050$).

По данным корреляционного анализа установлена значимая отрицательная взаимосвязь суммарного риска падений по шкале Морзе с общей площадью скелетной мускулатуры на уровне L_{III} ($r=-0,292$, $p=0,009$).

Высокий риск основных переломов по FRAX чаще отмечался у пациентов с саркопенией – 18,5%, в то время как у мужчин без саркопении и с саркопенией аналогичный показатель был ниже – 9,5% и 3,2% соответственно ($p>0,050$). Высокий риск перелома бедра установлен у 3,2% пациентов 1-ой группы, 9,5% больных 2-ой группы и 22,2% мужчин 3-ей группы ($p>0,050$).

Заключение. Имеющиеся на сегодняшний день данные позволяют обсуждать значимость состояния костно-мышечной системы, как основного параметра полноценной физической активности, в лечении и реабилитации пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Полученные результаты свидетельствуют о значимом увеличении риска падений у мужчин пожилого возраста с ИБС и саркопенией, что, несомненно, требует дальнейших исследований в этой области.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОТРЕКСАТА ПАРЕНТЕРАЛЬНО (ПОДКОЖНО) У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Гриднева Г.И., Муравьев Ю.В., Аронова Е.С., Кудрявцева А.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность 52-недельной терапии метотрексатом в форме раствора для подкожного введения (ПК МТ) у больных недавно возникшим ревматоидным артритом (РА) старше 60 лет.

Материалы и методы. В открытое 52-недельное проспективное исследование было включено 32 больных (28 женщин, 4 мужчин) больных активным РА ($DAS28 > 3,2$), соответствующих критериям ACR/EULAR 2010 или ACR 1987, длительностью заболевания до 3 лет, не принимавших ранее ПК МТ. У 68% индекс массы тела превышал 25 кг/м^2 (повышенный), у 31% отмечалось ожирение, 8% были курильщиками, 25% принимали глюкокортикоиды (ГК) перорально (не более 4 мг метилпреднизолона). Всем пациентам назначался ПКМТ в качестве базисной противовоспалительной терапии в начальной дозе 10-15 мг 1 раз в неделю, с постепенным повышением на 5 мг каждые 1-2 недели (до достижения 25-30 мг 1 раз в неделю или развития нежелательных реакций). Фолиевая кислота (минимум 5 мг в неделю) вводилась в любой день (дни), кроме дня инъекции ПКМТ. Эффект терапии оценивался через 12, 24 и 52 недели лечения. Для обработки данных использовалось программное обеспечение STATISTICA 10.



Результаты и обсуждение. В среднем длительность заболевания составила 8 [5;14] месяцев, средний возраст составил 65,7±4,7 лет. При включении среднее значение DAS28 составило 5,6±0,9 баллов. Кумулятивная доза метотрексата к концу исследования составила 264±180 мг. Нежелательные реакции (НР) различной степени тяжести (n=15) к концу исследования зафиксированы у 10 (31%), отмечались случаи множественных НР. Этими НР были: абсцесс молочной железы (1), алопеция (2), диарея (2), сыпь (1), металлический привкус во рту (1), постинъекционные реакции (1), тошнота (2), повышение печеночных трансаминаз (3), лейкопения (1), пневмония (1). Все НР относились к НР легкой или средней степени тяжести. В ходе исследования ремиссия или низкая активность по DAS28 были достигнуты у 20 (63%). Через 12 недель терапии неэффективность МТ констатирована у 7(22%) больных (ввиду высокой активности им потребовалось назначение ГИБП), причем частота применения ГК в этой группе была сопоставима с частотой приема ГК у остальных больных. Через 24 недели терапии в группе больных, не «ответивших» на терапию МТ было уже 10 (31%) пациентов, а через 52 недели – 12 (38%).

Выводы. У больных недавно возникшим ревматоидным артритом старше 60 лет достижение целей лечения ($DAS28 \leq 2,6$) при монотерапии ПК МТ достигнуто у большинства больных. Лица старше 60 лет с ранним активным РА демонстрируют достаточно высокую частоту развития НР легкой или средней степени тяжести при монотерапии ПК МТ (31%).

КОНЦЕНТРАЦИЯ ПОЛИГЛУТАМАТОВ МЕТОТРЕКСАТА В МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТКАХ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Гриднева Г.И.¹, Муравьев Ю.В.¹, Аронова Е.С.¹,
Кудрявцева А.В.¹, Сыгырта В.С.¹, Баймеева Н.В.²**

¹Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

²Научный центр психического здоровья,

Москва

Цель исследования. Изучить влияние артериальной гипертензии (АГ), приема статинов и курения на концентрацию метаболитов метотрексата (МТ) в мононуклеарах (МО) больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Включено 33 больных (7 мужчин, 26 женщин) с диагнозом РА, установленным согласно критериям ACR/EULAR 2010, не принимавших ранее МТ. Средний возраст составил 53,2±11,7 лет. Длительность заболевания составила 8,0 [5,0; 36,0] месяцев. Скорость клубочковой фильтрации во всех случаях превышала 60 мл/мин. У 13 (39%) больных имела место сопутствующая АГ. 6 (18%) пациентов принимали препараты из группы статинов. 4 (12%) были курильщиками. Больные были прослежены через 4, 12, 24 и 36 недель от начала терапии. Фракцию мононуклеаров (МО) выделяли наслаиванием периферической венозной крови на верографин-фиколл. Концентрации метотрексата (МТ), 7-гидроксиметотрексата (7-ОН), полиглутаматов



метотрексата с 2,3 и 4 остатками глутаминовой кислоты (МТПГ 2-4), определялись в мононуклеарных клетках методом тандемной хроматомасс-спектрометрии.

Результаты и обсуждение. В ходе проспективного исследования показано, что попарное сравнение концентраций МТ, а также полиглутаматов 2-4 и 7-ОН МТ, статистически значимых различий на неделях 4,12, 24 и 36 не обнаружено. Не выявлено корреляции между концентрацией исследуемых веществ и приемом пероральных глюкокортикоидов, величиной индекса массы тела, суммарной дозой МТ, частотой развития нежелательных реакций.

На 4 неделе терапии уровень МТПГ4 в МО обратно коррелировал с длительностью заболевания (коэффициент корреляции – 0,58, $p < 0,05$). На 4 и 12 неделе терапии значения концентраций МТПГ в клетках больных с АГ и без АГ не различались.

На 4 неделе терапии среди курильщиков суммарное количество МТПГ 2-4 в МО свободного МТ, 7-ОН-МТ, МТПГ2 были статистически значимо ниже, чем у некурящих ($p = 0,027$; 0,015; 0,006 и 0,001 соответственно). После 12 недель терапии концентрация свободного МТ, МТПГ2, 7-ОН МТ в МО была также ниже у курящих больных (МТ 11,2 [2,6; 21,9], 7-ОН-МТ 2,1 [0,5; 10,4], МТПГ2 0,5 [0,1; 1,3]), чем у некурящих (МТ 46,5 [25,3; 97,5], 7-ОН-МТ 28,2 [7,1; 64,7], МТПГ2 8,2 [4,1; 32,9]), $p = 0,02$, 0,01 и 0,003 соответственно.

На 24 неделе терапии выявлена отрицательная корреляция между возрастом и уровнем МТПГ4 (коэффициент корреляции – 0,51, $p < 0,05$). На 4 и 12 неделе терапии значения концентраций МТПГ в клетках больных с АГ и без АГ не различались. На 12 неделе терапии концентрация МТПГ4 в МО была статистически значимо выше в группе больных, получавших статины (10,5 [7,1; 17,1] против 3,5 [1,1; 7,8] нмоль/л, $p = 0,04$).

Выводы. При РА недостаточный ответ на терапию МТ у курильщиков может быть связан с низкой концентрацией метаболитов метотрексата в МО. Следовательно, отказ от курения уже на ранних этапах терапии МТ будет способствовать повышению эффективности лечения. Уровень МТПГ-4 в МО медленнее нарастает у пациентов с большей длительностью заболевания. Прием статинов, вероятно, оказывает положительное влияние на накопление МТПГ.

НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Гриднева Р.И.¹, Зазулина О.В.², Русановская И.Л.², Стукалова Л.В.²

¹Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,

²Воронежская областная детская клиническая больница №1,

г. Воронеж

Цель исследования. Изучение частоты и характера нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата у детей с заболеваниями органов пищеварения на фоне дисплазии соединительной ткани (ДСТ).



Материалы и методы. Под наблюдением находилось 126 больных с различной гастропатологией на фоне ДСТ, находившихся на обследовании в гастроэнтерологическом отделении ВОДКБ №1. Среди пациентов было 66 девочек и 60 мальчиков в возрасте от 3 до 16 лет. В нозологической структуре обследованных хронический антральный гастрит с моторными нарушениями составил 34,9%, хронический колит с запорами – 28,5%, хронический гастродуоденит – 12,6%, эрозивный гастродуоденит – 7,9%, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 3,2%, прочие заболевания – 12,9%.

Всем больным проводились общеклинические, клинико-генеалогические, по показаниям – рентгенологические и ультразвуковые методы исследования. Оценку степени выраженности ДСТ проводили по Брайтоновским критериям. Объем движений в суставах оценивался по шкале Бейтона.

Результаты и обсуждение. Анализ проведенных исследований показал, что у 12 из 126 больных диагностирована дифференцированная форма ДСТ – синдром Элерса-Данлоса, в остальных случаях отмечались умеренные признаки неполноценности мезенхимы (недифференцированные формы ДСТ).

Среди внешних фенотипических проявлений ДСТ преобладали генерализованная гипермобильность суставов – у 100 (79,3%) и нарушение осанки – у 94 (74,6%). Более чем у половины больных выявлялись множественные стигмы дизэмбриогенеза. Реже встречалась другая симптоматика ДСТ: гиперэластичность кожи – у 56 (44,4%), плоскостопие – у 51 (40,4%), локализованная гипермобильность суставов – у 17 (13,4%). Как правило, у большинства пациентов отмечалось сочетание различных синдромов.

Обращало на себя внимание, что наиболее выраженные внешние проявления ДСТ часто сопровождались соматическими стигмами (врожденные аномалии кишечника, соединительнотканые дисплазии сердца, и др.).

Наследственные аномалии и заболевания соединительной ткани широко распространены в популяции, особенно среди детей с различной приобретенной патологией. Многие авторы полагают, что предрасположенность к определенным болезням или к их хронизации может быть обусловлена врожденной неполноценностью соединительной ткани. В связи с этим следует, что ее выявление имеет большое значение не только для оценки общего состояния здоровья ребенка, но и для профилактики возможных заболеваний, дифференциальной диагностики, рационального лечения, предупреждения хронизации процесса.

Выводы. Таким образом, у детей с гастропатологией, протекающей на фоне ДСТ, нередко фенотипические ее признаки и соматические стигмы со стороны пищеварительного тракта сочетаются с нарушениями опорно-двигательного аппарата, из которых наиболее частыми являются генерализованная гипермобильность суставов и нарушение осанки. Выраженные внешние признаки ДСТ должны являться предпосылкой для дальнейшего изучения соматического статуса детей.



КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ОБОСТРЕНИЙ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОДАГРОЙ

Громова М.А.¹, Цурко В.В.^{1,2}, Кисляк О.А.¹, Малышева Н.В.¹

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова,

²Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова,
Москва

Цель исследования. Оценка влияния 12 недельного курса сочетанной уратснижающей терапии аллопуринолом на фоне профилактического противовоспалительно-го приема мелоксикама на частоту обострений и качество жизни у больных подагрой.

Материал и методы. Аллопуринол назначался внутрь, каждые 3 недели дозировка увеличивалась на 50 мг до 300 мг 1 раз в день под контролем уровня сывороточной мочевой кислоты (сМК). Для профилактики приступа подагры пациенты получали оригинальный мелоксикам («Мовалис®»); суммарная суточная доза препарата, применяемого в виде разных лекарственных форм, составляла 7,5-15 мг. Эффективность лечения оценивалась через 3, 6, 9 и 12 недель по данным физикального осмотра, динамике суставной боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, мм), шкале Лайкерта, опроснику EuroQol-5D-5L. Для изучения удовлетворенности от лечения проводилось анкетирование пациентов на основе шкалы от 1 до 5, где «1» – полное отсутствие улучшения или ухудшение, а «5» – очень хороший результат; учитывали период ремиссии, а также время до появления рецидива подагрического артрита, регистрировались нежелательные явления (НЯ).

Результаты и обсуждение. На фоне лечения мовалисом 7,5 мг в день больше чем у двух третей пациентов не отмечалось ухудшение суставного синдрома при увеличении дозы аллопуринола до 300 мг в день. К 12 неделе наблюдения было выявлено достоверное различие между выраженностью характеристик подагрического артрита в сторону улучшения показателей подвижности, ухода за собой, привычной повседневной деятельности, снижении болезненности, уменьшении тревоги и депрессии ($p < 0,05$). Кроме того, достоверно различались уровни СОЭ и сМК исходно и в конечной точке наблюдения ($p < 0,05$), что свидетельствует о положительном влиянии на воспалительный процесс. 3-х месячный курс комбинированной терапии не сопровождался значительными подъемами АД, изменениями клиренса креатинина в сыворотке крови. Отсутствовали НЯ со стороны желудочно-кишечного тракта. 90,9% пациентов оценили результат лечения как очень хороший. НЯ в виде кожной аллергической сыпи отмечалось у одного больного; оно не потребовало прерывания лечения и полностью купировалось без последствий после завершения курса.

Заключение. 12- недельная сочетанная терапия уратснижающего препарата аллопуринола на фоне противовоспалительного приема мовалиса предотвращает обострение суставного синдрома и улучшает качество жизни больных подагрой.



ОЦЕНИТЬ ЧАСТОТУ И СТРУКТУРУ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

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

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение и цель. Оценить частоту и структуру кардиоваскулярной патологии (КВП) у больных системной красной волчанкой (СКВ). Выявить факторы, влияющие на развитие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных СКВ.

Материалы и методы. Обследовано 132 больных СКВ, находящихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении. Была оценена частота встречаемости КВП и ее структура среди пациентов СКВ, определялись традиционные кардиоваскулярные факторы риска.

Результаты и обсуждение. КВП у больных СКВ выявлена у 34 больных (25,8%). У 1-го (3%) больного диагностирован инфаркт миокарда, у 6 (17,6%) – стенокардия напряжения, у 3 (8,8%) – острое нарушение мозгового кровообращения, порок сердца (митральная недостаточность) выявлен у 3-х (8,8%) больных. Нарушение ритма сердца (синусовая тахикардия, экстрасистолия) диагностирована у 21-го (61,8%) больного. 32 (94,1%) больных страдали артериальной гипертензией, 2 (5,8%) больных – гипергликемией. Кардиоваскулярные факторы риска, а именно дислипидемия (в основном триглицеридемия), выявлены у 84% больных, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой системе – у 42% больных, причем среди больных СКВ с КВП уровень триглицеридемии оказался достоверно выше ($p < 0,05$).

Выводы и заключение. У больных СКВ КВП является одной из часто встречаемых системных проявлений. КВП взаимосвязана со степенью активности заболевания и наличием традиционных кардиоваскулярных факторов риска.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКА SARC-F ДЛЯ СКРИНИНГА САРКОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Добровольская О.В., Ефремова А.О., Аникина О.С.,
Козел А.Ю., Демин Н.В., Торопцова Н.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость опросника SARC-F для скрининга саркопении (СП) у женщин с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. 83 женщины (средний возраст $58,8 \pm 8,1$ лет) с достоверным РА 1-2 функционального класса без асептических некрозов костей, эндопротезов суставов и тяжелой сопутствующей патологии самостоятельно заполнили опросник SARC-F, включающий 5 вопросов о степени затруднений при выполнении повседневных действий и падениях в течение года, предшествующего анкетированию. Результат 4 балла и выше



считался положительным. Диагностика СП по тестам оценки силы мышц и количественному определению мышечной массы (по данным двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (dual X-ray absorptiometry – DXA) всего тела нами проведена у всех пациенток. Рассчитывали чувствительность, специфичность, диагностическую точность опросника, а также его положительное и отрицательное прогностическое значение.

Результаты и обсуждение. SARC-F был положительным у 43 (52%) женщин. Достоверная СП диагностирована у 20 пациенток, у которых была сниженная мышечная сила и низкая мышечная масса (аппендикулярная мышечная масса менее 15 кг и/или аппендикулярный мышечный индекс ниже 6 кг/м²). Лишь 6 женщин с достоверной СП имели SARC-F ≥ 4 баллов (истинно положительный результат). Истинно отрицательный результат теста был у 26 пациенток без СП. Таким образом, чувствительность теста SARC-F у женщин с РА составила 30%, специфичность – 41%, а диагностическая точность – 39%; Положительное прогностическое значение выявления СП у опросника SARC-F составило 14%, а отрицательное прогностическое значение – 65%.

Заключение. Тест SARC-F продемонстрировал как низкую чувствительность, так и специфичность при использовании у больных РА. У большинства пациенток с СП она бы не была установлена при следовании алгоритму диагностики, рекомендованному Европейской рабочей группой по изучению саркопении у пожилых людей (Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People, EWGSOP2, 2018), так как они не вошли бы в группу для дальнейшего обследования, что требует разработки специфичного для РА скринингового инструмента.

ОСТЕОПОРОЗ И САРКОПЕНИЯ И ИХ СВЯЗЬ С ВИТАМИНОМ D И ПОТРЕБЛЕНИЕМ КАЛЬЦИЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Добровольская О.В., Ефремова А.О., Демин Н.В.,
Черкасова М.В., Самаркина Е.Ю.**

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить статус витамина D и потребление кальция с пищей и их взаимосвязь с состоянием минеральной плотности кости (МПК) и аппендикулярной мышечной массой (АММ) у женщин с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. В исследование включены 43 женщины (средний возраст 57,5 \pm 7,0 лет) с РА, подтвержденным в соответствии с критериями ACR/EULAR (2010), 1-2 функционального класса. Обследование включало опрос по специальной анкете для оценки суточного потребления кальция с пищей, тесты оценки мышечной силы, двуэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию для определения МПК и количественных показателей мышечной массы (АММ, аппендикулярного мышечного индекса – АМИ). Остеопороз (ОП) диагностировали в соответствии с рекомендациями ВОЗ по снижению T-критерия, саркопению (СП) – при сочетании низкой мышечной силы и сниженной АММ и/или АМИ. Определение уровня витамина D (25(OH)D) проводилось на иммунохемилюминисцентном анализаторе Cobas E411.



Результаты. У 33 (76,8%) пациенток выявлена низкая МПК, в том числе ОП – у 10 (23,3%), остеопения – у 23 (53,5%) женщин. Сниженную мышечную силу продемонстрировали 25 (58,1%) пациенток, на основании чего у них была установлена вероятная СП. У 3 из них отмечен низкий АМИ, а у 5 – сниженные показатели АММ и АМИ. Таким образом, достоверная СП диагностирована – у 8 (18,6%) женщин.

Оценка потребления кальция с продуктами питания показала, что лишь у 13 (30%) женщин оно соответствовало рекомендованным нормам, а менее 800 мг/сут было у 24 (55,8%) пациенток. Среднее потребление кальция во всей группе составило 737 [539; 1073] мг/сут, при этом наименьшим оно было у лиц с ОП – 565 [401; 853] мг/сут, в то время как у женщин с нормальной МПК – 870 [783; 1204] мг/сут ($p=0,038$), с остеопенией – 720 [539; 765] мг/сут ($p>0,05$).

Уровень 25(ОН)D не различался у женщин с ОП, остеопенией и нормальной МПК и составил 22,4 [17,2; 24,7] нг/мл, 19,7 [16,4; 25,5] нг/мл и 22,1 [19,9; 24,8] нг/мл, соответственно. Недостаточность витамина D установлена у 21 (48,8%), дефицит – у 18 (41,8%) пациенток. Не выявлено различий в показателях МПК, АММ и АМИ в зависимости от степени снижения уровня витамина D. В целом по группе 24 (56%) пациентки нуждались в дополнительном приеме препаратов кальция, 39 (90,7%) – витамина D, в том числе комбинированный прием кальция и витамина D был необходим 22 (51,2%) женщинам. Опрос показал, что дополнительно получали витамин D с/без препаратов кальция 26 (60,5%) человек, у 10 из них выявлен дефицит витамина D, у 12 – недостаточность и только у 4 пациенток – уровень 25(ОН)D соответствовал нормальным значениям. Средние значения АММ/АМИ у лиц, получавших препараты витамина D и кальция, составили, 17,4 [15,9; 19,1] кг/7,0 [6,2; 8,1] кг/м², а у пациентов, не принимавших данные препараты – 19,5 [18,0; 20,5] кг/7,5 [6,6; 7,9] кг/м² ($p>0,05$).

Заключение. У 90,6% женщин с РА выявлен низкий уровень витамина D. Несмотря на дополнительный прием препаратов витамина D практически все обследованные лица имели его недостаточность или дефицит. Потребление кальция с пищей было значимо меньше у пациенток с ОП по сравнению с лицами с нормальной МПК. Не выявлено значимых различий как в величинах АММ/АМИ, так и в силе мышц в зависимости от дополнительного приема препаратов кальция и витамина D.

ЗНАЧЕНИЕ ТЕСТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ САРКОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Добровольская О.В., Ефремова А.О., Козел А.Ю., Колхидова З.А.,
Демин Н.В., Феклисов А.Ю., Торопцова Н.В.**

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Установить чувствительность, специфичность, диагностическую точность, положительное и отрицательное прогностическое значение те-



стов оценки мышечной силы для диагностики саркопении (СП) у женщин с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. В исследование включены 87 пациенток с подтвержденным РА. Критериями включения были возраст 40-75 лет, 1-2 функциональный класс РА, отсутствие асептических некрозов костей, эндопротезов и тяжелых сопутствующих заболеваний. Мышечная сила оценивалась по кистевой динамометрии, порогом снижения считалась сила сжатия доминантной руки менее 16 кг, и тесту «Встать со стула» – невозможность выполнения или время пятикратного повторения данного упражнения более 15 секунд указывало на сниженную мышечную силу. Для количественного определения массы мышц всем пациенткам проведена двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (dual X-ray absorptiometry – DXA) всего тела. Критериями низкой мышечной массы были аппендикулярная мышечная масса (АММ) менее 15 кг и аппендикулярный мышечный индекс (АМИ) менее 6 кг/м². Подтвержденная СП диагностировалась при сочетании низкой силы мышц и сниженной мышечной массы. Для обоих тестов оценки мышечной силы были рассчитаны чувствительность, специфичность, диагностическая точность метода, а также их положительное и отрицательное прогностическое значение для диагностики СП.

Результаты и обсуждение. Сниженные АММ и/или АМИ по результатам DXA выявлены у 20 (23%) женщин. Низкая сила сжатия кистей была обнаружена у 63 (72%) пациенток, в том числе 19 из них имели сниженную АММ и/или АМИ. Тест «Встать со стула» не смогли выполнить 54 (62%) женщины, из них 10 пациенток с низкой мышечной массой по DXA. Подтвержденная СП нами была диагностирована всего у 20 (23%) пациенток.

Для теста «Сила сжатия кистей» чувствительность метода составила 95%, а специфичность – 34% и диагностическая точность – 48%. Положительное прогностическое значение данного теста было 30%, а отрицательное – 96%.

Чувствительность, специфичность и диагностическая точность теста «Встать со стула» были значительно ниже, чем теста «Сила сжатия кистей» и составили 50%, 21% и 28%, соответственно. Прогностическое значение данного теста как положительное (16%), так и отрицательное (58%) также были значительно ниже, чем оценка силы мышц кистей у больных РА.

Мы оценили диагностическую значимость проведения 2-х тестов для выявления лиц с вероятной СП. Чувствительность, специфичность и диагностическая точность проведения обоих тестов составила 65%, 30% и 39%, а положительное прогностическое значение – 24%, а отрицательное – 71%, что было лучше, чем при использовании только теста «Встать со стула», но хуже, чем при применении только кистевой динамометрии.

Заключение. В целом, диагностика СП по критериям, предложенным в 2018 году Европейской рабочей группой по изучению саркопении у пожилых людей (Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People, EWGSOP2), недостаточно эффективна для выявления СП у пациентов с РА, что требует разработки иных методов I этапа диагностики СП при РА.



СИНДРОМ ФЕЛТИ, ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Евстигнеева Л.П.

Свердловская областная клиническая больница №1,
г. Екатеринбург

Синдром Фелти – особая клиническая форма длительно протекающего серопозитивного ревматоидного артрита (РА) с развитием спленомегалии и лейкопении. Заболевание сопровождается высоким риском инфекционных осложнений. Причины гиперспленизма при ревматоидном артрите не всегда объяснимы. Стойкая гранулоцитопения с присоединением инфекционных осложнений создает трудности в лечении данных пациентов.

Представлен случай синдрома Фелти у мужчины 63 лет с умеренно выраженным суставным синдромом, поздно диагностированным серопозитивным ревматоидным артритом, спленомегалией и агранулоцитозом. Особенностью случая является выраженность синдрома гиперспленизма со стойким агранулоцитозом (нейтрофилы 40-60 клеток в мкл) и присоединением инфекционных осложнений при поздней диагностике ревматоидного артрита, связанной со слабой выраженностью суставного синдрома. Консервативная терапия глюкокортикоидами, гранулоцитарным колониестимулирующим фактором, ритуксимабом не привела к росту нейтрофилов, лечение данными препаратами на фоне агранулоцитоза сопровождалось присоединением тяжелой вирусно-бактериальной пневмонии. С учетом неэффективности консервативного лечения проведена спленэктомия, интраоперационная биопсия почки и печени. Гистологическое исследование выявило амилоидоз исследуемых органов.

Таким образом, синдром Фелти явился проявлением вторичного амилоидоза селезенки со спленомегалией и лейкопенией у пациента с длительно текущим и поздно диагностированным серопозитивным ревматоидным артритом. Консервативное лечение с применением глюкокортикоидов, гранулоцитарного колониестимулирующего фактора, ритуксимаба в данном случае оказалось неэффективно. Спленэктомия, выполненная с диагностической и лечебной целью, позволила установить диагноз и привела к росту числа лейкоцитов крови.

С учетом данных литературы и описанного клинического случая, синдром Фелти, включающий ревматоидный артрит, спленомегалию и лейкопению, неоднороден по патогенезу, клиническим проявлениям и ответу на лечение, что требует проведения дифференциального диагноза и осложняет подбор терапии.

СИНДРОМ ЛЕФГРЕНА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА

Егорова О.Н., Белов Б.С.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Синдром Лефгрена (сЛ) представляет собой острый вариант течения саркоидоза, характеризующийся узловой эритемой (УЭ), поражением суставов, лихорадкой



и внутригрудной лимфаденопатией. Полиморфизм клинической картины сЛ нередко служит источником диагностических ошибок.

Цель исследования. Изучение клинических и лабораторных особенностей сЛ на когорте больных, направленных в ревматологический центр.

Материалы и методы. В исследование включены 125 пациентов (104 женщины и 21 мужчина, средний возраст 42 ± 12 лет) с клиническими и рентгенологическими признаками сЛ. Все больные были направлены в ревматологический центр с диагнозом УЭ. Медиана длительности заболевания составила 1 [0,5-2,0] мес. Всем пациентам проводили комплексное клиническое обследование и лабораторно-инструментальное исследование биохимических и иммунологических показателей, компьютерную томографию (КТ) органов грудной клетки.

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

Заключение. Развитие УЭ и поражение суставов являются первыми признаками сЛ, что требует координации действий врачей различных специальностей, с целью адекватной оценки активности и терапевтического подхода заболевания.

ОСНОВЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-РЕВМАТОЛОГА

Ермакова Ю.А.
ООО «КОФАКТОР»,
Москва

Цель исследования. Определить риски уголовной ответственности для врачей-ревматологов при оказании медицинской помощи ненадлежащего качества. Обосновать необходимость работы в правовом поле порядков, стандартов и клинических рекомендаций.



Резюме. Под качеством медицинской помощи в России понимают совокупность характеристик, отражающих (п. 21 ст. 2 Федерального закона от 23.11. 2011 г. №323-ФЗ, далее – ФЗ №323-ФЗ):

- своевременность ее оказания;
- правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- степень достижения запланированного результата.

Оценить данные параметры позволяют критерии оценки качества медицинской помощи (приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. №203н). Критерии применяют по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (амбулатория, стационар или дневной стационар).

Несоблюдение обязательных требований к оказанию медпомощи (ненадлежащее качество ее оказания) нередко является причиной врачебных ошибок, приводящих к причинению вреда здоровью или смерти пациента. За это предусмотрена уголовная ответственность медицинских работников по статьям:

- ч. 2 ст. 109 Уголовного кодекса РФ «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей»;
- ч. 2 ст. 118 Уголовного кодекса РФ «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей».

Квалифицирующие признаки тяжкого вреда, причиненного здоровью человека, прописаны в Постановлении Правительства РФ от 17.08.2007 г. №522 (прим. автора – действует на 30.06.2020 г.):

- вред, опасный для жизни человека;
- потеря зрения, речи, слуха либо какого-либо органа или утрата органом его функций;
- прерывание беременности;
- психическое расстройство;
- заболевание наркоманией, токсикоманией;
- значительная стойкая утрата общей трудоспособности, полная утрата профессиональной трудоспособности и др.

Как таковой термин «врачебная ошибка» в гражданском и уголовном праве не закреплен. Вместо него предпочтительно использовать термин «дефект» медицинской помощи (услуги).

В соответствии со ст. 309 Гражданского кодекса РФ и Законом «О защите прав потребителей», дефект (недостаток) медицинской услуги можно определить как несоответствие медицинской услуги обязательным требованиям, предусмотренным законодательством, условиям договора или целям, для которых используется такого рода услуга.

Так, основные требования прописаны в ст. 37 ФЗ №323-ФЗ, согласно которому врачи обязаны оказывать медицинскую помощь:

- в соответствии с порядками;
- с учетом стандартов;
- на основе клинических рекомендаций (изменения согласно Федеральному закону от 25.12.2018 № 489-ФЗ вступят в силу 1.01.2022 г.).



Это трактует необходимость врачам-ревматологам действовать в правовом поле указанных документов.

Выводы. Для минимизации риска оказания медпомощи ненадлежащего качества ревматологам необходимо действовать в правовом поле клинических рекомендаций, порядков и стандартов, а медорганизации – способствовать профилактике дефектов медицинской помощи, повышению юридической грамотности врачей, в частности, в рамках мероприятий по внутреннему контролю качества.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ «OFF-LABEL» В РЕВМАТОЛОГИИ

Ермакова Ю.А.
ООО «КОФАКТОР»,
Москва

Цель исследования. Определить риски уголовной ответственности для врачей-ревматологов при назначении лекарственных препаратов «off-label». Разработать алгоритм минимизации таких рисков для применения в реальной клинической практике.

Резюме. Термин «off-label» (англ. off – вне, label – этикетка, инструкция) подразумевает использование лекарственного средства по показанию, в лекарственной форме, режиме дозирования, для популяции или по другим параметрам, не упомянутым в утвержденной инструкции. Определение, предложенное Организацией по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (Food and Drug Administration, FDA) в 1997 г., до сих пор актуально во всем мире.

Причины терапии «off-label»:

- неэффективность предшествующих или отсутствие альтернативных вариантов лечения (при наличии медицинских показаний, в частности, по жизненным показаниям);
- лечение определенных групп населения (дети, беременные и кормящие женщины, пациенты с аутоиммунными, онкологическими, психическими и орфанными заболеваниями) – вследствие ограниченного объема доказательной базы;
- использование дженериков, биоаналогов и биосимиляров с различными показаниями к применению;
- несоблюдение инструкции из-за низкой квалификации врача.

Проблема правового регулирования терапии «off-label» в России заключается в отсутствии четкой позиции законодателя и явных противоречиях в действующих нормативных актах, что способствует их неоднозначной трактовке. Несмотря на реально обоснованную необходимость применения лекарственных препаратов «off-label» как в ревматологической практике, так и в других отраслях медицины, российское законодательство не оперирует официальной терминологией и не предлагает альтернативных понятий. Однако если такое назначение привело к развитию у пациента неблагоприятного исхода, врача и медицинскую организацию могут привлечь к юридической ответственности.

Закон предусматривает освобождение медработника от уголовной ответственности в случае обоснованного риска и состояния крайней необходимости (ст. 39, 41



Уголовного кодекса РФ). Это одно из смягчающих обстоятельств при принятии судом решений по «врачебным делам».

Кроме того, обязательным является заключение врачебной комиссии в каждом конкретном случае и получение письменного информированного добровольного согласия (ИДС) пациента на такой вид лечения (ст. 20, 37 Федерального закона от 23.11.2011 г. №323-ФЗ, далее – ФЗ №323-ФЗ).

Таким образом, для минимизации риска уголовной ответственности при назначении терапии «off-label» врачу-ревматологу необходимо:

- действовать в условиях обоснованного риска и крайней необходимости (ст. 39, 41 Уголовного кодекса РФ);

- прибегать к назначению исключительно при наличии медицинских показаний – по жизненным показаниям, при индивидуальной непереносимости, неэффективности или отсутствии альтернативных вариантов лечения (ст. 37 ФЗ №323-ФЗ, приказ Минздрава России от 09.08.2005 г. №494, прим. автора – приказ действует на 30.06.2020 г.);

- осуществлять назначение по решению врачебной комиссии (ст. 37 ФЗ №323-ФЗ, приказ Минздрава России от 05.05.2012 г. №502н, прим. автора – приказ действует на 30.06.2020 г.);

- получить письменное ИДС пациента, предварительно объяснив особенности и риски лечения (ст. 20 ФЗ №323-ФЗ, пп. 4, 5 приказа Минздрава России от 09.08.2005 г. №494, прим. автора – приказ действует на 30.06.2020 г.);

- в медицинской документации обосновать необходимость назначения, отступающего от инструкции к препарату (пп. 3, 6 приказа Минздрава России от 14.01.2019 г. №4н, прим. автора – приказ действует на 30.06.2020 г.).

Выводы. Универсального инструмента правовой защиты при назначении лекарственных препаратов «off-label» в России в настоящее время не существует. Врачу-ревматологу необходимо использовать все доступные меры для минимизации риска юридической ответственности, а медорганизации – повышать информированность медработников о состоянии проблемы и возможных путях решения.

СОСТАВ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Ефремова А.О., Добровольская О.В., Демин Н.В., Торопцова Н.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Провести оценку состава тела у пациентов с системной склеродермией (ССД) и выявить частоту саркопении (СП).

Материалы и методы. Включено 20 больных ССД (90% женщин), средний возраст 59,75±9,3 лет. Всем больным проведена двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия всего тела (DXA), оценка мышечной силы (кистевая динамометрия, подъем со стула 5 раз) и функционального состояния мышц (краткий комплекс тестов для оценки физической формы (ККТ ОФФ)), рассчитан индекс массы тела (ИМТ).



Для интерпретации полученных при исследовании всего тела данных рассчитывалась аппендикулярная мышечная масса (АММ) – сумма мышечной массы ног и рук и аппендикулярный мышечный индекс (АМИ) – отношение АММ (кг) к росту в квадрате (m^2). Диагноз СП ставился в соответствии с обновленными критериями EWGSOP2.

Результаты и обсуждение. У больных с ССД среднее содержание костного минерала составило 2,0 [1,8; 2,3] кг, а жировой ткани – 25,0 [19,3; 30,4] кг, что оказалось в среднем 35,0% [31,7; 40,0] от общей массы пациентов. Среди обследованных лиц частота ожирения по данным DXA (количество жира >35% массы тела) была 50%, при этом ожирение, рассчитанное по ИМТ ($\geq 30 \text{ кг}/m^2$), выявлено лишь у 3 (15%), а избыточная масса тела (25-30 $\text{ кг}/m^2$) – у 9 (45%) больных.

Содержание общей мышечной массы в среднем составило 42, 7 [35,8; 48,5] кг, а АММ -18,2 [15,3; 20,2] кг, при этом средний АМИ – 6,7 [6,2; 7,3] $\text{ кг}/m^2$. Только низкая АММ выявлена у 2 (10%), а снижение как АММ, так и АМИ обнаружено у 3 (15%) лиц. Низкая мышечная сила по результатам кистевой динамометрии и/или теста «Встать со стула» найдена у 10 пациентов (50%), при этом подтвержденная СП (снижение мышечной силы и мышечной массы) диагностирована лишь у 4 (20%) больных. При оценке функционального состояния мышц у 6 (30%) пациентов скорость ходьбы была <0,8 м/с, а ККТ ОФФ менее 9 баллов – у 4 (20%) больных. Тяжелая СП (низкая мышечная сила, низкая мышечная масса и низкие физические возможности) подтверждена у 3 человек (15% от всей группы больных и 75% от числа подтвержденной СП). У одной пациентки с СП содержание жира более 35%, таким образом диагностировано саркопеническое ожирение.

Выводы. Результаты пилотного исследования показали, что 45% пациентов с ССД имели ожирение, 15% СП и 5% саркопеническое ожирение. Таким образом, 20% пациентов с ССД имели СП, что требует дальнейшего изучения данной проблемы с целью выявления специфичных факторов риска СП и разработки методов ее профилактики у пациентов с ССД.

ДИНАМИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ (ОДНОГОДИЧНОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Ефремова А.О., Добровольская О.В., Демин Н.В., Торопцова Н.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. У пациентов с системной склеродермией (ССД) установить частоту остеопороза (ОП) и оценить динамику минеральной плотности кости (МПК) в течении года.

Материалы и методы. Включено 67 больных ССД (медиана возраста – 58 [25; 75] лет), в том числе 8 (11,9%) мужчин и 59 (88,1%) женщин, из них 48 (81,4%) – в постменопаузе. Медиана длительности заболевания составила 8 [5; 13] лет. Глюкокортикоиды принимали 58 (86,6%) больных. Всем обследованным лицам проведены опрос по специально разработанной анкете, двуэнергетическая рентгеновская абсорбциоме-



трия (dual X-ray absorptiometry – DXA, Hologic, USA) поясничного отдела позвоночника (ПОП), шейки бедра (ШБ) и проксимального отдела бедра в целом (ПОБ). В соответствии с рекомендациями ВОЗ у женщин в постменопаузе и мужчин старше 50-ти лет оценивался Т-критерий, при его значении $\leq -2,5$ стандартных отклонений (СО) диагностировался ОП. У фертильных женщин и мужчин моложе 50-ти лет рассматривался Z-критерий, при показателях которого меньше $-2,0$ СО говорили о сниженной МПК.

Результаты и обсуждение. Средняя МПК у больных ССД составила в ПОП 0,887 [0,8; 0,9] мг/см², в ШБ 0,637 [0,59; 0,71] мг/см², в ПОБ 0,756 [0,69; 0,88] мг/см², при этом у женщин 0,868 [0,8; 0,94] мг/см², 0,637 [0,59; 0,71] мг/см², 0,753 [0,69; 0,86] мг/см², соответственно, а у мужчин 1,035 [0,94; 1,06] мг/см², 0,682 [0,6; 0,8] мг/см², 0,773 [0,56; 0,99] мг/см², соответственно. Значимые различия между женщинами и мужчинами по МПК получены только для ПОП. Сниженная МПК, соответствующая ОП, была выявлена у 26 (38,8%) пациентов: 25 женщин (42,3%) и 1 (12,5%) мужчины. Антирезорбтивную терапию в течении года получали 21 (31,3%) человек, из них ОП по критериям ВОЗ был диагностирован у 15 (22,3%) больных, остальным пациентам 6 (8,9%) терапия была назначена в связи с приемом глюкокортикоидов и МПК $\leq -1,5$ СО. Еще 4 (15,4%) пациента с ОП принимали только препараты кальция и витамина D, а 7 (26,7%) человек – не получали никакой фармакотерапии. В группе без ОП 24 (58,5%) пациента принимали в течении года только препараты кальция и витамина D, а 11 (26,8%) пациентов были без профилактической терапии.

Через год динамика МПК в среднем составила в ПОП +1% [-1,4; 2,8], в ШБ – 2% [-4,1; 1,1], в ПОБ -1,8% [-4,8; 1,9] для всех включенных пациентов. В группе пациентов, получавшей антиостеопоротическое лечение, отмечалось стабильное состояние МПК: +1,1% [-1,4; 2,8], – 0,3% [-3,4; 3,8] и +0,9% [-4,5; 3,8], соответственно. У больных, принимавших только препараты кальция и витамина D, отмечалось стабильное состояние в позвоночнике +1,3 [-2,2; 2,6] и отрицательная динамика в области проксимального отдела бедра: в ШБ – 2,5% [-3,7; -0,3] и в ПОБ – 2,4% [-5,2; 2,5], а у лиц без ОП и профилактического лечения – +0,4% [-0,8; 2,6], – 2,1% [-2,5; -0,2], – 1,6% [-4,2; 2,2], соответственно.

Выводы. Выявлена высокая частота ОП у больных с ССД (38,8%). У пациентов с ОП, получавших антирезорбтивную терапию, МПК оставалась стабильной в течении года во всех отделах скелета в отличие от больных ССД, принимавших только препараты кальция и витамина D и пациентов с без ОП и без профилактической терапии.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ПОДАГРОЙ, ПОЛУЧАВШИХ КАНАКИНУМАБ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 5 ЛЕТНЕГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

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

Научно-исследовательский институт имени В.А. Насоновой,

Москва

Цель. Сравнить приверженность к уратснижающей терапии у пациентов с тяжелой подагрой, получавших канакинумаб в сравнении с пациентами, получавшими



стандартную противовоспалительную терапию (нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикоиды (ГК), колхицин).

Материалы и методы. Из 513 пациентов с подагрой, наблюдавшихся в Научно-исследовательском институте ревматологии им. В.А. Насоновой с 2013 по 2014 гг. были выбраны 247 пациентов с наиболее тяжелым течением подагры, нуждающихся в регулярном симптоматическом лечении. Из них 25 пациентов (3 (12%) женщины и 22 (88%) мужчины), средний возраст – $54,5 \pm 12,7$ г получили канакинумаб 150 мг подкожно (не менее 1 инъекции), остальные 222 пациента (мужчины), средний возраст $51,9 \pm 11,4$ г, получали стандартную противовоспалительную терапию: колхицин (55% пациентов), ГК (5% пациентов), НПВП (40% пациентов) или их комбинацию (3% пациентов). В среднем через $4,8 \pm 1,7$ года был проведен сравнительный анализ приверженности к уратснижающей терапии, а также потребность в противовоспалительной терапии и оценку приверженности (опросник Мориски Грина) пациентов к лечению, получавших и не получавших канакинумаб.

Результаты. Оценка была доступна у 180 пациентов (16 получавших канакинумаб и 164 получавших стандартную противовоспалительную терапию), которым исходно назначалась уратснижающая терапия. Умерло 11 пациентов (2 пациента (8%), получивших канакинумаб и 9 (4%) пациентов на стандартной противовоспалительной терапии), выбыли из исследования без объяснения причин 56 пациентов (7 (28%) из группы канакинумаба и 49 (22%) из группы сравнения). Приверженность к уратснижающей терапии по данным опросника комплаентности Мориски Грина была лучше у пациентов, получивших канакинумаб: высокая приверженность к терапии (>4 баллов) отмечалась у 87% пациентов и только у 51% пациентов, получавших стандартную противовоспалительную терапию ($p=0,005$). Вероятность поддержания целевого уровня мочевой кислоты при приеме уратснижающих препаратов у пациентов, ранее получавших канакинумаб была выше, чем у пациентов, принимавших стандартную противовоспалительную терапию (12 (75%) vs 32 (20%) пациентов, соответственно) ($p=0,005$). В течение предшествующего анализу года отсутствовали острые приступы артрита у 12 (75%) пациентов, получивших канакинумаб и 46 (28%) пациентов – стандартную противовоспалительную терапию ($p=0,002$).

Выводы. Применение ингибитора интерлейкина-1 (канакинумаб) может способствовать лучшей приверженности к уратснижающей терапии и отождествляется с меньшей потребностью в симптоматической терапии при длительном наблюдении.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ «ПОРТРЕТ» ПАЦИЕНТА С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ КАК МОДЕЛЬ НЕКОМПЛАЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Жигулина А.И., Тыренко В.В., Один В.И., Юдин В.А., Демьяненко Н.Ю.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить влияние психологического профиля личности больного на приверженность к терапии.



Материалы и методы. Представлены данные больной Е. 44 года, страдающей ревматоидным артритом более 11 лет. Психологический профиль больной исследовался с помощью теста акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ).

Результаты и обсуждения. Пациентка Е., 44 лет обратилась к ревматологу с жалобами на сильную боль (9-10 по ВАШ) в паху, отдающая вниз по передней и боковой поверхностям бедра, невозможность самостоятельно передвигаться без опоры. Из анамнеза известно, что у пациентки в 2005 г. в послеродовом периоде, появились воспалительные артралгии в мелких суставах кистей, левом лучезапястном и голеностопных суставах. За медицинской помощью не обращалась. Боли купировались самостоятельно. В 2009 году отмечает усиление болей в проксимальных межфаланговых суставах 2-4 пальцев кистей, коленных суставов, утреннюю скованность в течение дня. С учетом характерного суставного синдрома (синовиты кистей и стоп), иммунологических маркеров (АССР-13,5, РФ-21, АНФ 1:40), был верифицирован диагноз: Ревматоидный артрит серопозитивный, ранняя клиническая стадия, суставная форма, 2 степень активности (DAS28-3,1), АЦЦП (+), Rg стадия I, неэрозивный, ФК-2 ст. В анализах крови умеренное повышение острофазовых показателей (фибриноген до 5,0 г/л, СРБ до 5,5, СОЭ 20 мм/ч), биохимия крови в пределах нормы. После проведенного курса лечения (метотрексат 50 мг и дексаметазон 80 мг) с положительной динамикой, выписана с рекомендациями введения в/м метотрексата 12,5 мг 1 раз в неделю, приема фолиевой кислоты 10 мг в неделю. Рекомендации не выполнялись. С 2013 г. на фоне очередного обострения суставного синдрома самостоятельно (прочитала в интернете) стала принимать преднизолон утром 4 т (20 мг), с 2019 г. перешла на метипред 4 т (16 мг). Утреннюю скованность, болей в суставах не отмечала. У ревматолога пациентка не наблюдалась. Объективные данные: Состояние удовлетворительное. Лицо лунообразное, щеки багрово-красного цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена неравномерно: кушингоидный тип ожирения, пастозность голеней, гиперпигментация кожи на нижних конечностях, множественные сынячковые высыпания, атрофия мышц бедра справа. Рентгенологическое исследование кистей, стоп-признаки ревматоидного артрита 2-3 стадии, тазобедренных суставов – признаки асептического некроза головки тазобедренной костей, справа 4 стадия, слева 2 стадия. Диагноз клинический: Ревматоидный артрит, серопозитивный, АЦЦП(+), поздняя клиническая стадия, активность 1-0 (DAS-28-2,4), эрозивный, Rg-стадия-3, ФК-3 (M06.8) Осложнение: Стероидный синдром Иценко-Кушинга. Остеопороз, смешанного генеза (глюкокортикоидный, на фоне РА), асептический некроз головок тазобедренных костей, справа IV ст, слева II ст. ФК 3ст. Сопутствующий диагноз: ДДЗП. Хроническая дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия.

Оценка психологического профиля пациентки, с помощью ТАСТ, выявила социально-пассивный тип акцентуации темперамента. Такие пациенты могут полностью отказаться от лечения или принимать те лекарства, от которых, по их мнению, можно получить больше пользы, чем от препаратов, назначенных врачом.

Выводы. Отсутствие приверженности к терапии у пациентки с РА привело к развитию асептического некроза головок тазобедренных костей. Социально-пассивный тип акцентуации темперамента у пациентки возможно оказал влияние на развитие некомплаентного поведения, что требует от врача умения оценки психологического статуса пациента с привлечением, при необходимости, консультации психолога.



О ВОЗМОЖНОСТИ ПРЯМОГО АНАЛГЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА У ТОФАЦИТИНИБА. ДАННЫЕ РЕГИСТРА МЕРА

Жиляев Е.В.^{1,2,3}, Лукина Г.В.^{4,5}, Кольцова Е.Н.⁶, Шмидт Е.И.⁷, Лыткина К.А.⁸

¹АО «Европейский Медицинский Центр»,

²Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,

³Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова,

⁴Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова,

⁵Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

⁶Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента,

⁷Городская клиническая больница №1 имени Н.И. Пирогова,

⁸Городская клиническая больница №4,
Москва

Цель исследования. Оценка клинической значимости обезболивающего эффекта тофацитиниба у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы. Мы исходили из предположения, что в случае клинической значимости, данный эффект должен проявляться уменьшением соотношения субъективных и объективных проявлений артрита. Были проанализированы данные пациентов с РА из Московского Единого Регистра Артритов (МЕРА). В регистр включаются пациенты, получающие генно-инженерную или таргетную синтетическую противовоспалительную терапию в счет бюджетных средств, проживающие в Москве и подписавшие информированное согласие на участие в исследовании.

В качестве субъективных оценок рассматривались число болезненных суставов (ЧБС), индекс функциональной способности HAQ-DI, индекс RAPID3. В качестве объективных показателей анализировались число припухших суставов (ЧПС), уровень С-РБ (СРБ). Изучены следующие соотношения: ЧБС/(ЧПС+1), HAQ-DI/(ЧПС+1), RAPID3/(ЧПС+1), ЧБС/(СРБ+1), HAQ-DI/(СРБ+1), RAPID3/(СРБ+1).

С учетом наблюдательного характера исследования проводился поиск конфаундеров для всех указанных отношений и сравнении рассчитанных индексов на фоне лечения различными таргетными препаратами производилось с поправкой на выявленные конфаундеры.

Результаты. В анализ включено 944 эпизода лечения у 832 пациентов. Средний возраст $55,3 \pm 12,4$ года, женщин было 698 (83,9%), серопозитивных – 672 (80,8%). В том числе проанализировано 93 эпизода лечения тофацитинибом.

Анализ скорректированных значений продемонстрировал, что отношение выраженности субъективных ощущений и функциональной способности к числу припухших суставов при лечении тофацитинибом было достоверно ниже, чем на таргетной терапии в целом [для ЧБС/(ЧПС+1) вероятность ошибки $p=0,014$, для HAQ-DI/(ЧПС+1) $p=0,039$, для RAPID3/(ЧПС+1) $p=0,001$]. Достоверного отличия отношений субъективных показателей к СРБ выявить не удалось.



Заключение. Выраженность субъективных ощущений и функциональные нарушения у пациентов, получающих лечение тофацитинибом, может быть меньше при той же выраженности объективных признаков артрита в сравнении с генно-инженерными противовоспалительными препаратами.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

Зияева Ф.К., Джураева Э.Р.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Анкилозирующий спондилоартрит (АС) или болезнь Бехтерева – хроническое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением не только позвонковых, крестцово-подвздошных и периферических суставов, периартикулярных тканей, внутренних органов, глаз, но и нервной системы (НС). Поражение НС в виде синдрома «конского хвоста», миелопатии и параплегии (вследствие атланта-аксиальных подвывихов позвонков и их переломов) наблюдается в 2-3% случаев заболевания.

Цель. Изучить варианты поражения периферической НС у больных АС.

Материал и методы. Обследовано 56 больных АС в возрасте $38,7 \pm 0,6$ лет. При постановке диагноза АС использованы Нью-Йоркские критерии, рекомендованные для клинической практики ревматологов. Среди обследованных больных было 86% мужчин и 14% женщин, длительность заболевания составила $11,7 \pm 0,4$ года. I степень активности патологического процесса установлена у

24% пациентов, II – у 57%, III – у 19% больных. Центральная форма АС диагностирована в 53% случаев, периферическая – в 35%, ризомиелическая – в 12%. Висцеральные изменения обнаружены у 76% больных, в том числе поражение периферической НС – в 33% случаев. Больным выполняли электрокардиографию, эхокардиографию, ультразвуковое исследование сосудов, рентгенографию грудной клетки, периферических суставов, крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника, сонографию суставов и внутренних органов, электроэнцефалографию, у части больных – компьютерную и магнитно-резонансную томографию позвоночника и головного мозга. Всем больным проведена консультация невропатолога и окулиста.

Результаты. Полинейропатия установлена у 18% больных АС, радикулопатия – у 17%, цервикокраниалгия – у 14%, монойропатия – у 13%, синдром метакарпального канала – у 9%, невралгия тройничного нерва – у 5%, неврит лицевого нерва – у 4%. Если в группе мужчин периферическая нейропатия диагностирована в 28% случаев, то среди больных АС женского пола – в 2,7 раза чаще ($p < 0,001$). Чаще больные жаловались на чувство онемения, жжения и «ползания мурашек», снижение или (реже) повышение чувствительности в кистях и стопах. При неврологическом исследовании выявлялись уменьшение болевой и температурной чувствительности в дистальных отделах конечностей, иногда двигательные нарушения в виде вялых парезов, высокие сухожильные рефлексы, равно-



мерно расширенные в руках и ногах, явления гиперестезии на ногах по типу «высоких носков», а в руках (кистях) – с явлениями гиперпатии по ходу лучевого и локтевого нервов.

Вывод. Таким образом, поражение периферической НС часто встречается у больных АС и отличается многообразием клинических проявлений, зависит от характера течения заболевания.

«НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ» ПАТОЛОГИИ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОГО СУСТАВА

Извозчиков С.Б.

Городская поликлиника №8,
Медицинский центр «Леоклиник»,
Москва

В клинической практике иногда приходится сталкиваться с «маскировкой» заболеваний костно-суставной системы под неврологическую патологию. Проблема диагностики ортопедических дисфункций таза в амбулаторном звене медицинской помощи периодически звучит в медицинской литературе и на научных конференциях. В настоящей работе представлена часть авторского исследования по данной теме (Извозчиков С.Б., 2017), посвященная патологии крестцово-подвздошного сустава (КПС).

Цель исследования. Оценка особенностей клинической картины патологии КПС путем процентной ранжировки локализации или иррадиации алгического паттерна.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 115 амбулаторных пациентов, обратившиеся к неврологу и мануальному терапевту с главной жалобой на боль в области таза и (или) нижних конечностях, связанной с диагностированной в ходе исследования патологией КПС (функциональные блокады, остеоартрит, в единичных случаях – анкилозирующий спондилоартрит и синдром Рейтера). Учитывались все локализации болей у каждого пациента. Критерии исключения из исследования: 1. другие заболевания, сопровождающиеся тазовой болью; 2. наличие комбинированной болевой дисфункции сочленений таза.

Каждому пациенту проведены неврологическое и ортопедическое обследование, обзорная рентгенография костей и сочленений таза в прямой проекции; при необходимости – дополнительные методы (УЗИ, МРТ, КТ, лабораторные исследования).

Патология КПС диагностировалась специфическими тестами. По мнению автора, наиболее простыми и валидными для данной патологии являются симптомы: «опережения», Жиллета, Патрика, Меннеля, Генслена.

Результаты и обсуждения. Согласно проведенному исследованию, можно представить следующие болевые паттерны патологии КПС, ранжированные по частоте встречаемости:

- крестец, проекция КПС (n=109) – 94,8%;
- ягодичная область (n=88) – 76,5%;
- задняя поверхность бедра (n=63) – 54,8% (отраженную боль данной локализации необходимо дифференцировать, в первую очередь, с миофасциальным синдромом грушевидной мышцы, часто страдающей коморбидно с КПС);



- паховая область (n=22) – 19,1% (следует учитывать, что данная локализация боли при патологии КПС некоторыми вертеброневрологами указывается чаще, чем в представленном исследовании);

- задняя поверхность бедра и голени (n=12) – 10,4%. Этот болевой паттерн также характерен для патологического напряжения грушевидной мышцы. Данная иррадиация боли при патологии КПС может служить классической «неврологической маской», имитирующей компрессию (симптомы раздражения) спинномозгового корешка S₁ или седалищного нерва. Распространение боли ниже лодыжки и на стопу может указывать в пользу последней.

Выводы. Представленные болевые паттерны патологии КПС могут служить направлением последующего диагностического поиска. Иррадиирующие боли при патологии КПС носят исключительно склеротомный характер; иногда при соответствующих жалобах пациентов необходима дифференцировка с невралгическими (корешковыми) болями. Врачам клинических дисциплин рекомендуется владеть элементарными навыками ортопедического осмотра.

СРАВНЕНИЕ НАЛИЧИЯ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ДЕПОНИРОВАНИЯ КРИСТАЛЛОВ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ И ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ МЕТОДОМ МСКТ

**Ильиных Е.В., Новикова Д.С., Маркелова Е.И., Корсакова Ю.О.,
Чикина М.Н., Новикова А.М., Желябина О.В., Елисеев М.С.**

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Фон. Патогенез кальцификации артерий и хондрокальциноза активно изучается. Оба процесса моделируются одинаково клетками-резидентами в этих тканях (гладкомышечными клетками сосуда и хрящевым матриксом) и сопровождаются выделением ими клеточных фрагментов, компетентных в минерализации (матричные пузырьки и апоптозные тельца), которые имеют единые функциональные характеристики в сосуде и хряще. Данных о наличии или отсутствии взаимосвязи процессов кальцификации хряща и коронарных артерий у пациентов с болезнью депонирования кристаллов пирофосфата кальция (БДПК) в настоящее время недостаточно, результаты, полученные в исследованиях противоречивы.

Цель. Изучить взаимосвязь между процессами кальцификации коронарных артерий и отложением кристаллов пирофосфата кальция в структурах суставов у пациентов с БДПК в сравнении с пациентами с остеоартритом (ОА) коленных суставов.

Методы исследования. В исследование включено 20 пациентов с достоверным диагнозом БДПК (критерии McCarty), в возрасте до 65 лет. Критерии исключения: неподписанное информированное согласие, беременность, кормление грудью, другое



ревматическое заболевание, онкопатология, сердечно-сосудистые катастрофы в анамнезе. Средний возраст пациентов с БДПК – $56,2 \pm 5,9$ лет. Мужчин – 20%, женщин – 80%. Контрольная группа – 20 пациентов с ОА коленных суставов, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами с БДПК. Диагноз ОА коленных суставов соответствовал критериям ACR. Всем пациентам проводилась оценка антропометрических данных, определялся липидный спектр крови, сывороточный уровень глюкозы, мочевой кислоты, hs-CРБ, витамина Д, уровни электролитов, поляризационная микроскопия синовиальной жидкости с целью выявления кристаллов пирофосфата кальция. Для оценки степени кальцификации коронарных сосудов проводилась МСКТ с определением кальциевого счета, количества пораженных артерий. Статистическая обработка выполнялась с использованием программ Statistica 12.0, Биостатистика. Достоверными считались различия при $p < 0.05$.

Результаты. Группа пациентов с БДПК и контрольная группа с ОА не различались по антропометрическим данным, уровню липидных и электролитных показателей, средним значениям глюкозы, холестерина частоте гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, сахарного диабета. Выявлена зависимость между курением и кальцификацией коронарных артерий ($p < 0.05$) у пациентов в обеих группах. По количеству курящих группы не различались. Различий между группами по наличию и степени поражения, количеством пораженных сосудов сердца выявлено не было: у 9 (45%) пациентов с БДПК и у 8 (40%) пациентов с ОА выявлена кальцификация коронарных артерий. По уровню СРБ группы не различались: СРБ (БДПК) 1,1 [0,17; 8,67]; СРБ (ОА) 1,0 [0,15; 7,24] мг/л, зависимости между воспалительной активностью и кальцификацией коронарных артерий не выявлено ($p > 0.05$).

Выводы. Не получено различий между пациентами с БДПК и пациентами, без отложения кристаллов пирофосфата кальция в хряще по поражению сосудов сердца. Показана взаимосвязь между курением и поражением коронарных артерий. Отсутствие зависимости между кальцификацией хряща и развитием атеросклероза коронарных артерий может быть связано с недостаточным числом пациентов в группах случай-контроль.

АНАЛИЗ «БОЛЬШИХ ДАННЫХ» И ОБРАБОТКИ НЕСТРУКТУРИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИИ (ПЛАТФОРМА SEMANTIC HUB) С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ПОДАГРОЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ильиных Е.В., Чикина М.Н., Новикова А.М., Желябина О.В., Елисеев М.С.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Фон. Распространенность подагры и гиперурикемии (ГУ) в мире остается высокой, не снижается частота тяжелой подагры. Какие-либо данные относительно рас-



пространенности и особенностей тяжелой подагры в популяции Российской Федерации (РФ) отсутствуют.

Цель. Определить долю пациентов с тяжелой подагрой в РФ среди пациентов с подагрой, которые ищут информацию о своей болезни в Интернете, уточнить их средний возраст, гендерный состав, наличия сопутствующей патологии, трудностях диагностики и лечения, получить представления о наиболее актуальных запросах в Интернете у данной категории пациентов.

Методы исследования. Для исследования использованы технологии анализа «больших данных» и обработки неструктурированной информации (семантический анализ текстов) (платформа Semantic Hub, которая проводит сканирование сред Google and Yandex). Для эффективной обработки текстов используется несколько специализированных конвертеров. Результатом работы этих конвертеров является XML-представление исходных данных. Исследование базировалось на реальных историях пациентов (социальные сети, форумы и другие источники пользовательского контента) с подагрой и их близких. Тяжелая подагра – высокая частота вспышек артрита или хронический артрит, тофусы, наличие сопутствующих заболеваний.

Результаты. Обработано 16253 сообщений с поисковым словом – подагра. Выявлен 1691 пациент с подагрой. Средний возраст активных в Интернете пациентов с подагрой – 47,2 г. Наиболее активны мужчины (60,5%). Женщины чаще беспокоятся о своих родственниках, поэтому количество пишущих женщин выше, чем женщин с подагрой. Тяжелая подагра выявлена у 194 из 1691 (11,5%) пациентов, при этом 59% пациентов в возрасте от 29 до 45 лет. Мужчин среди пациентов с тяжелой подагрой – 71%. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто – диабет и метаболический синдром – 24%, ХБП – 51%, артериальная гипертензия – 14%. На пациентов с тяжелой подагрой приходится в среднем 1,9 сопутствующих заболеваний, в то время как на других пациентов с подагрой – 1,1. Группы сопоставимы по возрасту. У 60% пациентов между первым приступом и постановкой диагноза подагры прошло менее полугода. У 40% от 1 до 15 лет. Менее 42% пациентам рекомендована уратснижающая терапия при очной консультации врача, при консультации в Интернете – 23%. Терапия подагры по данным сообщений пациентов состоит из НПВС, ГК внутрисуставно и аллопуринол. Наиболее частыми запросами в Интернете является тема приступов во время праздников и отдыха – 2426 сообщений, тема образа жизни – 1899, проблемы сопутствующих заболеваний – 1813, тема уратснижающей терапии – 1662, проблемы эффективности лекарственных средств и обсуждение возможности употребления различных спиртных напитков – 1383 и 1383, соответственно.

Выводы. Доля пациентов с тяжелой подагрой составляет 11,5% среди пациентов с подагрой, которые ищут информацию о своей болезни в Интернете. Более половины пациентов тяжелой подагрой (59%) – мужчины возрасте от 29 до 45 лет. Пациентов с подагрой больше волнуют проблемы образа жизни, чем медицинские проблемы, что возможно демонстрирует низкую приверженность пациентов к пожизненной терапии. Недостаточно адекватная длительная терапия и поздняя диагностика могут быть одними из основных факторов развития тяжелой подагры у молодых и активных пациентов.



ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Исмоилов У.И., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Определение степени реактивной и личностной тревожности у больных с ревматоидным артритом и системной красной волчанкой.

Материалы и методы. В исследование были обследованы 63 пациентов (35 пациентов с РА, средний возраст $39,5 \pm 11,8$ года и 28 пациентов с достоверной СКВ, средний возраст которых составляет $36,6 \pm 10,9$ года), получающих стационарное лечение в отделении ревматологии и кардиоревматологии 1-клиники Ташкентской медицинской академии. По иммунологической принадлежности РА серопозитивными были 19 больных (54,3%) а серонегативными 16 больных (45,7%), у всех пациентов с РА диагностирована II степень активности процесса. По давности заболевания больные с РА распределились следующим образом: до 1 года – 11 пациентов (31,43%), от 1 до 5 лет – 13 (37,14%), больше 5 лет – 11 больных (31,43%). Среди больных с СКВ I степень активности определена у 15 больных (53,57%); II степень активности у 13 больных (46,43%). Среди больных с СКВ преобладали пациенты с давностью заболевания больше 5 лет (64,3%). Для исследования была выбрана шкала оценки тревоги по Ч.Д. Спилбергеру – Ю.Д. Ханину, которая является надежным и информативным способом самооценки уровня реактивной и личностной тревожности в данный момент. Личностная тревожность (ЛТ) характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность (РТ) характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Анкеты обрабатывались согласно инструкции с помощью компьютерной программы статистического анализа Statistical Analysis Software.

Результаты и обсуждение. В результате исследования было выявлено, что у больных с РА выраженность РТ и ЛТ прямо пропорциональна длительности течения данного заболевания, т.е. чем дольше продолжается болезнь, тем более выражена тревожность. Так, у больных с давностью заболевания более 5 лет отмечались более высокие показатели тревожности. Было установлено, что у больных с серонегативным РА по сравнению с серопозитивными ЛТ, и РТ превышает в 1,2 раза, хотя многие из них не замечали признаков повышенной тревожности. У больных с СКВ более высокая ЛТ и РТ отмечались при II степени активности заболевания. При сравнительной оценке уровня тревожности при РА и СКВ более высокие цифры показателей установлены при СКВ.

Выводы. Результаты исследования показали что, основу психодинамического процесса при системных заболеваниях соединительной ткани формируется состояние хронически латентного бунта, полного тревожности. На начальных этапах больные пытаются контролировать свою агрессивность повышенным контролем, демонстрируя самообладание практически во всех жизненных ситуациях. Чувство



ненависти, часто загоняет их в интенсивную мышечную работу по дому, в саду или в занятия спортом. Лишь на более поздних стадиях заболевания агрессивность сублимируется в позицию готовности оказания помощи окружающим. Агрессивные импульсы, переживаемые больными как угрожающие, при этом высвобождаются все большим трудом и все менее контролируются. В этом своеобразном «вынужденном» состоянии происходит ступенчатое нарастание ригидности двигательного аппарата, пациент «надевает на себя смирительную рубашку для защиты от агрессивных побуждений».

ПРОЯВЛЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Исмоилов У.И., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучение изменения психоэмоционального состояния у больных с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. В исследование были включены 32 больных РА (средний возраст – 37,1±6,5 года), находившихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и кардиоревматологии 1-клиники Ташкентской медицинской академии. Контрольную группу составили 32 практически здоровых людей, средний возраст которых составляет 35,8±4,3. По иммунологической принадлежности РА серопозитивными были 19 больных (59,4%), серонегативными 13 больных (40,6%). У всех пациентов был диагностирован II степень активности воспалительного процесса. По давности заболевания больные распределились следующим образом: до 1 года – 11 пациентов (34,4%), от 1 до 5 лет – 14 (43,75%), больше 7 лет – 8 больных (21,85%). Для обследования психической сферы была выбрана шкала оценки тревоги по Ч.Д. Спилбергеру – Ю.Д. Ханину, которая состоит из 40 вопросов и в настоящее время является надежным и информативным способом оценки уровня реактивной тревожности (РТ) как состояние и личностной тревожности (ЛТ) как устойчивой характеристики человека. Результаты оцениваются обычно в градациях: до 30 баллов – низкая тревожность, 31-45 баллов – средняя тревожность, 46 баллов и более – высокая тревожность. Анкеты обрабатывались согласно инструкции, с помощью компьютерной программы статистического анализа Statistical Analysis Software.

Результаты и обсуждение. В результате исследования, было выявлено, что реактивная тревожность была повышена у больных с РА, по сравнению с контрольной группой, преобладая в 1,5 раза. Личностная тревожность также была высока у пациентов с РА сравнительно со здоровыми почти в 1,7 раза. Было установлено, что у больных с РА выраженность РТ и ЛТ прямо пропорциональна длительности течения данного заболевания, т.е. чем продолжительнее болезнь, тем более выражена тревожность. Так, у больных с давностью заболевания более 5 лет отмечались более высокие показатели тревожности.



Выводы. Основываясь на результатах исследования, можно предположить, что психоэмоциональные нарушения выявляются в той или иной степени у всех больных РА и зависят как от давности заболевания, так и от степени активности процесса, что нередко усугубляет течение болезни и снижает качество жизни больных. При длительном течении системных заболеваний соединительной ткани требуется переориентация терапевтической тактики, включения в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий психотерапии и психофармакотерапии, что способствует не только симптоматическому облегчению состояния больных, но и оказывает существенное влияние на течение различных проявлений РА.

ПРОЯВЛЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Исмоилов У.И., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучение проявления психоэмоциональных расстройств у пациентов с системной красной волчанкой.

Материалы и методы. В исследование были включены 28 пациентов, средний возраст которых составляет $31,9 \pm 6,7$ года, получающих стационарное лечение в отделении ревматологии и кардиоревматологии 1-клиники Ташкентской медицинской академии. У пациентов преобладала II степень активности заболевания (71,4%), у 64,3% пациентов была установлена давность заболевания более 5 лет. У больных СКВ были диагностированы следующие клинические проявления заболевания: поражение кожи в виде «люпоидной бабочки» (17 пациентов), фотосенсибилизация (15 пациентов), поражение почек (11 пациентов), поражение сердца (9 пациентов), дискоидные высыпания (12 пациентов). Для исследования была выбрана шкала оценки тревоги по Ч.Д. Спилбергеру – Ю.Д. Ханину, которая состоит из 40 вопросов и в настоящее время является надежным и информативным способом оценки уровня тревожности (реактивная тревожность (РТ) как состояние) и личностной тревожности (ЛТ) (как устойчивая характеристика человека). Анкеты обрабатывались согласно инструкции с помощью компьютерной программы статистического анализа Statistical Analysis Software.

Результаты и обсуждение. Результаты показали, что у пациентов выраженность реактивной и личностной тревожности прямо пропорциональна длительности течения системной красной волчанки, т.е. чем продолжительнее заболевание, тем более выражена тревожность. Показатели тревожности у пациентов с длительностью болезни более 5 лет в среднем реактивная тревожность больше в 1,3 раза, личностная тревожность больше 1,2 раза чем у больных с давностью заболевания до 5 лет. Также была установлена зависимость показателей тревоги от степени активности процесса. При II степени активности заболевания выявлены высокие показатели РТ (71), и ЛТ (51) по сравнению с I степенью активностью (РТ=54 и ЛТ=41).



Выводы. Основываясь на результаты данных, можно предположить, что психоэмоциональные расстройства у пациентов с СКВ не только снижают эффективность лекарственных средств, но и усугубляют течение заболевания, удлиняют стадию активности болезни. Поэтому таким больным необходима консультация психотерапевта и назначение соответствующую фармакотерапию для устранения психологических изменений.

АПРОБАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ДЕЗАДАПТОЗОВ И ОПРЕДЕЛЕНИИ НУЖДАЮЩИХСЯ ЛИЦ С ОСТЕОАРТРОЗОМ В МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ищук В.Н., Ищук Ю.В., Пронин В.Д.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определение диагностической достоверности предложенного комплекса исследований в верификации дезадаптивных расстройств у лиц операторского труда.

Материалы и методы. Мы провели исследования 174 человек в возрасте от 28 до 40 лет (средний возраст $34,0 \pm 5,4$ лет), занимающихся операторским трудом и требующим постоянного напряжения внимания, режим работы сменный. Примерный стаж деятельности в таких условиях обследуемой группы составил 4-8 лет.

Исследования проводили следующими методами:

- количественно соматическое здоровье оценивали с помощью тестовой системы Г.Л. Апанасенко, адаптационного потенциала или индекса функциональных изменений Р.М. Баевского и вегетативного индекса Кердо;
- оценку физической работоспособности проводили с помощью субмаксимального теста PWC 170 (AF);
- психологическое состояние оценивали с помощью анкеты самооценки состояния (ACC) и шкалы оценки астении MFI-20.

Результаты и обсуждение. Постоянно растущий темп жизни, высокая ответственность, условия долговременной «информационной атаки» и, таким образом, хроническая стрессовая ситуация приводит к несоответствию между растущими негативными воздействиями факторов рабочей и окружающей среды и адаптивными возможностями организма, особенно у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Такое несоответствие приводит к запуску патогенетического механизма, в основе которого лежат нарушения адаптации как физической, так и психической сферы. Эти патологические состояния получили название дезадаптозов.

Уменьшение двигательной активности – важный фактор профессиональной деятельности оператора, связанный с ограничением физических нагрузок. Ведущими патогенетическими звеньями гипокинезии являются нарушения энергетического



и пластического обменов, затрагивающие в первую очередь мышечную систему, что в свою очередь приводит к возникновению дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата.

В ходе исследования было выявлено, что у 34% исследуемых лиц были снижены количественные показатели соматического здоровья (22% – напряжение адаптации ($p < 0,01$), 10% – неудовлетворительная адаптация ($p < 0,05$), у 2% – срыв адаптации), причем у 64% была выявлена выраженная симпатикотония ($p < 0,05$). У 15% была снижена физическая работоспособность ($p < 0,01$). 23% исследованных лиц отмечали хорошее субъективное самочувствие, 68% отмечали удовлетворительное субъективное самочувствие ($p < 0,01$) и 9% говорили о неудовлетворительном субъективном самочувствии ($p < 0,05$). У 14% исследуемых лиц была снижена мотивация к работе ($p < 0,05$), 28% отмечали снижение физической активности ($p < 0,05$), 32% испытывали общую астенизацию ($p < 0,01$) и 4% ощущали усталость даже после выходных. Лишь 22% исследованных лиц не предъявляли практически никаких жалоб и по данным исследования не нуждались в проведении медико-психологической реабилитации (МПР).

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют о высокой диагностической достоверности предложенных методов исследования в верификации дезадаптивных расстройств и могут быть рекомендованы для определения нуждающихся лиц в медико-психологической реабилитации.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ХОНДРОПАТИЕЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Капустина Н.В.¹, Смоленский А.В.²

¹12 Консультативно-диагностический центр,

²Российский государственный университет физической культуры,
спорта, молодежи и туризма,
Москва

Одним из наиболее травмируемых сегментов опорно-двигательного аппарата у спортсменов являются коленные суставы. Высокая травматизация коленных суставов обусловлена не только особенностями анатомического строения, но и тем, что коленные суставы являются опорными, на которые падает основная осевая нагрузка. Наиболее тяжелым осложнением травм коленных суставов у спортсменов является вторичный (посттравматический) гонартроз. Восстановительное лечение спортсменов с посттравматической хондропатией коленных суставов должно быть комплексным и включать как медикаментозную терапию, так и немедикаментозные методы лечения (физиотерапия, массаж, лечебная физическая культура). Неотъемлемой частью лечения посттравматической хондропатии коленных суставов является применение средств лечебной физической культуры.

Проведенное нами исследование с применением системы электронной динамометрии BIODEX выявило умеренный дефицит мышц-разгибателей голени на пораженной стороне. Таким образом, целью применения ЛФК в реабилитации спор-



тсменов с постравматической хондропатией коленных суставов являлось укрепление четырехглавой мышцы бедра на пораженной стороне.

Курс занятий длился 8 недель и был условно нами разделен на 3 периода: подготовительный, промежуточный, заключительный.

Подготовительный (первый) период составил 2 недели, в течение которых нами проводились ежедневные занятия лечебной гимнастикой под руководством инструктора, длительность занятия 30-40 минут. Применяли общеразвивающие упражнения и специальные гимнастические упражнения для суставов нижних конечностей преимущественно в облегченных исходных положениях (лежа на спине, животе, боку). При этом мы обучали спортсменов элементам самомассажа коленного сустава, мышц бедра и голени.

Второй (промежуточный) период составил 3 недели. Комплекс занятий был построен на основе упражнений 1 периода, но усложнен применением отягощений и сопротивления. Так же занятия лечебной физической культурой были дополнены силовыми упражнениями на тренажерах для суставов нижних конечностей в закрытой кинематической цепи (жимы ногами), педалированием на велотренажере с постепенно возрастающей нагрузкой. В дни между занятиями рекомендовали самостоятельно, в домашних условиях, выполнять комплекс упражнений 1 периода. Длительность занятия 60-90 мин, через день.

Третий (заключительный) период составил так же 3 недели. Дополнительно нами были введены силовые упражнения для укрепления мышц коленных суставов в открытой кинематической цепи, позволяющие проводить целенаправленную тренировку мышц сгибателей и разгибателей поврежденного коленного сустава и исключать компенсирующее воздействие со стороны других мышц нижних конечностей. Длительность занятия 60-90 мин., через день.

В ходе проведения реабилитационных мероприятий, неотъемлемой частью занятий было проведение врачебно-педагогических наблюдений, направленных на оценку переносимости и эффективности занятий лечебной физической культурой.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ И УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА ПРИ ГОНАРТРОЗАХ

**Карпова Е.С.¹, Гильмутдинова Л.Т.¹, Назарова Э.М.¹,
Салахов Э.М.², Латыпов Ф.И.², Карпов А.С.¹**

¹Башкирский государственный медицинский университет,

²Республиканский врачебно-физкультурный диспансер,
г. Уфа

Цель исследования. Оценка эффективности применения магнитотерапии в сочетании с ультрафонофорезом 5% мази «Ибупрофен» в терапии деформирующего остеоартроза коленных суставов.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 50 пациентов с деформирующим остеоартрозом коленных суставов I-III стадии, находившихся на лечении в Республиканском врачебно-физкультурном диспансере (Уфа), среди которых 30 женщин и 20 мужчин в возрасте от 55 до 65 лет с давностью заболевания от 15 до 20 лет.



Все пациенты по проводимой терапии были разделены на две группы методом простой рандомизации. Основная группа (n=25) получала дополнительно к стандартному лечению курс магнитотерапии и ультрафонофореза 5% мази «Ибупрофен». На область коленных суставов применялась магнитотерапия от аппарата «Полюс-2» с использованием индукторов соленоидов, режим – непрерывный, частота – 50 Гц, ток синусоидальный, интенсивность III-IV, длительность процедуры – 20 минут. В последующем без перерыва проводилась процедура ультрафонофореза 5% мази «Ибупрофен» от аппарата «УЗТ – Мед ТеКо» по контактно-лабиальной методике, режим – непрерывный, мощность – 0,3-0,5 Вт/см², длительность процедуры – 7 минут на каждый сустав. Курс лечения состоял из 10 ежедневных процедур.

Контрольная группа (n=25) получала базовый комплекс: стандартную медикаментозную терапию по показаниям («Ибупрофен» по 1 табл. 2 раза в день), лечебную физкультуру, диетотерапию, 5% мазь «Ибупрофен» местно – на пораженный сустав.

Результаты и обсуждение. По окончании курса лечения в сравниваемых группах пациентов с деформирующим остеоартрозом отмечалась положительная динамика. У пациентов основной группы отмечалось снижение локальной гипертермии и уменьшение припухлости пораженных суставов. Наблюдался регресс болевого синдрома: обезболивающий эффект при местном использовании 5% мази «Ибупрофен» наступал через 30 минут, при введении мази ультразвуком после магнитотерапии анальгезия наступала через 5-8 минут. Длительность обезболивающего эффекта в основной группе составила 3 часа, в контрольной группе – 1,5-2 часа. Отмечалось снижение уровня боли по шкале ВАШ на 41,3% (p<0,05) у 94% пациентов основной группы. В основной группе отмечалась положительная динамика двигательной активности: амплитуда движений в коленных суставах увеличивалась на 19,5% (p<0,05), увеличение амплитуды наступило после 2-3 процедуры физиолечения и нарастало к концу курса лечения. У пациентов контрольной группы положительная динамика выявлена через 5-6 физиотерапевтических процедур. По результатам УЗИ коленных суставов, у лиц основной группы у всех наблюдалось значительное уменьшение явлений синовита и бурсита (p<0,05). У пациентов контрольной группы существенных изменений УЗИ картины не отмечалось.

Выводы. Применение магнитотерапии в сочетании с ультрафонофорезом 5% мази «Ибупрофен» способствует купированию болевого синдрома, значительному улучшению двигательной и повседневной активности пациентов с гонартрозом и может использоваться в программах их медицинской реабилитации.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ – ПРЕДИКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Алексеева Л.И.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Выявить изменения минеральной плотности кости осевого скелета при прогрессировании остеоартрита (ОА) коленных суставов в длительном проспективном исследовании.



Материал и методы. В исследовании приняли участие 110 женщин (средний возраст $59,11 \pm 8,95$ года) со средней длительностью заболевания 8 [3; 20] лет, с первичным ОА коленных суставов в соответствии критериями Американской коллегии ревматологов, подписавшие информированное согласие. Пациентки были обследованы дважды с интервалом в 5 лет. Всем проводили анкетирование, включающее в себя антропометрические, анамнестические и клинические данные, стандартную рентгенографию коленных суставов. Стадия устанавливалась по классификации Kellgren-Lawrence, так у 33 женщин (30%) изначально определялась I стадия заболевания, у 46 (41,8%) – II, у 26 (23,6%) – III и у 5 (4,6%) – IV. Через 5 лет наблюдения прогрессирование ОА оценивалось по целевому коленному суставу, наиболее болезненному на момент включения. Оценка МПК осуществлялась методом двухэнергетической рентгеновской денситометрии в поясничном отделе позвоночника, шейки бедра и определялась в $г/см^2$ (согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения).

Результаты. Рентгенологическое прогрессирование через 5 лет отмечалось у 40 пациенток (1-ая группа), у остальных ($n=70$, 2-ая группа) – стадия не изменилась. Группы были сопоставимы по возрасту ($59,2 \pm 9,5$ и $59,0 \pm 8,1$ года) и длительности заболевания ($11,1 \pm 10,6$ и $13,7 \pm 9,9$ года), однако в 1-ой группе по сравнению со 2-ой определялись более высокие значения ИМТ (соответственно $34,2 \pm 6,24$ против $31,6 \pm 5,4$ $кг/м^2$, $p=0,024$) и боли по ВАШ ($72,1 \pm 19,3$ против $58,4 \pm 13,3$ мм, $p=0,001$). По данным денситометрии в группе с прогрессированием чаще определялись нормальные показатели МПК как в поясничном отделе позвоночника, так и в шейке бедра (47,5% и 62,5%), в то время как в группе без прогрессирования в большинстве случаев выявлялись показатели МПК, соответствующие остеопении и остеопорозу (32,9% и 55,7, соответственно). При анализе МПК поясничной области внутри группы с прогрессированием в 2 раза чаще встречались пациенты с нормальными значениями МПК, чем с показателями, соответствующими остеопорозу ($OR=2,1$, 95% ДИ 1,16-3,82, $p=0,007$). В группе без прогрессирования значимо больше наблюдалось пациентов с остеопорозом и остеопенией, чем с нормой ($OR=1,69$, 95% ДИ 1,18-2,41, $p=0,002$). При оценке МПК шейки бедренной кости внутри группы с прогрессированием нормальные показатели встречались статистически значимо чаще, чем остеопения и остеопороз ($OR=1,67$, 95% ДИ 1,05-2,66, $p=0,02$), в группе без прогрессирования в большинстве случаев определялись показатели МПК, соответствующие остеопорозу и остеопении. Через пять лет наблюдения межгрупповые различия по этим параметрам сохранились, также отмечено увеличение пациентов с нормальными показателями МПК, и соответствующим остеопении, и уменьшение больных с остеопорозом. Оценка абсолютных значений МПК выявила статистически значимое увеличение в шейке бедренной кости и бедре в целом у пациентов в группе с прогрессированием заболевания за 5-летний период наблюдения (соответственно $0,79 \pm 0,11$ против $0,73 \pm 0,16$ $г/см^2$, $p=0,01$ и $0,93 \pm 0,14$ против $0,84 \pm 0,25$ $г/см^2$, $p=0,05$).

Заключение. Увеличение МПК в шейке бедренной кости и бедре в целом можно рассматривать как предиктор прогрессирования ОА коленных суставов. Необходимо дальнейшее изучение данного вопроса в многоцентровых проспективных исследованиях.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Кирсанов В.А.¹, Кирсанов Д.В.²

¹Филиал №6 3 Центрального военного клинического госпиталя

имени А.А. Вишневого,

г. Вольск-18,

²Саратовский национальный исследовательский государственный университет

имени Н.Г. Чернышевского,

г. Саратов

Цель исследования. Анализ терапевтического эффекта внутрисуставного введения гиалуроновой кислоты (ГК) при остеоартрозе коленного сустава ОА КС).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 123 пациента с ОА КС в возрасте от 28 до 83 лет, среди которых мужчин было 49 (39,8%), женщин – 74 (60,2%). Диагноз ОА устанавливался на основании клинических (боли в коленном суставе, скованность движений по утрам <30 мин., хромота, контрактура, «хруст» при движении) и рентгенологических методов. Для установления стадии процесса в своей работе мы использовали рентгенологическую классификацию I. Kellgren и I. Lawrens (1957): 1 стадия – 28 пациентов (22,7%), 2 стадия – 51 пациент (41,5%), 3 стадия – 44 пациента (35,8%). При необходимости прибегали к МРТ диагностике (отсутствие признаков ОА на рентгенограммах при наличии клинических признаков). Двустороннее поражение суставов имело место у 64,3% пациентов. Общий срок заболевания составил от 2 до 25 лет. Имела место высокая коморбидность: сахарный диабет встречался у 25,5% пациентов, ишемическая болезнь сердца – у 23,2%, гипертоническая болезнь – у 45,4%, избыточная масса тела – у 61,9% пациентов (ИМТ>25), ожирение – у 30,8% (ИМТ>30). Пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты первой группы (61 человек) получали традиционную терапию (НПВП, симптом-модифицирующие средства медленного действия, ФТЛ) и внутрисуставное введение ГК. Пациенты второй группы получали только традиционную терапию. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, стадии заболевания, выраженности болевого синдрома и ограничению функции сустава. ГК вводилась в полость коленного сустава в условиях перевязочной через верхнее-наружный доступ 1 раз в неделю. Выполняли 3 инъекции. В последующем проводились контрольные осмотры через 1, 3 и 6 месяцев после последней инъекции. Критерии включения: пациенты в возрасте >18 лет, диагноз ОА КС, установленный на основании критериев Американской коллегии ревматологов, рекомендуемых Ассоциацией ревматологов России, интенсивность боли при ходьбе более 40 мм по шкале ВАШ. Критерии невключения: признаки кожных заболеваний в месте инъекции, пациенты с гиперчувствительностью к ГК, применение структурно-модифицирующих препаратов SYSADOA, а также внутрисуставное введение препаратов ГК последние 6 месяцев, наличие выпота в суставе, беременность. Для оценки результатов лечения применяли индекс Womac и Visual Analogue Scale (VAS) (Huskisson E.C., 1974).



Результаты и обсуждение. Индекс Womac до лечения у пациентов 1 группы был $76,1 \pm 2,7$ баллов, во 2 группе – $73,2 \pm 2,5$ балла, выраженность суставной боли по VAS в 1 группе составила $72,1 \pm 8,5$ баллов, во 2 группе – $71,3 \pm 7,2$ баллов. Спустя 1 месяц после лечения индекс Womac в 1 группе был равен $33,1 \pm 1,8$ баллам, во 2 группе – $45,4 \pm 2,2$ баллам, через 6 месяцев после лечения в 1 группе был неизменным, во 2 группе увеличился до $52,3 \pm 2,4$ баллов. Выраженность суставной боли по VAS через 1 месяц после проведенного лечения в 1 группе составила $18,2 \pm 2,4$ балла, во 2 группе – $41,5 \pm 4,3$ балла. Спустя 6 месяцев у пациентов 2 группы интенсивность суставных болей увеличилась до $70,5 \pm 7,3$ баллов, в 1 группе интенсивность боли составила около $19,4 \pm 3,4$ балла. Переносимость лечения была хорошей. Серьезных осложнений зафиксировано не было. В 1 группе у 2 пациентов было кратковременное усиление болей в коленном суставе после первой инъекции, которое самостоятельно купировалось и не требовало отмены терапии. Наше исследование показало, что у пациентов 1 и 2 группы на фоне проведенного лечения уменьшились боли, улучшилась функция коленного сустава, но эффект от проведенного лечения у пациентов 1 группы был более продолжительным.

Выводы. Внутриакулярное введение ГК хорошо переносится пациентами, не вызывает осложнений со стороны внутренних органов, поэтому может применяться у больных с коморбидностью. Данная методика является эффективной при лечении ОА КС I-III стадии, приводит к продолжительному снижению болевого синдрома, восстановлению функции сустава и улучшению качества жизни пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОЛИГОАРТРИТА

Кожевников А.Н.^{1,2}, Поздеева Н.А.¹, Никитин М.С.¹, Новик Г.А.²

¹Национальный медицинский исследовательский центр
детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера,

²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Несмотря на большой прогресс в диагностике и лечении ревматических заболеваний у детей, все еще остается актуальным вопрос выбора варианта противовоспалительной терапии в случае дебюта ювенильного олигоартрита (олиго-ЮА). Единого мнения на этот счет у детских ревматологов нет и по настоящий день. Не секрет, что целью лечения детей с ревматической патологией является не только быстрое купирование хронического воспалительного компонента, но и минимизация рисков рецидивов, поддержание ремиссии заболевания. Поэтому задачей данного исследования явились оценка эффективности локальной стероидной монотерапии препаратом триамцинолон ацетонид у детей с дебютом олиго-ЮА.



Пациенты и методы. В исследование были включены 92 ребенка с олиго-ЮА без экстраартикулярных проявлений (85% девочки) со средним возрастом 4,2 (1,6-7,6) лет, которые не имели опыта терапии болезньюмодифицирующими противоревматическими препаратами. Все дети соответствовали критериями ILAR. Триамцинолон ацетонид (ГКС-препарат) вводился внутрисуставно в дозе 20-40 мг/сустав, не более чем в 3 сустава одновременно с интервалом введения 3-6-12 мес. в зависимости от активности артрита (одномоментное введение в 2 и более суставов=одна манипуляция). Исследование проводилось на базе ортопедо-ревматологического отделения ФГБУ НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера в период 2012-2018 гг.

Результаты и обсуждения. Всего было проведено 218 манипуляций по внутрисуставному введению триамцинолона, из них 156 инъекций в коленные суставы и 62 – в голеностопные. Одно- или двукратное введение триамцинолона было проведено у 65,2% (60/92) пациентов, трехкратное и более – 34,8% (32/92). У 43,5% (40/92) пациентов был подвергнут лечебной пункции один сустав, у 39,1% (36/92) – два разных сустава, у 17,4% (16/92) – три и более суставов.

Неактивная стадия заболевания (ремиссия) после двукратного внутрисуставного введения ГКС-препарата была достигнута у 35% пациентов (32/92; все девочки, средний интервал между введениями составил 7 [5,25; 10] мес.). Активная стадия артрита сохранялась после неоднократного введения ГКС-препарата у 65% детей (60/92; 50 девочек и 10 мальчиков, средний интервал между первыми введениями составил 5,5 [4,25; 7] мес., между последующими – 2 [2; 3] мес.). Всем детям, не достигшим неактивной стадии артрита, был назначен базисный противовоспалительный препарат.

Следует отметить отсутствие сцепленности в показателях числа активных суставов, сJADAS10, уровня СОЭ мм/ч, СРБ мг/л, степени тромбоцитоза в дебюте заболевания у детей в зависимости от эффективности локальной ГКС-терапии ($p>0,05$). Также не было выявлено различий между концентрацией основных провоспалительных цитокинов (фактор некроза опухоли альфа/TNF- α и интерлейкин 6/IL6) сыворотки крови и синовиальной жидкости у детей с олиго-ЮА. Кроме того, степень агрессивности заболевания, которая определялась по титру антинуклеарного фактора (АНФ), была сопоставима ($p>0,05$).

Предикторы неэффективности ГКС-терапии при олиго-ЮА, выявленные в ходе настоящего исследования, соответствуют ожидаемым результатам. Короткий промежуток неактивной фазы артрита между последовательными внутрисуставными инъекциями коррелировал с низкой эффективностью монотерапии ГКС-препаратами (промежуток 3 мес. ОР 2,09, 95% ДИ 0,534-0,749; промежуток 2 мес. ОР 8,9, 95% ДИ 0,680-0,868).

Выводы. По результатам исследования было выявлено, что около трети детей с олиго-ЮА достигли неактивной стадии болезни в среднем после 2-х кратного введения препарата триамцинолон ацетонид. Исследование не позволило выявить предикторов ранней неэффективности монотерапии локальными стероидными препаратами у детей. Не было выявлено достоверных клинико-инструментальных и лабораторных



признаков, которые напрямую указывали бы на необходимость начала ранней терапии препаратом метотрексат у детей с олиго-ЮА без поражения глаз. Однако, было отмечено, что степень агрессивности заболевания обратно пропорциональна длительности неактивной фазы артрита между последовательными внутрисуставными инъекциями ГКС-препаратов.

Заключение. Триамцинолон ацетонид является эффективным и безопасным препаратом у детей с олигоартикулярным вариантом ювенильного артрита. Несмотря на популяризацию генно-инженерной биологической терапии, не следует пренебрегать лечением локальными глюкокортикоидами пролонгированного действия, как первой линией противоревматической терапии у детей с олиго-ЮА.

ПОИСК ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ТАРГЕТНЫЕ СИНТЕТИЧЕСКИЕ БАЗИСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПО ДАННЫМ МОСКОВСКОГО ЕДИНОГО РЕГИСТРА АРТРИТОВ (МЕРА)

**Кольцова Е.Н.^{1,2}, Лукина Г.В.^{2,3}, Шмидт Е.И.⁴,
Лыткина К.А.⁵, Жиляев Е.В.^{6,7,8}**

¹Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента,

²Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова,

³Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

⁴Городская клиническая больница №1 имени Н.И. Пирогова,

⁵Городская клиническая больница №4,

⁶АО «Европейский Медицинский Центр»,

⁷Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,

⁸Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова,
Москва

Цель исследования. Выявить предикторы развития инфекционных заболеваний у пациентов с ревматоидным артритом, получающих таргетную иммуносупрессорную терапию.

Материалы и методы. В анализ включен 661 пациент с ревматоидным артритом старше 18 лет, соответствующие критериям ACR 1987/EULAR2010. Все пациенты получали таргетные иммуносупрессивные препараты в г. Москве за счет бюджетных средств. Сбор данных проводился анамнестически по информации, предоставляемой пациентами и медицинской документации.

Результаты. При анализе сообщений пациентов о развитии инфекционных заболеваний, как и следовало ожидать, большую часть составляют инфек-



ции дыхательных путей. Среди них: ОРВИ 190 случаев (57,0%), обострений хронического бронхита – 52 (15,6%), острый фарингит/тонзиллит – 14 (4,20%), случаев возникновения пневмонии – 9 (2,70%). Обострение пиелонефрита отмечалось в 6 случаях (1,80%). Другие инфекционные заболевания выявлены в следующей пропорции: цистит – 13 случаев (3,90%), флегмона и абсцесс – 4 случая (1,20%), простая герпетическая инфекция – 15 случаев (4,50%), опоясывающий герпес – 7 случаев (2,10%). Среди инфекционных заболеваний было 15 серьезных нежелательных явлений: абсцесс кожи – 2 случая (0,60%), рожа – 1 (0,30%), флегмона – 2 случая (0,60%), пневмония – 9 (2,70%), которые потребовали госпитализации в круглосуточный стационар, а также парентеральное введение антибиотиков.

Выявление предикторов возникновения инфекционных осложнений проводилось путем оценки однофакторной связи их в рамках модели пропорционального риска Кокса. Далее из перечисленных показателей путем прямого пошагового отбора в рамках многофакторной модели пропорционального риска Кокса были выделены взаимонезависимые факторы, достоверно связанные с риском развития инфекционных нежелательных явлений. Увеличение дозы метотрексата на каждый 1 мг ассоциировалось с возрастанием риска возникновения инфекционных нежелательных явлений на 3,5%. Высокие дозы глюкокортикоидов ассоциированы с высоким риском инфекционных осложнений. Выявлена корреляционная зависимость от возраста: риск возникновения инфекционных нежелательных явлений увеличивается на 1,4% с каждым годом. При сравнении целевых препаратов наибольший риск возникновения инфекционных нежелательных явлений отмечен у ритуксимаба, относительный риск (в сравнении с этанерцептом) составил 1,82 (ДИ: 1,26-2,64), наименьший риск возникновения инфекционных нежелательных явлений у цертолизумаба пэгола 0,75 (ДИ: 0,32-1,76) и тоцилизумаба 0,73 (ДИ: 0,48-1,09), однако, отличие их от этанерцепта были незначительны.

Заключение. Прием глюкокортикоидов, доза метотрексата, тщательное наблюдение за пациентами являются факторами, влияющими на развитие инфекционных осложнений у пациентов, принимающих целевые иммуносупрессоры.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АБАТАЦЕПТОМ (АБЦ) РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (РА)

**Комаров В.Т., Носанова М.Н., Космачев В.В.,
Фролова И.В., Хичина Н.С., Филатова М.А.**

Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко,
г. Пенза

Цель исследования. Проанализировать эффективность и безопасность применения АБЦ при РА.



Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 10 больных с РА (7 мужчин и 3 женщин, средний возраст 35,7 лет), получавших в стационаре АБЦ. Продолжительность болезни составила 6,3 года, у всех пациентов отмечалась высокая активность болезни (DAS28=6,5). У 4 пациентов диагностирована развернутая стадия болезни, у 6 – поздняя стадия РА, по данным рентгенологического обследования 11 стадия наблюдалась у 3 больных РА, 111 стадия – у 7 пациентов. При анализе клинической картины выявлено, что у 2 пациентов отмечались асептические некрозы головок бедренных костей, 2 пациента протезированы по поводу вторичного деформирующего остеоартрита коленных суставов, у одной – интерстициальный фиброз легких, одна пациентка страдала ИБС с произведенным стентированием коронарных артерий. 2 пациентов в течение года без эффекта получали лечение другими ГИБП: один – адалимумаб 40 мг подкожно один раз в 2 недели, другой – инфликсимаб 200 мг внутривенно капельно один раз в 2 месяца. Перед началом лечения больным проводились лабораторные исследования: С-реактивный белок (СРБ), ревматоидный фактор (РФ), антитела к цитрулинированным пептидам (АЦЦП), рентгенография кистей, стоп и костей таза, консультация фтизиатра, рентгенография органов грудной клетки, диаскинтест. Для оценки эффективности терапии определялись динамика индекса DAS28, число болезненных суставов (ЧБС), число припухших суставов (ЧПС), СОЭ крови, СРБ, РФ, АЦЦП, показатели визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) через 24 и 48 недель. Основным показанием для назначения АБЦ явились: высокая активность болезни по DAS28=6,5, высокие значения АЦЦП (560 ед/л) и недостаточная эффективность предшествующей терапии. До начала терапии АБЦ все пациенты получали ибупрофен 600 мг в сутки и базисную терапию метотрексатом 15 мг в неделю в сочетании с фолиевой кислотой. Всем пациентам назначался АБЦ по схеме в дозе 750 мг венно капельно один раз в месяц вместе с метотрексатом в 15 мг/неделю в течение 48 недель.

Результаты и обсуждение. Достоверное снижение индекса DAS-28 отмечено через 24 недели до 4,2, уровня АЦЦП до 263 ед/л, а через 48 недель показатели снизились DAS-28 с 6,5 до 3,6, АЦЦП с 560 до 96 ед/л, и к этому времени у 6 больных была достигнута низкая степень активности. Лечение АБЦ через 48 недель привело к уменьшению ЧБС с 12,6 до 5,8, ЧПС снизилось с 6,7 до 3,2, произошло уменьшение утренней скованности с 120 до 30 мин. Интенсивность болей при ходьбе по ВАШ на 48 неделе снизилась по оценке пациента в среднем с 76 до 42 мм, а по оценке врачом с 66 до 38 мм соответственно. В результате 48 недельного лечения АБЦ СОЭ крови снизилось с 56,2 до 26,7 мм/час, уровень СРБ с 57,3 до 25,6 мг/л, РФ уменьшился с 68 до 27 ед/л. Переносимость препарата была хорошей, побочных действий не отмечалось, при наблюдении физиатром латентной туберкулезной инфекции не было выявлено.

Выводы. Таким образом, использование АБЦ 750 мг венно капельно один раз в месяц вместе с метотрексатом в таблетках 15 мг/неделю свидетельствует о высокой эффективности комбинированной терапии у больных РА с высокой степени активности с высоким уровнем АЦЦП, не отвечающих на предшествующую стандартную базисную противовоспалительную терапию.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАЦЕРЕИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Комарова Е.Б.¹, Белкина Г.А.¹, Бешимова Р.К.², Кукушкина В.А.²

¹Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки,

²Луганская республиканская клиническая больница,
г. Луганск, Украина

Одной из часто встречающейся коморбидной патологией ревматоидного артрита (РА) является остеоартрит (ОА) крупных суставов, что обуславливает раннюю инвалидизацию таких пациентов и трудности в лечении. Диацереин (Д) ингибирует продукцию ИЛ1 и снижает содержание ММП в хряще человека при ОА. Внутриклеточно диацереин угнетает экспрессию NF-κB-зависимых генов, ответственных за продукцию цитокинов: ИЛ-1, фактора некроза опухоли α, оксида азота, которые участвуют и в патогенезе РА.

Цель исследования. Оценить эффективность диацереина при лечении остеоартрита коленного сустава у больных с ревматоидным артритом.

Материал и методы. В исследование были включены 34 пациента с ревматоидным артритом (26 женщины и 8 мужчин) в возрасте $47 \pm 9,8$ лет, длительностью заболевания более 5 лет, длительно получающих базисную терапию метотрексатом с болями в коленных суставах, обусловленными ОА I-II рентгенологической стадией по Kellgren. Больные были рандомизированы в 2 репрезентативные группы по полу, возрасту, длительности и активности РА. 1-я группа (16 чел) получала стандартную базисную терапию РА – метотрексат 10-20 мг/неделю, НПВС по необходимости (мелоксикам, немисулид). 2-я группа (18 чел) дополнительно принимала Д (диафлекс) 100 мг/сутки. Длительность исследования составила 7 мес (4 мес терапии и 3 мес наблюдения).

Оценивались: боль при ходьбе по ВАШ, динамика показателей индекса WOMAC (боль, скованность и функциональная недостаточность – ФН), состояние здоровья по EQ-5D, суточная потребность в приеме НПВП. Статистический анализ проведен с использованием общепринятых статистических методик.

Результаты и обсуждение. Данные исследования продемонстрировали статистически значимое уменьшение боли при ходьбе через 1 мес терапии во 2-ой группе по сравнению с 1-ой ($p < 0,001$). При оценке боли, скованности, ФН и суммарного индекса WOMAC достоверное снижение показателей также было отмечено через 1 мес во 2-ой группе ($p < 0,01$). Улучшение качества жизни по EQ-5D отмечалось во 2-ой группе через 1 мес – $0,52 \pm 0,11$, через 4 мес – $0,62 \pm 0,12$ и через 3 мес после окончания лечения – $0,61 \pm 0,13$; $p < 0,001$. После окончания периода лечения и 3-месячного наблюдения данные показатели практически не увеличивались, что демонстрирует наличие эффекта последствия препарата.

В начале терапии 92% больных принимали НПВП постоянно или по потребности. Через 1 мес лечения почти в 1,3 раза уменьшилась необходимость в приеме НПВП во 2-ой группе ($p < 0,01$). Через 4 мес терапии – в 2 раза снизилась потребность в НПВП во 2-ой группе ($p < 0,001$). Что снизило и частоту развития нежелательных побочных реакций от приема НПВП в исследуемой группе.



Выводы. Таким образом, результаты исследования продемонстрировали, что диациреин обладает достаточным противовоспалительным и симптоматическим эффектом, так как способствует уменьшению боли, скованности, потребности в НПВП, улучшает качество жизни и функцию суставов у исследуемых пациентов. Препарат обладает эффектом последействия как минимум в течение 3 мес после завершения лечения и может быть рекомендован для лечения вторичного остеоартроза у пациентов с ревматоидным артритом.

ОЖИРЕНИЕ И КАХЕКСИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Кондрагьева Л.В., Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Ожирение – хроническое мультифакторное гетерогенное заболевание, проявляющееся избыточным образованием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, как правило, имеющее высокий кардиометаболический риск, специфические осложнения и ассоциированные с ним сопутствующие заболевания. Это достаточно частое коморбидное заболевание при РА. В некоторых когортах РА доля пациентов с избыточной массой тела и ожирением достигает 63-68%, в то время как недостаток веса встречается гораздо реже, всего в 1-13% случаях (по собственным данным, у 51% больных РА отмечается избыточный вес или ожирение, у 9% – недостаток массы тела).

Использование классического антропометрического показателя для оценки веса, индекса массы тела, при РА не достаточно информативно. Во-первых, при РА происходит перераспределение жировой ткани, отмечают преимущественное ее накопление в области туловища (абдоминальное ожирение), причем у женщин - в подкожно-жировой клетчатке, а у мужчин – в брюшной полости и забрюшинном пространстве. Во-вторых, распространенность ожирения может быть недооценена из-за развития «ревматоидной кахексии» – состояния, при котором уменьшается «тощая» масса», тогда как масса жировой ткани остается стабильной или даже нарастает. Частота ревматоидной кахексии у больных РА колеблется от 1 до 53,9%. Для комплексной оценки состава тела применяют инструментальные методы. «Золотым стандартом» среди них остается рентгеновская абсорбциометрия (денситометрия). В последние годы все большую популярность приобретает также биоимпендансный анализ, поскольку не сопровождается лучевой нагрузкой и может быть выполнен многократно при динамическом наблюдении.

Жировая ткань является «депо» иммунных клеток и местом синтеза большого количества про- и противовоспалительных цитокинов, поэтому ожирение может влиять на течение РА. Показано, что ожирение при РА ассоциируется с более высокой активностью заболевания, снижением эффективности терапии и уменьшением частоты достижения ремиссии. В то же время при РА наблюдается отрицательная корреляция между ИМТ пациентов и рентгенологическим прогрессированием заболевания. Низкий ИМТ (ниже 20 кг/м²) и быстрое его снижение у больных РА может быть опасным из-за увеличения риска смерти. Вероятно, особенно опасно голодать в то время, когда сохраняется высо-



кая активность заболевания, так как в этот период снижение поступления белка и источников энергии с пищей усугубляет катаболические процессы, связанные с воспалением.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБЕРТЫВАНИЙ THALASSO BRETAGNE ПРИ КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Коноплянкин И.В.¹, Карпова Т.Н.¹, Хозяинова С.С.^{1,2}

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

²Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Избыточный вес (ожирение) является одной из главных проблем нашего современного общества. Пациенты с остеоартрозом особенно нуждаются в корректировке лишнего веса, т.к. зачастую он может способствовать прогрессированию заболевания. Актуальным является поиск новых эффективных методов, позволяющих пациентам, не способным заниматься спортом и контролировать свое питание, добиваться результатов в борьбе с лишним весом. В связи с этим, одним из актуальных методов являются водорослевые обертывания Thalasso Bretagne в целях коррекции избыточного веса.

Цель исследования. Выяснить эффективность обертываний Thalasso Bretagne в борьбе с лишним весом и сопутствующими косметическими дефектами.

Материалы и методы. Процедуры обертываний страдающим избыточным весом пациентам, согласно протоколам процедур, проводились в четыре этапа. Испытуемая группа (52 человек: 32 женщины и 20 мужчин) проходила курс процедур обертывания. Каждому пациенту в течение месяца выполнялись процедуры три раза в неделю, курс составил от 9 до 12 процедур. Выполнялись еженедельные антропометрические измерения и велась документация динамики улучшения состояния здоровья и уменьшения процентного содержания жира (определение индекса массы тела). Контрольную группу составили 19 человек, которые получали комплекс ЛФК и диеты. Обработка полученных результатов производилась в системе MS Excel 2007 с использованием пакета statistica 6,0.

В состав препаратов Thalasso Bretagne (ТВ) входят морские водоросли и эфирные масла, которые проникают в глубокие слои кожи и выводят избыточную жидкость, токсины.

Всем пациентам выполнялись обертывания по технологии:

- 1 этап – выполнение пилинга всего тела кристаллами морской соли;
- 2 этап – нанесение катализатора на все тело;
- 3 этап – нанесение разведенной теплой водой массы водорослей на все тело пациента, затем проводится обертывание пленкой. Пациент накрывается термоодеялом на 40 мин при температуре 35,5°C (20 мин с включенным и 20 с выключенным одеялом);
- 4 этап – с тела пациента удаляются все материалы обертывания в душевой кабине, а затем наносится увлажняющий крем.

Результаты и обсуждения. В результате проведенных исследований было выявлено: средняя потеря избыточной массы тела среди мужчин составила 5-6 кг, что



составляет 5-6%, а средняя потеря избыточной массы тела среди женщин составила 4,2-5 кг, что составляет от 4,2 до 5% потери от общей массы тела. В контрольной группе потеря веса составила от 4,5 до 5,3% (4,5 кг).

Вывод. данная технология коррекции избыточного веса эффективна и обеспечивает его снижение у пациентов с остеоартрозом, получавших процедуры водорослевых обертываний в алгоритме привычного образа жизни без выполнения физических упражнений и диет.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ВТОРИЧНОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ВАСКУЛИТЕ В РАМКАХ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Коценко Ю.И.¹, Коценко В.П.², Полторац А.П.³

¹Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,

²Центральная городская больница г. Харцызска,

³АЦГМБ,

г. Донецк, Украина

Цель. Определить клинико-неврологические особенности церебральных ишемических инсультов (ЦИИ) у пациентов со вторичным церебральным васкулитом (ЦВ) при наличии заболеваний соединительной ткани.

Материалы и методы. С 2015-2019 годы проконсультировано 217 больных (средний возраст 51,6±4,2) с ЦИИ. Согласно утвержденным протоколам все пациенты обследованы неврологическими (с использованием модифицированной шкалы инвалидизации Ренкина (mRS), шкалы инсульта национальных институтов здоровья (NIHSS)) и лабораторно-инструментальными исследованиями (МРТ головного мозга, ультразвуковая доплерография церебральных артерий (ЦА)). Критериями исключения были тяжелая соматическая патология, эпилепсия, травмы, первичные цефалгии, наличие атеросклеротических бляшек (АСБ) в ЦА, васкулиты инфекционной этиологии и отказ больного. С учетом критериев исключения, дополнительных результатов обследования основную группу (ОГ) исследования сформировали 57 пациентов в возрасте 33-52 лет (средний возраст 48,1±3,9) (мужчин – 22, женщин – 35) с ЦВ при наличии диагностированных заболеваний соединительной ткани. Контрольная группа №1 (КГ1) состояла из 62 больных с ЦИИ при сахарном диабете 2 типа (СД2) и КГ2 – из 65 пациентов с церебральным атеросклерозом (ЦА) (АСБ не более 40%). Группы были сопоставимы по возрасту, полу и пораженному артериальному бассейну при ЦИИ (средняя мозговая артерия, вертебро-базиллярная система).

Результаты и обсуждение. При оценивании неврологического статуса выявлено, что при ЦИИ и ЦВ преобладали афатические (моторная и амнестическая афазии) (82,5±5,04%), когнитивные (84,2±4,8%) и визуальные (гомимная и квадрантная гемианопсии) нарушения (63,2±6,4%), реже контралатеральный гемипарез (45,6±6,6%), чувствительные (29,8±6,1%) и координаторные расстройства (40,4±6,5%). У больных с ЦИИ и СД2



чаще были выявлены гемисенситивные поражения ($93,5 \pm 3,1\%$), гемипарез ($92,2 \pm 2,7\%$), координаторные ($69,4 \pm 5,9\%$) и когнитивные ($58,1 \pm 6,3\%$) нарушения, реже моторная афазия ($29 \pm 5,8\%$) и квадрантная гемианопсия ($17,7 \pm 4,9\%$). У пациентов КГ2 с ЦА преобладали координаторные ($87,7 \pm 4,1\%$) и когнитивные ($67,7 \pm 5,8\%$) нарушения, моторная афазия ($80 \pm 5\%$), в меньшей степени контралатеральный гемипарез ($47,7 \pm 6,2\%$), сенситивные ($30,8 \pm 5,7\%$) и визуальные ($23,1 \pm 5,2\%$) дисфункции. Среднее значение тяжести неврологической симптоматики по NIHSS в группе пациентов с ЦИИ при ЦВ составило $19,4 \pm 0,51$ баллов, при СД2 – $13,1 \pm 0,32$ и при ЦА – $8,9 \pm 0,51$ баллов. Отмечены различия ($p < 0,05$, критерий хи-квадрат) тяжести неврологического дефицита ЦИИ при ЦВ по сравнению с группами больных с ЦИИ при СД2 и ЦА. При анализе по mRS у больных с ЦВ чаще была выявлена умеренная степень инвалидизации при ЦИИ у $77,2 \pm 5,6\%$, где средний балл составил $2,9 \pm 0,48$, при СД2 преобладала умеренная степень у $82,3 \pm 4,9\%$ (средний балл – $2,4 \pm 0,55$), при ЦА – легкая степень у $73,8 \pm 5,5\%$ (средний балл $1,5 \pm 0,33$). В ходе изучения результатов по mRS определены различия среднего показателя инвалидизации ЦИИ между группами больных ЦВ и СД2 ($p = 0,04$, критерий хи-квадрат), ЦВ и ЦА ($p < 0,001$, критерий хи-квадрат).

Выводы. У пациентов с ЦВ при наличии системного заболевания имела место полиморфная клиничко-неврологическая картина ЦИИ, где чаще встречались афатические, когнитивные и визуальные нарушения. В ОГ больных при ЦВ выявлено преобладание выраженной степени тяжести неврологического дефицита ЦИИ по NIHSS и умеренная степень инвалидизации по mRS по сравнению с контрольными группами.

НЕДОСТАТКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАТСКОГО ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кричевская О.А., Гандалоева З.М., Глухова С.И., Дёмина А.Б., Дубинина Т.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Оценить надежность индекса BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, Батский индекс активности анкилозирующего спондилита (АС) в период гестации.

Материалы и методы. В основную группу включено 36 беременных с диагнозом АС (модифицированные Нью-Йоркские критерии, 1984 г.). Средний возраст – $31,6 \pm 4,8$ г., средний возраст на момент начала АС – $21,8 \pm 10,9$, продолжительность болезни – $134,9 \pm 89,3$ мес. В контрольную группу вошли 30 здоровых беременных с отсутствием боли в спине и артритов в анамнезе, средний возраст – $28,2 \pm 4,5$ лет; во время беременности 10 (33,3%) из них испытывали боль в спине. Визиты проводились на 10-11, 20-21 и 31-32 неделях беременности.

Результаты. Значения BASDAI у пациенток с АС по триместрам беременности были $2,8 \pm 1,7$; $3,2 \pm 1,9$; $3,3 \pm 2,1$. На всем протяжении беременности уровень BASDAI в контрольной группе был ниже, чем у пациенток с АС ($p < 0,01$). Однако при сравнении



значений BASDAI больных АС и здоровых женщин, имевших боль в спине в течение беременности (по триместрам – $1,9 \pm 0,9$; $2,1 \pm 1,1$ и $2,1 \pm 0,8$), различия выявлены не были. При сравнении отдельных компонентов BASDAI все показатели, за исключением уровня утомляемости и боли в спине, у больных АС были выше. Уровень утомляемости в I и II триместрах не различался между беременными с АС (5 [3; 7] и 5 [3; 6]) и здоровыми женщинами (5 [3; 8] и 5 [4; 6]), тогда как в III триместре утомляемость у здоровых беременных (6 [4; 8]) была выше, чем у больных АС (5 [3; 6], $p=0,01$). На протяжении всей беременности интенсивность боли в спине у больных АС (по триместрам – 3 [2; 4]; 4 [3; 5]; 3 [2; 6]) и здоровых беременных с болью в спине (2,5 [1; 4]; 3 [2; 7]; 4 [2; 6]) не различалась ($p < 0,05$). В группе беременных с АС была выявлена высокая ($r_s \geq 0,7$) корреляция всех компонентов BASDAI с самим индексом в каждом триместре беременности, за исключением боли в суставах в I и III триместрах ($r_s = 0,5-0,6$). В контрольной группе имела место высокая корреляция ($r_s > 0,7$) выраженности утомляемости с индексом BASDAI в I и II триместрах беременности и средняя корреляция ($r_s > 0,53$) в III триместре; средняя корреляция ($r_s > 0,5-0,69$) между болью в спине и BASDAI на всем протяжении беременности; корреляции других компонентов BASDAI с самим индексом были низкие.

Боль в спине воспалительного ритма является одним из основных клинических проявлений АС, и ее выраженность в большой степени определяет активность заболевания. При этом, у беременных с АС могут иметь место как боль, так и утомляемость, обусловленные нормально протекающей беременностью. Целесообразность использования немодифицированного индекса BASDAI в период гестации, учитывая, что утомляемость и боль в спине вносят весомый вклад в его оценку, остается дискуссионной.

Выводы. Учитывая наличие высокой и средней корреляции между выраженностью боли в спине, утомляемости и индексом BASDAI во всех триместрах гестации как у больных АС, так и беременных контрольной группы, можно констатировать, что данные компоненты BASDAI (и возможно, сам индекс) отражают не только активность АС, но и изменения, связанные с физиологически протекающей беременностью, что свидетельствует о недостаточной надежности индекса BASDAI в период гестации. Индекс BASDAI требует адаптации для использования его во время беременности.

ПРЕДИКТОРЫ АКТИВНОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

**Кричевская О.А., Гандалоева З.М., Глухова С.И.,
Дёмина А.Б., Дубинина Т.В.**

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Оценить предикторы активности анкилозирующего спондилита (АС) во время беременности.

Материал и методы. Для проспективного наблюдения включено 36 беременных, соответствующих модифицированным Нью-Йоркским критериям АС, 1984 г. Прослежено 36 беременностей. Средний возраст пациенток – $31,6 \pm 4,8$ лет, возраст на момент на-



чала заболевания – $21,8 \pm 10,9$ лет, продолжительность болезни – $134,9 \pm 89,3$ мес. Индекс BASDAI за 1 – 3 месяца до зачатия, в I, II и III триместрах составлял в среднем $2,3 \pm 1,9$; $2,8 \pm 1,7$; $3,2 \pm 1,9$ и $3,3 \pm 2,1$, соответственно. Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) за 1 – 3 месяца до беременности получали 11 (30,6%) больных, в месяц зачатия – 8 (22,2%), в I, II и III триместры беременности – 4 (11,1%), 4 (11,1%) и 1 (2,9%) женщин, соответственно. Нестероидные противовоспалительные препараты в I, II и III (до 32 недели) триместрах принимали 11 (30,6%), 23 (65,7%) и 16 (47,1%) женщин, соответственно. Планировали наблюдаемую беременность 25 (69,4%) женщин. Большая часть пациенток ($n = 28$, 77,8%) была включена в исследование в I триместре гестации, 7 – во II, 1 – в III триместре. Визиты проводились на 10-11, 20-21 и 31-32 неделях беременности.

Результаты. В I триместре с уровнем активности по BASDAI имелись следующие значимые коэффициенты корреляции: уровень BASDAI ($r_s = 0,75$) и боли в спине ($r_s = 0,69$) за 1-3 месяцев до зачатия, стаж курения ($r_s = 0,40$), планирование беременности с ревматологом ($r_s = -0,34$), $p < 0,05$ во всех случаях. Во II триместре можно говорить о влиянии на активность уровня BASDAI в I триместре ($r_s = 0,34$) и факта планирования беременности ($r_s = -0,67$). В III триместре на активность по BASDAI влияли раннее начало наблюдения у ревматолога ($r_s = -0,33$), планирование беременности ($r_s = -0,54$), занятия лечебной физкультурой в III триместре ($r_s = -0,36$).

Факторами риска высокой активности АС (BASDAI > 4) являлись высокая активность АС за 1-3 месяца до зачатия (отношение шансов (ОШ) в I и II триместрах – 24 и 6, соответственно; ДИ 95%; $p < 0,01$), отсутствие планирования беременности (ОШ по триместрам – 9,1; 31,5 и 16, соответственно; ДИ 95%, $p < 0,01$), отмена ГИБП накануне беременности и в первом триместре (ОШ во II и III триместрах – 24,8 и 21,3, соответственно; ДИ 95%, $p < 0,01$). Кроме этого, факторами риска высокой активности АС в III триместре были BASDAI > 4 в первом (ОШ – 7,4; ДИ 95%, $p < 0,05$) и втором триместрах (ОШ – 9,6; ДИ 95%, $p < 0,05$).

Выводы. Отсутствие планирования беременности, значение индекса BASDAI на момент зачатия и в I триместре беременности, отмена ГИБП за 1-3 месяца до зачатия и в I триместре являются предикторами активности АС на всем протяжении гестации.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЧЕТАНИЯ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ И ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ КОСТНОЙ ДЕСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Кудрявцева А.В.¹, Лукина Г.В.^{1,2}, Глухова С.И.¹,
Аронова Е.С.¹, Гриднева Г.И.¹, Смирнов А.В.¹**

¹Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

²Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова,
Москва

Цель. Оценить роль сопутствующей терапии глюкокортикоидами (ГК) в достижении клинического и антидеструктивного эффектов РТМ в условиях реальной клинической практики.



Материалы и методы. Клиническая и рентгенологическая оценка 110 пациентов с РА (средний возраст $51,4 \pm 13,06$, средняя продолжительность болезни $9,5 \pm 8,6$ лет, средний DAS28 $6,2 \pm 1$, РФ-позитивные-82%, АЦЦП-позитивных 92%), получавших терапию РТ (1000мг х 2р или 500 мг х 2р) в виде монотерапии (1 группа), а также в сочетании с ГК. Группы пациентов, разделенных по наличию или отсутствию сопутствующей терапии ГК, были сопоставимы по основным характеристикам, кроме активности заболевания: в группе с ГК имела более высокая степень активности заболевания РА по DAS28 – $6,32 \pm 1,01$ по сравнению с группой без ГК (DAS28- $5,85 \pm 0,81$). Клинический эффект оценивался по критериям EULAR, рентгенологическое прогрессирование по методу Шарпа в модификации Ван-дер-Хейде.

Результаты. При оценке через 48 недель после лечения различными дозами РТМ ремиссии достигли 13,15%, низкая степень активности отмечена у 9,21% пациентов, умеренная – 40,7%, высокая сохранялась у 36,84% пациентов. При рентгенологической оценке отсутствие прогрессирования по суммарному баллу отмечено у 60,9%, по счету эрозий – 75,6%, по счету сужения суставной щели – 67,07% пациентов. При оценке клинического эффекта в группе, получавших ГК – ремиссия и низкая степень активности отмечена у 19,67% пациентов, в группе без ГК – 21,05%. Оценивая рентгенологическую динамику через 48 недель в зависимости от наличия сопутствующей терапии ГК, было показано, что в группе не получавших ГК – торможение по суммарному баллу произошло у 54,55%, по счету эрозий – у 77,27%, по степени сужения СЩ – у 68,18% пациентов. В группе, получавших сопутствующую терапию ГК, торможение по суммарному баллу отмечалось у 61,54%, по счету эрозий у 75,0%, по степени сужения СЩ – 63,46% пациентов.

Заключение. Можно заключить, что выраженных различий комбинации РТ с или без дополнительной терапии ГК относительно рентгенологического прогрессирования по суммарному баллу, счету эрозий и сужению суставной щели в настоящем исследовании не получено.

УРОВЕНЬ В-КЛЕТОЧНОЙ ДЕПЛЕЦИИ В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОГО И АНТИДЕСТРУКТИВНОГО ЭФФЕКТОВ РИТУКСИМАБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Кудрявцева А.В.¹, Лукина Г.В.^{1,2}, Глухова С.И.¹,
Аронова Е.С.¹, Гриднева Г.И.¹, Смирнов А.В.¹**

¹Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

²Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова,
Москва

Цель. Целью нашего исследования было оценить корреляцию между степенью истощения В-клеток и развитием клинических и антидеструктивных эффектов терапии ритуксимабом (РТМ) у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. В исследование были включены 108 пациентов с ревматоидным артритом, большинство из них – женщины среднего возраста с высокой



активностью заболевания (средний DAS28 $6,1 \pm 1,04$, РФ-позитивные 77%, АЦЦП-позитивные 83%), получавшие РТМ (1000 мгх2 или 500 мгх2). Клинический эффект оценивали по критериям EULAR, рентгенографическую прогрессию оценивали с использованием модифицированного метода оценки по Шарпу/Ван дер Хейде. Уровень В-клеток измеряли с помощью проточной цитометрии.

Результаты и обсуждение. У пациентов, получивших лечение различными дозами РТМ (500х2 или 1000х2), через 48 недель отмечен хороший эффект: клиническое улучшение было достигнуто у 65% пациентов, хороший и умеренный ответ по критериям EULAR у 23% и 42% пациентов соответственно. Примечательно, что после 12 месяцев лечения RTX рентгенологическое прогрессирование отсутствовало у 50% больных с высокой активностью заболевания. Не было значительного различия в степени снижения В-клеток при оценке антидеструктивного эффекта. Однако при оценке клинического эффекта было отмечено, что истощение В-клеток у пациентов с РА в состоянии ремиссии (в среднем 0,05% В-клеток) было более выраженным, чем у пациентов с признаками активности болезни (2,03% В-клеток).

Выводы. Терапия ритуксимабом замедляет костную деструкцию независимо от его терапевтического эффекта. Рентгенологическое прогрессирование не показало зависимости от степени деплеции В-клеток. Наиболее выраженное истощение В-клеток наблюдалось у пациентов с РА в состоянии ремиссии.

КАК НЕ ПРОПУСТИТЬ СИСТЕМНУЮ КРАСНУЮ ВОЛЧАНКУ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**Купреева А.Д.¹, Кучинская Е.М.², Сорокина Л.С.³, Дубко М.Ф.¹,
Мазинг А.В.⁴, Ткаченко О.А.⁴, Лапин С.В.⁴, Костик М.М.¹**

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,

²Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова,

³Детская клиническая больница,

⁴Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Системная красная волчанка (СКВ) – является аутоиммунным заболеванием с мультисистемным поражением. В некоторых случаях СКВ может напоминать ювенильный идиопатический артрит (ЮИА), что приводит к ошибочному диагнозу. Оба заболевания имеют общие черты, такие как артрит и серопозитивность по антинуклеарному фактору (АНФ).

Цель исследования. Провести сравнительный анализ пациентов с СКВ и ЮИА, разработать дифференцирующие критерии обоих состояний.



Материалы и методы. В ретроспективном исследовании были отобраны дети позитивные по АНФ ($\geq 1/160$) из лабораторных отчетов ($n=281$). Мы выбрали пациентов, отвечающих критериям СКВ ($n=55$) в возрасте 4-18 лет, и отобрали РФ-отрицательных АНФ – положительных пациентов с полиартикулярным ЮИА ($n=52$) того же возраста. Мы исключаем пациентов с другими причинами АНФ – позитивности. Проводилось сравнение клинико-лабораторных характеристик с использованием методов описательной статистики, критерия Манн-Уитни, хи²-теста, ROC-анализа, расчета отношения шансов (ОШ), анализа чувствительности (Se) и специфичности (Sp), однофакторного и многофакторного регрессионного анализа.

Результаты. При определении пороговых значений непрерывных переменных и при определении их отношения шансов выявлены различия, ассоциированные с течением СКВ: возраст дебюта более 9,5 лет (OR=9,0 (95% ДИ: 3,6; 22,6), Se=89,3, Sp=63,3, $p=0,000001$), АНФ более 1280 (OR=4,2 (95% CI: 1,5; 11,7), Se=48,2, Sp=81,8, $p=0,005$); склонность к тромбоцитопении $\leq 267 \times 10^9/\text{л}$ (OR=7,3 (95% ДИ: 2,6; 20,4), Se=89,3, Sp=46,8, $p=0,00004$), число активных суставов < 7 (OR=3,7 (95% ДИ: 1,6; 8,5), Se=61,8, Sp=69,6, $p=0,002$). В однофакторном, многофакторном регрессионном анализе только возраст дебюта более 9,5 лет ($p=0,00002$) и ЧАС < 7 ($p=0,009$) являлись независимыми факторами, позволяющие отличить СКВ и ЮИА. Возраст дебюта более 9,5 лет (OR=9,1 [95% ДИ: 2,8; 29,8], $p=0,0002$) и ЧАС менее 7 (OR=5,4 [95% ДИ: 1,4; 20,1], $p=0,012$) значительно увеличивали вероятность СКВ в ЮИА-подобной группе при проведении логистической регрессии. Одновременное наличие факторов, выявленных при одно- и многофакторном анализе, позволяют отличить СКВ от ЮИА в нашем исследовании с данной чувствительностью и специфичностью (Se=75,0, Sp=87,5, ОШ=18,0 (95% ДИ: 6,6; 49,1)).

Заключение. У пациентов с суставным поражением старше 9 лет, с ЧАС < 7 , позитивных по АНФ СКВ должна быть включена в круг дифференциальной диагностики с обязательным определением всех специфичных для СКВ иммунологических тестов.

РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р., Собирова Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Заболевания суставов у детей на сегодняшний день остается актуальной проблемой для педиатров и ревматологов.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости реактивных артритов у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 32 пациента дошкольного возраста которые находились на стационарном лечении в клинике ТашПМИ в кардиоревматологическом отделении за период 2017-2019 гг. с диагнозом Реактивный артрит (РеА). У всех детей определялись показатели лейкоцитов, СОЭ, уровень сиаловых кислот, серомукоидов, СРБ.



Результаты и обсуждения. При углубленном анализе изучения анамнеза было выявлено, что важную роль у 1/3 пациентов играло семейная отягощенность по ревматическим заболеваниям, преморбидный фон больных характеризовался рядом неблагоприятных факторов: отягощенным акушерским анамнезом (примерно у 1/4 пациентов), частыми острыми респираторными заболеваниями и повторными ангинами (65,4% и 53,8% соответственно), наличием хронического тонзиллита и кариеса (64,8% и 46,2% соответственно). Следует отметить, что у абсолютного большинства больных РеА развивался через 1-4 недели после перенесенной кишечной и/или острой назофарингеальной инфекции. Особенностью условий возникновения РеА стали также частые случаи травм пораженных суставов у 23,1% детей и предшествующая вакцинация у 9,4% пациентов. Больных с РеА у подавляющего большинства заболевание носило острый характер (от 2 недель до 3 месяцев – 68,8%, $p < 0,01$) а рецидивирующее течение наблюдалось у 31,2% обследованных детей. В зависимости от триггерного фактора было выделено три основных варианта реактивных артритов у обследуемых пациентов дошкольного возраста: постреспираторные (вызванные *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*), которые встречались у 64,2%, артриты после носоглоточных инфекций, после кишечной инфекции – 22,1% и урогенитальные – у 13,7%. Ведущим клиническим проявлением данной патологии был суставной синдром с преимущественно в дошкольном возрасте наблюдалось моноартикулярные (67,5%) и олигоартикулярные (32,5%) поражением суставов.

Выводы. В структуре реактивных артритов у детей дошкольного возраста (68±3, %) случаев встречается острое течение заболевания, после перенесенных респираторных инфекции что достоверно ($p < 0,001$) чаще, чем рецидивирующее. При рецидивирующем течении частота встречаемости РеА после кишечных инфекции.

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ПАЦИЕНТКИ С АНЦА- СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лаврищева Ю.В.¹, Яковенко А.А.²

¹Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова,

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Частым и одним из самых грозных осложнений Гранулематоз с полиангиитом (ГПА) является поражение почек, которое в большом количестве случаев приводит к полной потере функции органа и переходом на заместительную почечную терапию. С учетом редкой встречаемости данного заболевания в клинической работе практикующих врачей, и их низкой осведомленностью об этой патологии, часто возникают проблемы с диагностикой и лечением пациентов с ГПА.

Материалы и методы. Больная, 63 лет. С сентября 2019 года впервые появилась боль и припухание мелких суставов кистей, коленных суставов, отеки голеней и стоп, нарастание общей слабости, полинейропатия нижних конечностей. На амбу-



латорном этапе выявлена анемия, гемоглобин – 110 г/л, азотемия – креатинин 160 мкмоль/л, мочевины – 9 ммоль/л, протеинурия до 0,5 г/л, эритроцитурия. 17.12.2019 года в связи с резким ухудшением самочувствия пациентка экстренно госпитализирована в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова».

При лабораторном обследовании в анализах крови от 18.12.2019 креатинин – 803 мкмоль/л, мочевины – 37,10 ммоль/л; СРБ – 93,91 мг/л, СОЭ – 76 мм/час, гемоглобин – 66,2 г/л, эритроциты – 2,38 10^{12} /л. Общий анализ мочи: протеинурия – 3 г/л, эритроцитурия – сплошь все поля зрения. Суточная потеря белка: 2,07 г/сутки. Иммунология: титр АТ к протеиназе-3 более 200 Ед/мл, АНФ методом нРИФ на Her2 клетках 1:100 гранулярный тип свечения, РФ – 475,50 мЕ/мл. МСКТ органов грудной клетки: изменения типу «матового стекла», Поражение ЛОР органов в ходе обследования не выявлено.

20.12.2020 года выполнена нефробиопсия почки: диффузная мембранозная нефропатия с цАНЦА – ассоциированным поражением. На основании клинической картины и проведенных исследований с учетом международных критериев ГПА ACR/EULAR 2017 достоверно установлен диагноз: гранулематоз с полиангиитом, АНЦА (анти-PR3) позитивный, с поражением почек (быстро прогрессирующий гломерулонефрит), легких (по типу «матового стекла», периферической нервной системы (полинейропатия н/конечностей) (по классификации ACR/EULAR 10 баллов), по классификации BVAS 35 баллов. Начат курс терапии циклофосфан+ГКС. С учетом прогрессирующего нарастания уровня азотемии с 25.12.2019 года принято решение о начале заместительной почечной терапии (гемодиализ). В динамике снижение острофазовой активности, уровня антител к цАНЦА до 91,8, регресс эритроцитурии, протеинурии.

Результаты. У данной пациентки течение болезни было стертым, не имело классического течения, что не дало возможности врачам своевременно выставить диагноз ГПА и начать лечение. Отсутствие эффективности от проводимой терапии свидетельствовало о тяжелом течении заболевания и неблагоприятном прогнозе в отношении функции почек. В дальнейшем пациентка продолжила получать сеансы гемодиализа, патогенетическая терапия продолжена.

Выводы. Ранняя диагностика заболевания и быстрое начало лечения, направленное на предупреждение необратимых изменений органов, имеют важное значение. Запоздалое начало патогенетической терапии способствует более тяжелому течению заболевания с высокой клинической активностью, последующему рецидиву заболевания, а также потери функции органа.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ 20-ЛЕТНЕГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Левашова О.А., Левашов С.Ю.

Южно-Уральский государственный медицинский университет,
г. Челябинск

Цель. Изучить динамику распространенности и структуры ревматических заболеваний (РЗ) у детей г. Челябинска за 2000-2019 гг.



Материал и методы. Анализ динамики распространенности и структуры РЗ проведен на основе мониторинга данных Реестра РЗ у детей в возрасте от рождения до 18 лет.

Результаты и обсуждение. Установлено, что за 20 лет наблюдения отмечается снижение количества детей с РЗ в структуре всей кардиоревматологической диспансерной группы, составляя 426 чел. (10.4%) в 2000 г., 488 чел. (10.6%) в 2005 г., 444 чел. (9.1%) в 2010 г., 446 чел. (10.2%) в 2015 г. и 225 чел. (7.9%) в 2019 г. Анализ распространенности и первичной заболеваемости РЗ показал волнообразный характер их динамики, со склонностью к снижению, особенно за последние три года. Так показатель распространенности РЗ на 1000 детского населения составил 2.02 в 2000 г., 2.78 в 2005 г., 2.75 в 2010 г., 2.60 в 2015 г., 2.55 в 2016 г., 2.45 в 2017 г., 1.82 в 2018 г. и 1.12 в 2019 г. Выявлены значительные колебания показателя первичной заболеваемости: 0.52 в 2000 г., 0.56 в 2005 г., 0.77 в 2010 г., 0.51 в 2015 г., 0.36 в 2016 г., 0.40 в 2017 г., 0.37 в 2018 г. и 0.22 в 2019 г. на 1000 детей. С одной стороны, это возможно связано с расширением диагностических возможностей ревматической патологии, а с другой – истинным снижением ее в детской популяции.

При оценке структуры РЗ по нозологиям установлено, что лидирующие позиции стабильно занимает ювенильный артрит (ЮА), который характеризуется увеличением охвата (%) диспансерным наблюдением, снижением показателей распространенности и первичной заболеваемости на 1000 детского населения: количество детей с ЮА от всей ревматологической диспансерной группы составило 103 чел. (24%) в 2000 г., 148 чел. (30%) в 2005 г., 194 чел. (43%) в 2010 г., 196 чел. (44%) в 2015 г. и 143 чел. (64%) в 2019 г.; распространенность ЮА - 0.32 в 2000 г., 0.79 в 2005 г., 1.07 в 2010 г., 1.06 в 2015 г. и 0.68 в 2019 г.; первичная заболеваемость ЮА – 0.05 в 2000 г., 0.15 в 2005 г., 0.27 в 2010 г., 0.18 в 2015 г. и 0.12 в 2019 г.

Второе место принадлежит реактивным артритам (РеА). За 20 лет наблюдения количество детей с РеА в детской популяции уменьшилось в 5 раз (241 случай в 2000 г. и 47 – 2019 г.). Показатели распространенности РеА: 1.25 в 2000 г., 1.43 в 2005 г., 1.31 в 2010 г., 1.15 в 2015 г. и 0.27 в 2019 г. на 1000 детей. При этом, первичная заболеваемость РеА в 2019 г. была равна 0.07 на 1000 детского населения, что существенно ниже показателя 2000 г. (0.36) и которая может быть связана с увеличением ранней диагностики РеА, с более благоприятным течением заболевания и внедрением современных методов лечения.

На третьем месте находятся системные болезни соединительной ткани (СБСТ). Динамика распространенности СБСТ носит волнообразный характер: 0.35 в 2000 г., 0.46 в 2005 г., 0.35 в 2010 г., 0.39 в 2015 г. и 0.17 в 2019 г. на 1000 детей. При этом первичная заболеваемость СБСТ снижается, составляя: 0.10 в 2000 г., 0.08 в 2005 г., 0.07 в 2010 г., 0.06 в 2015 г. и 0.03 в 2019 г. на 1000 детей. Однако СБСТ, по-прежнему, вызывают тревогу в связи с их прогрессирующим течением. Что касается острой ревматической лихорадки, то новых случаев за последние три года наблюдения среди детской популяции г. Челябинска не было зарегистрировано.

Выводы. 20-летний мониторинг РЗ у детей демонстрирует снижение как общего числа детей, так и показателей распространенности и первичной заболеваемости,



имеющих в большинстве случаев волнообразный характер. В структуре РЗ ювенильные и реактивные артриты стабильно занимают главные позиции. Результаты мониторинга могут быть использованы для совершенствования мероприятий, направленных на раннюю диагностику и оказание лечебно-профилактической, в том числе высокотехнологичной, помощи детям с ревматическим заболеваниями.

КОМОРБИДНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Литвинова М.А., Муравьева Н.В., Белов Б.С.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Проанализировать частоту и структуру коморбидных инфекций (КИ), вакцинальный статус у стационарного контингента больных ревматоидным артритом (РА), госпитализированных в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, в ходе одномоментного ретроспективного исследования.

Материал и методы. В исследование включены 60 больных РА: 52 женщины, 8 мужчин. Возраст пациентов 52.0 ± 13.9 лет, длительность заболевания 10.5 ± 9.9 лет. У большинства больных (96.7%) активность РА была умеренной или высокой. 76.7% пациентов получали глюкокортикоиды (длительность приема 52.5 ± 76.1 месяцев, средняя кумулятивная доза 18.6 г в пересчете на преднизолон), 95% – метотрексат (средняя доза 18 мг в неделю, длительность приема 48.0 ± 52.6 месяцев), 45% – лефлуномид (длительность приема 18.0 ± 29.0 месяцев), 35% – генно-инженерные биологические препараты (этанерцепт – 8, ритуксимаб – 7, сарилумаб – 3, инфликсимаб – 2, абатацепт – 2, секукинумаб – 1, адалимумаб – 1, цертолизумаб пэгол – 1), по 26.7% – сульфасалазин и гидроксихлорохин. Больные были опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты.

Результаты. 46.7% больных сообщили об увеличении частоты КИ после дебюта РА. Впервые диагностированы 98 случаев КИ: инфекции мочевыделительной системы – 22, герпес-вирусные инфекции – 20 (в т.ч. 10 – опоясывающий герпес), пневмония – 17, тонзиллит – 11, острый бронхит – 8, отит – 7, кандидоз кожи и слизистых – 5, синусит – 4, инфекции подкожно-жировой клетчатки – 4. У 58.3% пациентов отмечено более тяжелое течение ранее наблюдавшихся КИ. Временная отмена антиревматической терапии в связи с КИ имела место у 55% больных. У 13 пациентов из-за нарастания частоты КИ была изменена схема лечения. Обострение РА после перенесенной КИ отмечено у 65% больных. 11 пациентам в связи с КИ (пневмония – 8 случаев, острый бронхит – 2, пиелонефрит – 2, гайморит – 1, отит – 1) потребовалась госпитализация и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Изучение вакцинального статуса у анкетированных больных показало, что лишь 11 из них были привиты, в т.ч. против гриппа – 11, против пневмококковой инфекции – 3.



Выводы. Проблема КИ при РА по-прежнему сохраняет свою актуальность. Охват вакцинацией пациентов с РА остается неудовлетворительным. Необходимы дальнейшие исследования на больших выборках больных с целью изучения распространенности КИ в зависимости от проводимой терапии (в первую очередь, генно-инженерными биологическими препаратами), в т.ч. у вакцинированных пациентов.

АРТРИТ КАК МАСКА ДЕПРЕССИИ УТРАТЫ

Лукашкова В.В.^{1,2}, Решетова Т.В.^{1,2}

¹Ленинградская областная клиническая больница,

²Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Описание клинического случая депрессивного расстройства под маской ревматического поражения суставов.

Материалы и методы. Пациент Д., 56 лет 04.10.2019 поступил на терапевтическое отделение №2 ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» в связи с жалобами на преходящие блуждающие боли ноющего характера в обоих коленных и тазобедренных суставах, усиливающимися во время бессонницы, особенно под утро, общую слабость, потерю веса (3 кг за 2 месяца). Показатели лабораторных исследований (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, липидограмма, общий анализ мочи) оказались в пределах референсных значений. Рентгенологическое исследование суставов патологии не выявило, была рекомендована консультация ревматолога. Ревматологические пробы отрицательные, иммунологическое исследование патологии не выявило. Было назначено симптоматическое лечение НПВС, не принесшее положительных результатов. Назначена консультация психотерапевта по поводу нарушений сна. При беседе с психотерапевтом были выявлены признаки депрессивного расстройства, из анамнеза выяснилось, что 3 месяца назад у пациента умерла мать, с тех пор появились вышеописанные жалобы. Мать страдала артрозом коленных суставов, постоянно жаловалась на боль в ногах, хотя умерла от травмы при автокатастрофе. Было проведено психологическое исследование с помощью метода включенного наблюдения, психологического анамнеза и медико-психологических тестов: HADS – 15б по шкале Депрессии, 10б по шкале Тревоги (клинически выраженная депрессия и субклинически выраженная тревога), BDI 27б – умеренная депрессия. Было назначено лечение тразодоном (Триттико) в суточной дозе 150 мг 1раз на ночь.

Результаты и обсуждение. На фоне лечения, через 4 недели жалобы на бессонницу, рассеянность и боли в суставах уменьшились, общее состояние улучшилось, пациент выписан. Амбулаторно через 6 недель была назначена повторная консультация у психотерапевта. Результаты тестирований: HADS – 10б по шкале Депрессии,



76 по шкале Тревоги (субклинически выраженная депрессия, тревожный компонент не выражен), BDI 20б – умеренная депрессия. Пациент отметил улучшение настроения, восстановление эректильной функции и отсутствие болей в суставах. Лечащим врачом было принято решение отменить терапию НПВС, продолжив терапию тразодоном (курс – 1 год).

Выводы. На момент поступления пациент не справлялся с переживанием синдрома утраты (бессонница, снижение настроения, чувство вины, поглощенность образом умершей – боли в суставах, не имеющие морфологического субстрата и не поддающиеся стандартной терапии). По МКБ-10 у пациента имел место умеренный депрессивный эпизод с изменением порога восприятия боли, маскированный под ревматическое поражение суставов. На фоне правильно подобранной медикаментозной терапии, при психотерапевтической коррекции (работа горя: длинные многократные рассказы о матери, коррекция избыточного чувства вины, устранение дефицита информации о депрессии утраты, ее соматизированных проявлениях) – наблюдалась положительная динамика состояния пациента. Данный клинический случай демонстрирует пример успешного лечения соматической патологии, развившейся на фоне депрессии – при синдроме утраты.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОАНАЛОГА РИТУКСИМАБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ МОСКОВСКОГО ЕДИНОГО РЕГИСТРА АРТРИТОВ (МЕРА)

Лукина Г.В.¹, Жиляев Е.В.², Кольцова Е.Н.^{1,3}, Шмидт Е.И.⁴, Лыткина К.А.⁵

¹Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова,

²Европейский медицинский центр,

³Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента,

⁴Городская клиническая больница №1 имени Н.И. Пирогова,

⁵Городская клиническая больница №4,

Москва

Цель. Оценить эффективность и безопасность переключения пациентов с РА с оригинального препарата ритуксимаб (Мабтера^а) на его биоаналог (Ацеллбия^а) в условиях реальной клинической практики по данным регистра МЕРА.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты с РА, которым в начале лечения назначался оригинальный препарат Мабтера[®], а затем пациенты были переключены на биоаналог Ацеллбия[®]. Всем больным проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование, определение числа воспаленных и болезненных суставов, СОЭ, СРБ, биохимическое и иммунологическое исследования крови. Проводилась оценка динамики показателей DAS28, RAPID3, HAQ-DI. Большое внимание



было уделено оценки безопасности. Срез данных проводился не менее, чем через 6 месяцев после переключения.

Результаты. Включено 46 пациентов с РА, среди них женщин – 80,5%, средний возраст составил – 59,5±12,2 лет, серопозитивные по РФ-91,3%, АЦЦП – 63%, активность заболевания на момент переключения была умеренной, средний DAS28-3,5. Длительность терапии на препарате Мабтера® до переключения составила 36,8±26,8 мес., на препарате Ацеллбия® 12,1±6,18 мес. У 43,5% пациентов ранее отмечалась неэффективность или непереносимость других ГИБП. Доля пациентов, получавших сопутствующую терапию глюкокортикоидами, составила 45,7%, метотрексат – 43,5% (средняя дозе – 13,6 мг/сутки). Средняя доза Мабтера®/Ацеллбия® составляла 1000 мг. При переключении сохранялась стабильная динамика DAS28(СОЭ): Мабтера – 3,39, Ацеллбия – 3,34, HAQ-DI: Мабтера – 1,48, Ацеллбия – 1,44, RAPID3: Мабтера – 12,9, Ацеллбия – 12,6. Достоверных различий в полученных результатах между препаратами достигнуто не было ($p>0,05$). Профиль безопасности также был сопоставим. Ни у одного из пациентов препарат Ацеллбия не был отменен по причинам, связанным с безопасностью или неэффективностью.

Выводы. В рамках рутинной клинической практики переключение с оригинального препарата ритуксимаба (Мабтера®) на биоаналог (Ацеллбия®): не сопровождается изменением выраженности эффекта, профиля безопасности терапии и не связано с риском отмены.

ДЕЙСТВИЕ ТАРГЕТНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА РАЗЛИЧНЫЕ ДОМЕНЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА, ДАННЫЕ РЕГИСТРА МЕРА

Лыткина К.А.¹, Шмидт Е.И.², Лукина Г.В.^{3,4}, Кольцов Е.Н.⁵, Жиляев Е.В.^{6,7,8}

¹Городская клиническая больница №4,

²Городская клиническая больница №1 имени Н.И. Пирогова,

³Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

⁴Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова,

⁵Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента,

⁶ЗАО «Юропиан медикал сентер»,

⁷Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,

⁸Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова,

Москва

Введение. При быстро увеличивающемся количестве таргетных препаратов для терапии псориатического артрита (ПсА) наблюдается дефицит данных по их сравнительной эффективности. Такого рода данные можно ожидать лишь от наблюдательных исследований.



Цель. Сравнение влияния таргетных противовоспалительных препаратов на достигаемые результаты в различных доменах ПсА.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с псориатическим артритом, регистра MEPA, удовлетворявшие критериям CASPAR. В анализ включались эпизоды лечения, в рамках которых имелся завершённый визит не ранее 6 мес. с момента начала лечения. Поиск конфаундеров проводился отдельно для 3-х доменов – поражение суставов (DAS-28), спондилит/энтезит (BASDAI), поражение кожи (DQLI); и осуществлялся в 2 этапа – предварительный отбор показателей, имеющих достоверную однофакторную связь с изучаемым показателем и последующий обратный пошаговый отбор переменных в рамках обобщенной линейной модели. Сравнение достигнутых значений показателей активности ПсА производилось с коррекцией на выявленные конфаундеры. Статистический анализ проводился с помощью программы IBM SPSS Statistics ver. 22. (SPSS corp. 1989, 2013).

Результаты. В анализ включено 174 эпизода лечения таргетными препаратами по поводу ПсА у 156 пациента, включенных в регистр MEPA в период с 2015 г. по 1 декабря 2019 г. Средний возраст пациентов – $50,3 \pm 11,3$, мужчины составили 44,2%. Использовались следующие таргетные препараты – адалимумаб, цертолизумаба пэ-гол, этанерсепт, голимумаб, инфликсимаб, тофацитиниб, устекинумаб.

С учетом основных проявлений ПсА для поисков конфаундеров в качестве целевых переменных, отражающих эффективность терапии, были отобраны показатели поражения кожи (DQLI), суставов (DAS-28) и позвоночника (BASDAI).

Первичный анализ эффективности различных ГИБП при псориатическом артрите выявил достоверные различия в терапии таргетными препаратами по достигнутому значению DAS-28.

На эффективность ГИБП при ПсА в реальной клинической практике влияет много факторов, задачей явилось математическое выравнивание первоначальных различий между пациентами. Для этого необходимо было найти предикторы, связанные с пациентами, которые могут оказать влияние на результаты проводимой терапии.

Поиск конфаундеров выявил следующие показатели:

- для достигнутой величины DAS-28: статус курения, длительность терапии соответствующим таргетным препаратом, боли в кистях в дебюте заболевания, боли в тазобедренных суставах в дебюте заболевания;

- для достигнутой величины индекса BASDAI: длительность лечения соответствующим таргетным препаратом, боли в локтевых суставах в дебюте заболевания и боли в позвоночнике в дебюте заболевания;

- для достигнутой величины индекса DLQI: пол, псориаз, псориаз ногтей.

После внесения поправок на выявленные конфаундеры не выявлено статистически достоверных различий между препаратами ни по влиянию на домен суставы (DAS-28), ни на домен спондилит/энтезит (BASDAI, MASES, LEI), ни на домен кожа (DLQI).

Заключение. Достигаемые значения показателей интенсивности поражения суставов, позвоночника/энтезы и кожи существенно не отличаются при терапии различными таргетными препаратами.



ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ, КАК ПРЕДИКТОР НЕСОБЛЮЖДЕНИЯ ГРАФИКА ВАКЦИНАЦИЙ, РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Любимова Н.А.¹, Фридман И.В.², Голева О.В.², Харит С.М.^{2,3}, Костик М.М.³

¹Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова,

²Детский научно-клинический центр инфекционных болезней
Федерального медико-биологического агентства,

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявить взаимосвязь ЮИА у детей с полным и неполным комплексом возрастных вакцинаций против кори, паротита, краснухи и дифтерии.

Материалы и методы. В исследование были включены данные 170 детей с диагнозом ювенильный идиопатический артрит – ЮИА (55 мальчиков и 115 девочек) в возрасте от 2 до 17 лет, получивших ранее вакцинацию против кори, краснухи, паротита (ККП) и дифтерии. У всех пациентов методом ИФА определяли уровни поствакцинальных IgG антител. В зависимости от наличия вакцинаций и ревакцинаций пациенты были разделены на две группы: пациенты с полной и неполной вакцинацией. Под неполной вакцинацией понималось меньшее число введения вакцин для данной возрастной группы в соответствии с Национальным календарем. Данные представлены с медианой и 25%-75%.

Результаты. Неполный комплекс вакцин против ККП выявлен у 50 детей старше 6 лет (32,5%). Неполный комплекс вакцин против дифтерии имел место у 6/16 (37,5%) детей младше 6 лет, у 53/110 (48,2%) детей в возрасте 6-14 лет и у 26/44 (59,1%) детей старше 14 лет. Основные предикторы неполной вакцинации против ККП были: возраст дебюта < 4 лет (ОШ=12,2 [5,0; 28,9], p=0,000001), продолжительность ЮИА > 3 лет (ОШ=4,4 [2,0; 9,9], p=0,0002), продолжительность терапии метотрексатом > 3 лет (ОШ=5,7 [2,7; 12,0], p=0,000001); терапия ГИБП (ОШ=2,5 [1,3; 4,9], p=0,008) и лечение > 1 ГИБП (ОШ=3,3 [1,1; 10,4], p=0,002); для дифтерии: продолжительность ЮИА > 3 лет (ОШ=3,4 [1,8; 6,5], p=0,0002), длительность терапии метотрексатом > 2,8 г. (ОШ=4,1 [2,1; 8,1], p=0,00004), терапия ГИБП (ОШ=2,4 [1,3; 4,4], p=0,006). В множественной регрессии только возраст начала ЮИА (p=0,00001) и продолжительность лечения метотрексатом (p=0,003) были предикторами неполной вакцинации против ККП, а продолжительность лечения метотрексатом (p=0,005) и ГИБП (p=0,05) для неполной вакцинации против дифтерии.

Выводы. Неполная вакцинация у детей с ЮИА ассоциирована с более ранним возрастом дебюта и иммуносупрессивной терапией. Необходимы дальнейшие исследования направленные на изучение безопасности вакцин у детей с ревматическими заболеваниями, и проведение просветительской деятельности для изменения отношения врачей и родителей пациентов к вакцинации.



САРКОПЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Мазуренко С.О.^{1,2}, Грузманов А.К.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Городская больница Святого Великомученика Георгия,
Санкт-Петербург

Цель. Перед данной работой была поставлена цель определить распространенность саркопении и пресаркопении среди пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, и рассмотреть данные состояния, как возможный фактор риска развития ишемического инсульта.

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 48 неврологических пациентов с диагнозами: ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака. Среди них было 29 женщин, 19 мужчин. Средний возраст составил 72.4 ± 11.9 лет. Для оценки состава тела использовался биоимпедансометрический анализ. На основании полученных данных жировой массы проводился расчет массы скелетной мускулатуры по следующей формуле: Масса скелетной мускулатуры (кг) = безжировая масса (кг) $\times 0,556$. Индекс массы скелетной мускулатуры был подсчитан, как масса скелетной мускулатуры (кг)/рост² (м²). Согласно критериям европейской рабочей группы по саркопении (EWGSOP 1) пороговые значения индекса массы скелетной мускулатуры для мужчин составили $7,26 \text{ кг/м}^2$, для женщин $5,5 \text{ кг/м}^2$. Мышечная сила у пациентов была проверена с помощью ручного (кистевое) динамометра. Пороговые значения для женщин 16 кг, для мужчин 27 кг (EWGSOP 2).

Результаты и обсуждение. Среднее значение индекса массы скелетной мускулатуры составило 10.8 ± 1.4 . Только 4 пациента (8,3%) имели данный показатель ниже порогового значения (все мужчины). У 2 (4,15%) из них снижение мышечной массы сочеталось со сниженной мышечной силы, и им мог быть установлен диагноз саркопении. В то же время изолированное снижение показателя мышечной силы отмечалось у 20 пациентов из 48 (41,6%). Эти больные могут быть расценены, как пациенты с пресаркопенией.

При проведении сравнительного анализа не было выявлено статистически достоверной разницы в показателях мышечной массы и силы между группами: мужчины/женщины и младше/старше 75 лет. Однако корреляционный анализ продемонстрировал слабую, но статистически достоверную положительную корреляционную связь относительно пола. Так, для мужчин было больше характерно снижение индекса массы скелетной мускулатуры ($0,389$; $P=0,000$), а для женщин снижение мышечной силы ($0,393$; $P=0,000$). Также была установлена слабая связь возраста и сниженной мышечной массы ($0,363$; $P=0,011$). Среди всех основных факторов риска ишемического инсульта индекс массы скелетной мускулатуры положительно коррелировал только с индексом массы тела ($0,733$; $P=0,000$), а как следствие и с ожирением ($0,512$; $P=0,000$). Стоит отметить, что при повышении показателя мышечной массы увеличивалась частота встречаемости атеротромботической формы инсульта ($0,426$; $P=0,033$).



Заключение. В нашем исследовании, несмотря на средний возраст пациентов более 70 лет, не было обнаружено высокой частоты встречаемости саркопении и пресаркопении. Таким образом, саркопения едва ли может рассматриваться, как самостоятельный фактор риска инсульта. Тем не менее показатели, которые составляют данный диагноз, мышечная масса и сила, имеют определенную прогностическую ценность. Так, повышенный показатель мышечной массы ассоциирован с мужским полом, избыточным весом, повышенным риском атеротромботического подтипа инсульта. А показатель сниженной мышечной силы чаще встречался у более пожилых пациентов. Возраст же является одним из главных не модифицируемых факторов риска как развития инсульта, так и его неблагоприятного исхода.

К ВОПРОСУ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Майко О.Ю.

Оренбургский государственный университет,
г. Оренбург

По данным современных эпидемиологических исследований подагрой страдает не менее 1-3% взрослого населения. Оценка приверженности больных подагрой к лечению в амбулаторных условиях является актуальной.

Цель исследования. Оценить параметры приверженности к лечению у больных подагрой в межприступном периоде в условиях поликлиники.

Материалы и методы. В исследование включено 52 больных с достоверным диагнозом подагра, обратившихся в поликлинику в межприступном периоде с целью коррекции терапии. Диагноз подагры выставлялся на основании критериев ACR/EULAR (2015). Гиперурикемия диагностировалась согласно критериям EULAR (2006) при уровне МК > 360 ммоль/л. Всем пациентам проводилось полное клиническое обследование, включающее антропометрические измерения (масса тела, рост, индекс массы тела), общеклинические анализы, исследования липидного профиля, глюкозы, мочевой кислоты, калия, креатинина, мочевины, ревматоидного фактора, СРБ в сыворотке крови, ЭКГ, УЗИ почек, рентгенологическое и УЗ- исследование суставов. Дополнительно оценивали уровни приверженности к лекарственной, к модификации образа жизни, к медицинскому сопровождению у больных подагрой.

Результаты и обсуждение. Среди больных подагрой мужчин было вдвое больше чем женщин (71% и 29%). Возраст больных составлял 39-64 года, сред. возраст был $54,34 \pm 8,35$ г, преобладали лица от 42 до 60 лет. У большинства пациентов длительность подагры не превышала 5 лет (сред. $4,57 \pm 1,35$ г.), частота обострений артрита колебалась от 1 до 4 атаки в год (сред. $2,23 \pm 0,32$). Длительность последнего обострения – сред. $2,94 \pm 0,72$ нед. У больных преимущественно поражались I плюснефаланговый сустав (86%), голеностопные суставы (59%), реже отмечалось вовлечение коленных суставов и мелких суставов кистей рук, локтевых суставов (34%, 26%, 10%). Уровень МК колебался от 392 до 775 ммоль/л (сред. $504,8 \pm 83,7$ ммоль/л). Сопутствующие за-



болевания выявлены у 96% больных. В среднем у каждого пациента было 3-5 хронических заболеваний, преобладала артериальная гипертензия – у 73% пациентов.

Представляет интерес мнение опрошенных пациентов об информированности по поводу соблюдения гипоурикемических диетических рекомендаций – 80% пациентов не соблюдали или систематически нарушали рекомендации по диете. Следует отметить, то одна треть пациентов наблюдались у врача не регулярно и не получали регулярно терапии до включения в исследование.

Больных подагрой (60%) при сочетании с артериальной гипертензией получали антигипертензивные препараты – ИАПФ (эналаприл, периндоприл, капотен), реже использовали – антагонисты кальция (амлодипин) у 39% и β блокаторы (метопролол, бисопролол) – у 31%. Обращает внимание высокий процент среди этих больных подагрой, использовавших диуретическую терапию с применением малых доз тиазидных диуретиков – до 50%, также малые дозы аспирина получали 19% соответственно.

Приверженность к регулярному лекарственной терапии среди больных подагрой высокого уровня составила 25%, среднего – 46%, низкого 29%. Приверженность к изменению образа жизни – высокого уровня – 35%, среднего 35%, низкого – 30%, а готовность к регулярному посещению врача в поликлинике с целью контроля уровня МК в крови и коррекции гипоурикемической терапии составила 33%, 42% и 25% соответственно по уровням.

Выводы. У больных подагрой на фоне высокой частоты сопутствующих состояний возникает необходимость интегральной оценки приверженности больных к медицинскому сопровождению и лечению в амбулаторных условиях. Для повышения эффективности терапии подагры необходимо увеличение приверженности больных, как к медикаментозному лечению, так и к изменению образа жизни.

В-КЛЕТОЧНАЯ АКТИВАЦИЯ И АНТИ-В-КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

Мамасаидов А.Т.¹, Кулчинова Г.А.², Мамасаидов Ф.А.²

¹Ошский государственный университет,

²Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации,
г. Ош, Киргизская Республика

Цель. У некоторой части больных анкилозирующим спондилитом (АС) В иммунопатогенезе ведущее значение имеет гиперактивация В-клеточного иммунитета, целенаправленному подавлению которого придается большое значение в терапии АС в настоящее время и, по-видимому, первостепенное значение – в будущем.

Цель исследования. Изучение клинического значения показателей В-клеточной активации и эффективности анти-В-клеточной терапии при АС.

Материалы и методы. Исследовано 244 больных анкилозирующим спондилитом (АС). В качестве сравнения исследованы 50 больных остеоартрозом (ОА) и 94 больных реактивным артритом.



У всех исследованных методом количественной цитофлюориметрии оценивали В-клеточную активацию по уровням спонтанной пролиферативной и Ig-синтезирующей активности В-лимфоцитов (SPABL и SIABL).

Анти-В-клеточная терапия препаратом ритуксимаб (Мабтера®) была проведена у 24 больных АС с тяжелым течением и с предшествующей неэффективностью, как минимум, одного нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) и ингибитора фактора некроза опухоли α .

Результаты и обсуждение. Уровни SPABL и SIABL при АС были достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у больных ОА и РеА. При этом, высокие уровни SPABL и SIABL коррелировали с наличием и степенью выраженности клинических и лабораторных признаков активности при АС.

При этом, была выявлена группа больных АС (67 больных), у которых уровни SPABL и SIABL были чрезмерно высокими и превышали эти показатели у больных ОА и РеА с высокой достоверностью ($p < 0,001$).

Именно 24 больных АС из этой группы дали согласие на анти-В-клеточную терапию препаратом ритуксимабом. У этой подгруппы больных АС (24 чел) отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей SPABL и SIABL к концу 6-ти месячного лечения ритуксимабом. По итогам 6-ти месячного лечения ритуксимабом хороший и удовлетворительный эффект отмечен у 19 (79,2% больных) АС выбранной подгруппы.

Заключение. При АС показатели В-клеточной активации (SPABL и SIABL) могут быть использованы для определения наличия и степени активности и эффективности лечения болезни, а применение анти-В-клеточной терапии является эффективным методом лечения тяжелых форм АС с высокими показателями В-клеточной активации.

В-КЛЕТОЧНАЯ АКТИВАЦИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ БРОНХИОЛИТЕ И ГЕПАТИТЕ И РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ

**Мамасаидов А.Т.¹, Салиева Р.Ш.¹, Абдурашитова Д.И.¹, Ирисов А.П.²,
Сакибаев К.Ш.³, Эшбаева Ч.А.¹, Мамасаидов Ф.А.²**

¹Ошский государственный университет,

²Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института
переподготовки и повышения квалификации,

³Ошская межобластная клиническая больница,
г. Ош, Киргизская Республика

Цель. В патогенезе ревматоидного бронхиолита и гепатита (РБ и РГ) и в некоторых случаях реактивного артрита (РеА) ведущее значение имеет В-иммунный ответ, клеточный субстрат которого малоизучен.

Цель исследования. Изучение клинического значения показателей В-клеточной активации у больных РБ, РГ и РеА.



Материалы и методы. Исследовано 26 больных РБ, 31 – РГ и 124 - РеА. В качестве сравнения исследованы 257 больных РА суставным вариантом и 30 больных остеоартрозом (ОА).

У всех исследованных методом количественной цитофлюориметрии оценивали В-клеточную активацию по уровням спонтанной пролиферативной и Ig-синтезирующей активности В-лимфоцитов (SPABL и SIABL).

Результаты и обсуждение. У всех больных РБ и РГ отмечались более тяжелое течение и высокая активность болезни, чем у больных РА суставным вариантом.

Уровни SPABL и SIABL при РБ и РГ были достоверно ($p < 0,05$ и $p < 0,001$ соответственно) выше, чем у больных РА суставным вариантом и ОА.

Показатели SPABL и SIABL у больных РеА были достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных с ОА.

Заключение. Ревматоидный бронхиолит и гепатит отличается тяжелым течением и высокой активностью болезни.

Показатели В-клеточной активации (SPABL и SIABL) могут быть использованы для определения наличия и степени активности при ревматоидном бронхиолите и гепатите.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ

Маркелова Е.И., Елисеев М.С., Ильиных Е.В., Попкова Т.В., Глухова С.И.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Подагра – системное заболевание, сопряженное с высоким сердечно-сосудистым риском. Большая распространенность артериальной гипертензии (АГ) у больных подагрой, являющейся самостоятельным фактором риска (ФР) сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и наличие дополнительных ФР ССО, создают необходимость изучения связей между АГ и подагрой.

Цель. Оценить влияние различных ФР на развитие АГ у больных подагрой.

Методы. В исследование включено 286 больных подагрой мужского пола с диагнозом подагры, установленным в соответствии с критериями S.L. Wallace. Всем пациентам проведено стандартное клиническое обследование, лабораторные анализы крови с оценкой уровня общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), С-реактивного белка (СРБ), мочевой кислоты (МК), креатинина. Оценивали ФР ССО:отягощенный семейный анамнез АГ, индекс массы тела (ИМТ), абдоминальное ожирение, курение, злоупотребление алкоголем, сахарный диабет (СД). Рассчитывалось отношение рисков (ОР) развития АГ у больных подагрой и доверительный интервал (95% ДИ).



Результаты. В зависимости от наличия/отсутствия АГ больные были разделены на две группы: в I-ю вошли 244 (85%) пациента с АГ, во II-ю – 42 (15%) пациента без АГ. Пациенты I-ой группы были старше (52,3 [44,5; 61,1] и 41,9 [38,3; 50,1] лет), имели больше длительность подагры (6,7 [3,9; 13,7] и 4,5 [3; 7,9] лет), количество пораженных суставов (8 [4; 12] и 5 [3; 9]), $p < 0,01$). В I-й группе по сравнению со II-й чаще встречался отягощенный семейный анамнез раннего развития АГ (68,3% и 48,8%), абдоминальное ожирение (55,3% и 33,3%), нефролитиаз (71% и 54,7%), внутрикостные тофусы (48% и 21%), $p < 0,05$. У больных I-й группы были выше показатели ИМТ (30,2 [27,4; 33,1] и 27,9 [26,3; 30,5] кг/м²) и СРБ (12,7 [5,84; 19,2] и 7,8 [3,7; 16,4] мг/л), $p < 0,05$. Не выявлено различий между группами по значениям сывороточного уровня МК, креатинина и липидного профиля, встречаемости СД, курению, злоупотреблению алкоголем.

По данным анализа влияния ФР методом вычисления ОР и приведением графиков форест-плот получена связь с развитием АГ у больных подагрой следующих параметров: абдоминальное ожирение (ОР, 5,54 95% ДИ 2,25-13,61), ожирение по ИМТ (ОР, 5,87 95% ДИ 1,86-18,52), семейный анамнез АГ (ОР, 2,71; 95% ДИ 1,35-5,43), длительность подагры более 10 лет (ОР, 2,61; 95% ДИ, 1,32-5,15), возраст дебюта подагры старше 35 лет (ОР, 3,035; 95% ДИ, 1,502-6,132), внутрикостные тофусы (ОР, 3,17; 95% ДИ, 1,43-7,01), ХБП в анамнезе (ОР, 18,89; 95% ДИ, 1,14-312,93), СРБ сывотки крови (ОР, 2,29; 95% ДИ, 1,11-4,73).

Выводы. У больных подагрой имеет место высокая распространенность АГ, выявленная в 85% случаев. Увеличение риска развития АГ у больных подагрой ассоциировалось с такими факторами, как ожирение, отягощенный семейный анамнез раннего развития АГ, длительность подагры более 10 лет, возраст пациентов на момент дебюта подагры старше 35 лет, наличие внутрикостных тофусов, повышение сывороточного уровня СРБ.

ОЦЕНКА ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МЕМБРАНЫ У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Марченко В.Н.¹, Катюхин Л.Н.², Давыдов Д.А.¹

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,

²Институт эволюционной физиологии и биохимии имени И.М. Сеченова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявить отклонения деформационных свойств мембраны эритроцитов у пациентов ревматологического профиля.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 24 пациентов ревматологического профиля и 8 условно здоровых лиц. Определение деформационных свойств мембраны эритроцитов производилось с помощью осмотической градиентной эктацитометрии при стандартном (от 10 до 30 Па) и пониженном (1 Па,



2 Па) напряжении сдвига. Параллельно исследовались показатели общего и биохимического анализа крови. Применялся статистический метод исследования. Достоверность различия средних оценивалась на основании критерия Манна-Уитни, корреляционные связи выявлялись с помощью коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. В исследовании приняло участие 24 пациента ревматологического профиля: 8 мужчин (33%) и 16 женщин (67%). Средний возраст составил 51 ± 3 год. У наибольшего числа пациентов (41.7%) заболевание было представлено ревматоидный артритом. Диффузные заболевания соединительной ткани наблюдались у 20.8% больных, системные васкулиты – у 12.5%. У пациентов ревматологического профиля показатель I_{\min} , характеризующий водную проницаемость и целостность эритроцитарной мембраны, оказался достоверно выше в сравнении с условно здоровыми (225 ± 24 против 130 ± 31 , соответственно; $p=0.018$). В условиях низкого напряжения сдвига (2 Па), при котором появляется возможность оценить микровязкость эритроцитарной мембраны, обнаружен достоверно более высокий показатель $I_{\text{деф}}$, в отличие от здоровых лиц (192 ± 22 против 108 ± 13 , соответственно; $p=0.001$). Наличие в крови РФ и АНФ не приводило к статистически значимому отклонению показателей деформационных свойств мембраны эритроцитов, что, вероятно, связано с нередким расхождением между титром антител и выраженности системной воспалительной активности, а также возможной персистенцией аутоантител без других клинико-лабораторных изменений. Однако было обнаружено, что пациенты, в крови которых были выявлены АЦЦП, имели меньшее значение показателя O_{\max} , отражающего степень гидратированности гемоглобина и внутреннюю вязкость эритроцита (405 ± 10 против 448 ± 17 ; $p=0.048$), а также ΔO , характеризующего стойкость мембраны к осмотическому лизису (266 ± 8 против 302 ± 16 ; $p=0.048$). Анализ корреляционных матриц показателей крови ревматологических пациентов продемонстрировал увеличение водной проницаемости эритроцитарной мембраны с увеличением СОЭ ($r=0.43$, $p=0.042$). В условиях напряжения сдвига в 2 Па обнаруживается сильная положительная корреляция с уровнем мочевой кислоты ($r=0.83$, $p=0.011$) и средняя отрицательная корреляция с уровнем СРБ ($r=-0.56$, $p=0.019$) такого показателя, как $O_{\text{тот}}$ (тоничность раствора при максимальной деформируемости мембраны), отклонение которого может свидетельствовать о патологии свойств мембраны. В этом же режиме обнаружена сильная отрицательная корреляция величины индекса деформируемости с уровнем мочевой кислоты ($r=-0.87$, $p=0.005$).

Выводы. Полученные данные позволяют достоверно говорить о наличии отклонений деформационных свойств мембраны эритроцитов у ревматологических пациентов в отличие от практически здоровых лиц. Так, обнаружено увеличение водной проницаемости мембраны у больных из данной выборки, что может указывать на нарушение ее целостности. Выраженность данных изменений умеренно коррелирует с повышением уровня СОЭ в условиях общей воспалительной активности. Также выявлено, что наличие в крови АЦЦП (но не РФ и АНФ) может быть ассоциировано с понижением внутренней вязкости эритроцитов и их осмотической резистентности, однако небольшое число наблюдений не позволяет на текущий момент говорить об этом с полной уверенностью. Получены противоречивые данные в отношении корреляции уровня мочевой кислоты с величиной индекса деформируемости при низком



напряжении сдвига: при нарастании ее уровня обнаружено снижение $I_{\text{деф}}$, который, тем не менее, у больных оказался достоверно выше, чем у здоровых. Как было показано ранее, данный режим эктацитометрии позволяет выявить в крови ревматологических больных патологические субпопуляции эритроцитов, имеющие особые деформационные свойства.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАЦЕРЕИНА У ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ

Маслинская Л.Н.

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Республика Беларусь

В настоящее время остеоартрит является широко распространенной патологией, которая значительно ухудшает качество жизни пациентов. Диацереин — современный препарат для лечения остеоартрита, механизм его действия связан с ингибированием синтеза ИЛ-1.

Цель работы. Оценка эффективности применения диацереина у пациентов с клиническими признаками гонартроза без синовита.

Материалы и методы. В исследование было включено 23 пациента с гонартрозом 2 рентгенологической стадии, из них 19 женщин и 4 мужчины. Средний возраст пациентов 56,0 (52,0; 61,5) лет. На прием ревматолога пациенты обращались с жалобами на боли в коленных суставах при ходьбе и «стартовые» боли. До начала терапии пациенты были обследованы для исключения иных, кроме остеоартрита, причин болей в коленных суставах. 17 пациентов имели опыт применения нестероидных противовоспалительных препаратов в виде коротких курсов (7-10 дней), без значимого клинического эффекта после отмены препарата. Всем пациентам было проведено ультразвуковое исследование коленных суставов до начала лечения и признаков синовита коленных суставов выявлено не было. При рентгенологическом обследовании у 20 (87%) пациентов был выявлен двусторонний, у 3 (13%) – односторонний гонартроз. Средняя длительность клинических проявлений остеоартрита (анамнестически) составила 2,2 (0,8; 2,6) года.

Все включенные в исследование пациенты в течение двух месяцев принимали Диацереин (торговое название Диафлекс, Ромфарм) в дозе 50 мг во время еды. Схема приема: по 1 таблетке во время завтрака 14 дней, затем еще 1,5 месяца по 1 таблетке 2 раза в день. Контрольный осмотр производился по окончании курса – через 2 месяца.

Уровень боли оценивался самостоятельно пациентом до и после окончания приема препарата Диацереин по 10-ти бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), предназначенной для измерения интенсивности боли.

Результаты. В группе пациентов, принимавших Диацереин, полный курс лечения был проведен у 21 пациента. 1 пациенту препарат был отменен в связи гастроинтестинальными жалобами, 1 пациент самостоятельно досрочно завершили прием препарата по причине отсутствия по субъективным ощущениям эффекта от лечения.



После курса Диацереина 8 пациентов (38,1%) отметили уменьшение боли и 9 пациентов (42,9%) полное исчезновение боли после проведенного курсового лечения, 4 пациента (19,0%) после полного курса лечения не получили клинически значимого улучшения (боль осталась прежней).

Выводы. Таким образом, после полного курса приема препарата Диацереин при наличии гонартроза без признаков синовита коленных суставов более 80% пациентов, включенных в данное исследование, имели положительный клинический эффект в виде снижения уровня боли или ее полного купирования. Однако практически каждый 5 пациент не ответил на данную терапию, что, вероятно, потребует иных подходов к ведению данных пациентов и дальнейшему изучению схем терапии остеоартрита у данной категории пациентов. Полученные данные значительно отличаются от результатов применения Диацереина у пациентов с гонартрозом с наличием выпота в полости коленного сустава, что лишний раз свидетельствует о необходимости персонализированного подхода в лечении пациентов с остеоартритом.

ИЗУЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА КАРТ-ИЗВЕЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Матвеев А.В.^{1,2}, Крашенинников А.Е.¹, Егорова Е.А.², Коняева Е.И.²

¹Национальный научный центр фармаконадзора,
Москва,

²Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Одним из основных показаний к применению препаратов группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) является их применение в качестве симптоматических средств терапии воспалительных и дегенеративных заболеваний суставов, системных заболеваний соединительной ткани. Ревматические заболевания относят к заболеваниям с хроническим течением, требующим длительной терапии НПВС, что приводит к значительному риску развития при их применении нежелательных реакций (НР), в первую очередь, связанных с поражением желудочно-кишечного тракта, а также обусловленных индивидуальными особенностями пациентов.

Цель исследования. Ретроспективное изучение профиля безопасности НПВС на основании карт-извещений о НР, зарегистрированных при их применении.

Материалы и методы. Объектами исследования стали 621 сообщение о НР препаратов анальгетиков-антипиретиков и нестероидных противовоспалительных средств, соответствующих АТХ-кодам M01A и N02B, зарегистрированных в региональной (Республика Крым) базе (реестре) спонтанных сообщений ARCADE (Adverse Reactions in Crimea, Autonomic Database) в период 2007-2018 гг.

Результаты и обсуждение. Подавляющее большинство случаев развития НР было ассоциировано с применением НПВС в виде монопрепаратов (541 случай,



87,1%). В оставшихся 80 случаях (12,9%) НР были вызваны комбинированными препаратами НПВС с другими лекарственными средствами. Распределение всех случаев развития НР по международному непатентованному наименованию подо- зреваемого лекарственного препарата позволило определить, что наиболее часто НР были выявлены при применении ибупрофена (144 случая, 23,2%), диклофенака (92 случая, 14,82%), парацетамола (66 случаев, 10,63%), нимесулида (44 случая, 7,1%), кеторолака (43 случая, 6,92%) и метамизола натрия (40 случаев, 6,44%). Среди ком- бинированных лекарственных препаратов лидером по количеству случаев развития нежелательных последствий для пациентов выступала комбинация метамизола на- трия с питофеноном и фенпивирия бромидом (18 случаев НР), а также комбинация парацетамола с диклофенаком и серратиопептидазой (14 случаев НР). Распреде- ление случаев НР по полу пациентов позволило выявить, что в большинстве случаев НР наблюдались у пациентов женского пола (369 случаев, 59,4%), реже – у мужчин (252 случая, 40,6%).

Основными клиническими проявлениями НР препаратов группы НПВС яв- лялись реакции гиперчувствительности немедленного типа (296 случаев, 47,7%), диспепсические расстройства (тошнота, рвота, изжога) – 73 случая (11,7%), нару- шения со стороны ЦНС и дыхательной систем – по 10 случаев НР (1,6%). Анализ степени серьезности НР позволил выявить, что в 236 случаях имели место серьез- ные НР, что составило 38% от всего количества зарегистрированных случаев раз- вития НР. При этом госпитализация или продление ее сроков потребовалась паци- ентам в 121 случае НР, с развитием временной нетрудоспособности было связано 46 случаев НР у пациентов, принимающих препараты группы НПВС. Угрожающие жизни состояния наблюдались в 66 случаях применения НПВС, а летальные ис- ходы – в 3 случаях.

Выводы. Изучение безопасности НПВС при лечении ревматоидных заболе- ваний является важным этапом в рациональном выборе препарата для проведения долгосрочной противовоспалительной терапии заболевания.

МОЖЕТ ЛИ ПОМОЧЬ NIJMEGEN SCORE В ДИАГНОСТИКЕ СЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ ДЕБЮТИРУЮЩЕЙ ПОДАГРЫ?

Михневич Э.А., Хомец Д.О., Павлович Т.П.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Золотым стандартом для диагностики подагры является аспирация синовиальной жидкости (СЖ) и/или содержимого тофусов на наличие кри- сталлов моноурата натрия (МУН). Тем не менее, осуществить это, особенно в амбула- торных условиях, не всегда представляется возможным. Именно для таких ситуаций предложен Nijmegen Score (счет Неймеген) для диагностики дебютирующего пода- грического артрита (ПА).



Цель исследования. Изучить эффективность Nijmegen Score в диагностике сложных для амбулаторного звена случаев впервые возникшего ПА и сравнить с другими группами артритов.

Материалы и методы. В ретроспективном исследовании было проанализировано и отобрано 234 пациента, госпитализированных в отделение ревматологии 11-ой городской клинической больницы г. Минска с 2011 по 2016 года. Исследуемую группу 1 (n=66) составили пациенты, у которых стационарный диагноз ревматолога «ПА» не совпадал с диагнозом врача амбулаторного звена. Для сравнения группу 2 (n=103) составили пациенты, у которых диагноз ПА при первом обращении в поликлинику совпадал с диагнозом ревматолога, группу 3 (n=65) – пациенты с диагнозами других артритов, соответствующими диагнозам исследуемой группы при поступлении в стационар. Для каждой группы был применен Nijmegen Score, включающий 7 параметров с их бальной оценкой (максимально возможная сумма баллов равна 13): 1) пациенты мужского пола – 2 балла; 2) при наличии сходных атак в анамнезе – 2 балла; 3) если атака достигала своего максимума в течение 24 часов – 0,5 баллов; 4) при наличии гиперемии кожи над пораженным суставом – 1 балл; 5) поражение 1 плюснефалангового сустава – 2,5; 6) наличие в сопутствующих заболеваниях артериальной гипертензии или ≥ 1 другого сердечно-сосудистого заболевания – 1,5 баллов; 7) Гиперурикемия $>58,8$ мг/л – 3,5 балла.

Сумма баллов Nijmegen Score позволяет сделать заключение о вероятности диагноза ПА. При сумме баллов ≤ 4 (низкий риск ПА) диагноз подагры может быть исключен в 95,0% случаев. Если же сумма баллов ≥ 8 (высокий риск ПА) подагра подтверждается в 87,0% случаев, и пациентов предлагается вести, как имеющих ПА. В случае суммы баллов между 4 и 8 (умеренный риск ПА) диагноз артрита остается неясным, и проведение пункции сустава для поиска МУН рассматривается как обязательный компонент диагностического поиска.

Результаты и их обсуждение. Согласно Nijmegen Score в исследуемой группе медиана суммы баллов составила 10,5 (8,5-10,5), во 2-ой группе – 10,5 (8,5-11,5), в 3-ей группе – 3,5 (1,5-5); (N=117,4; $p<0,001$). Статистически значимых различий значений показателей 1-ой и 2-ой группы не выявлено ($p>0,05$), в отличие от группы 3 ($p<0,05$). Количество случаев со значением баллов ≥ 8 доминировало в основной группе ($\chi^2=83,39$; $p<0,001$) и в группе 2 ($\chi^2=114,6$; $p<0,001$) в сравнении с группой 3. Nijmegen Score позволил бы предсказать диагноз подагры в основной группе – в 81,8% случаях, в 86,4% случаях в группе 2 и только в 7,7% случаях у пациентов группы 3.

Выводы. Nijmegen Score может позволить в сложных случаях впервые развившегося артрита предсказать диагноз ПА в 81,8% случаях. При ПА с классическим течением этот показатель составил 86,4% случаев и не отличался статистически; при других формах артритов вероятность ПА была наименьшей – 7,7%.

Nijmegen Score может быть полезен для широкого использования врачами, особенно первичного звена, для возможности быстро сориентироваться в диагнозе при впервые возникшем артрите, когда не представляется возможным идентифицировать кристаллы МУН, подтверждающие диагноз, а лечение должно быть незамедлительно назначено.



АКТИВНОСТЬ КСАНТИНОКСИДАЗЫ И КСАНТИНДЕГИДРОГЕНАЗЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЭНЗИМНЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ

Мозговая Е.Э.¹, Бедина С.А.¹, Трофименко А.С.^{1,2},
Тихомирова Е.А.¹, Мамус М.А.¹, Спицина С.С.^{1,2}

¹Научно-исследовательский институт клинической
и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского,
²Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград

Цель исследования. Изучить влияние диклофенака натрия и кетопрофена на активность ксантиноксидазы (КО) и ксантиндегидрогеназы (КДГ) крови при ревматоидном артрите (РА).

Материалы и методы. В исследование включены 46 больных РА, соответствующих критериям EULAR/ACR (2010), с умеренной степенью активности по DAS 28 и 35 практически здоровых людей. Больные РА разделены на 2 группы: в 1-ой группе вводили диклофенак натрия (75 мг); во 2-ой – кетопрофен (100 мг). Лекарственные препараты вводились внутримышечно однократно, утром до приема пищи и других планово назначенных лекарственных средств. Забор крови для проведения ферментных исследований осуществлялся из локтевой вены до и через 30-35 минут после введения препарата. Активности КДГ, КО измеряли спектрофотометрическим методом в плазме крови, лизатах лимфоцитов и эритроцитов до и после введения препаратов.

Результаты и обсуждение. В обеих группах больных РА до введения лекарственных препаратов в сравнении с контролем в плазме крови и эритроцитах определялась более высокая активность КО и более низкая активность КДГ; в лимфоцитах активности КО и КДГ были снижены (все $p < 0,001$).

После введения диклофенака натрия активность КО снизилась в плазме крови на $9,37 \pm 0,29\%$ ($p < 0,001$), в лимфоцитах – на $7,4 \pm 0,29$ ($p < 0,001$); активность КДГ повысилась в данных средах, соответственно на $8,83 \pm 0,27\%$ ($p < 0,001$) и $7,41 \pm 0,21\%$ ($p < 0,05$). Изменения активности ферментов в эритроцитах были недостоверны, однако отмечена тенденция к снижению активности КО и повышению активности КДГ.

После введения кетопрофена активность КО снизилась в плазме крови на $10,2 \pm 0,67\%$ ($p < 0,01$), в лимфоцитах – на $6,69 \pm 0,18\%$ ($p < 0,01$), в эритроцитах – на $5,31 \pm 0,26\%$ ($p < 0,01$), активность КДГ повысилась в данных средах, соответственно на $9,19 \pm 0,4\%$ ($p < 0,001$), $7,13 \pm 0,22\%$ ($p < 0,01$) и $4,69 \pm 0,18\%$ ($p < 0,001$).

Согласно современным представлениям, КДГ и КО являются продуктами одного гена, соответственно, дегидрогеназной и оксидазной формами ксантиноксидоредуктазы (КОР). Провоспалительные цитокины, играющие при РА ключевую роль, способствуют ее повышенной экспрессии, что реализуется в усилении процессов свободнорадикального окисления, образования внеклеточных ловушек нейтрофилов, эндотелиальной дисфункции, поддерживающих хроническое воспаление и деструкцию



в суставах, других органах и системах. Полученные нами данные свидетельствуют о возможном влиянии диклофенака натрия и кетопрофена на активность ферментов системы КОР, что требует более детального изучения в исследованиях *in vitro*.

Выводы. Диклофенак натрия и кетопрофен, вероятно, могут оказывать влияние на изменение активностей КДГ и КО, повышая антиоксидантный потенциал крови при РА.

РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С CHLAMYDIA TRACHOMATIS, CHLAMYDIA PNEUMONIAE: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Мороз О.К., Сиротко О.В., Литвяков А.М.

Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Реактивный артрит – аутоиммунное заболевание из группы серонегативных спондилоартритов, которое характеризуется воспалительным поражением суставов, ассоциированным с триггерной инфекцией (урогенитальной или кишечной), как правило, у генетически предрасположенных лиц. В клинической картине преобладает поражение периферических суставов и осевого скелета, возможны и системные проявления, включая поражение кожи, слизистых оболочек, сердца, кишечника и мочеполовых органов. Диагностика поражений суставов, а главное дифференциальная диагностика является важным аспектом, который позволяет верифицировать заболевание и подобрать патогенетически обоснованную фармакотерапию. Существует множество различных заболеваний суставов, которые имеют схожую клиническую симптоматику и жалобы пациента, однако патогенез их кардинально различается. Одним из таких вариантов является приведенный нами случай из практики.

Цель исследования. Показать важность дифференциальной диагностики заболеваний суставов на примере клинического случая из практики.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ медицинских карт: поликлинической и текущей госпитализации пациента В., 1985 года рождения в ревматологическое отделение УЗ «ВОКБ».

Результаты. Анамнез. Пациент В. 34 лет поступил в августе 2019 г. Предъявлял жалобы на боль, отек и красноту правого голеностопного сустава, боль в пояснице, усиливающуюся ночью, в покое, общую слабость, повышение температуры тела в вечернее время до 37,2-37,5°C, боль в кистях, утреннюю скованность около часа.

Болен с мая 2019 г., когда на фоне полного благополучия появились вышеуказанные жалобы. Самостоятельно принимал НПВС без особого эффекта. Госпитализирован с диагнозом «Недифференцированный артрит».

Осмотр. Общее состояние удовлетворительное. Невротизирован из-за выраженного болевого синдрома. Кожный процесс представлен красной фиксированной эритемой с волдырем на подошвенной поверхности стопы, размером 3х3 см в диаметре.



тре, округлой формы. Отмечается гиперемия, гипертермия, отечность правого голеностопного сустава, правого коленного сустава, 2-ого пальца правой стопы, ограничение объема движений в данных суставах. Лабораторное обследование. Серореакции на сифилис, вирус иммунодефицита человека, гепатиты (В, С) – отрицательные. ОАК: СОЭ – 72 мм/ч, остальные показатели в пределах нормы. ОАМ: белок (N0,1) 0,41, бактерии +, слизь +++, остальные показатели в пределах нормы. БАК: ферритин 423 нг/мл, СРБ – 40,5 мг/л, остальные показатели в пределах нормы. Диагностика ИППП методом ПЦР, ИФА: антитела не выявлены.

Ch. Trachomatis, Ch. Pneumoniae в культуре клеток McCoу обнаружены в высоком титре. При иммунофенотипировании выявлен антиген HLA-B27. Цитологическое исследование внутрисуставной жидкости: рагоциты 42%, цитоз 1,2x10⁹/л. Инструментальное обследование. Колоноскопия: Атрофический колит. На рентгенограмме сакро-илеальных сочленений определяется умеренное сужение суставных щелей с обеих сторон. На рентгенограмме стоп: костно-деструктивных изменений не выявлено. При ультразвуковом исследовании коленных и голеностопных суставов регистрируются признаки энтезита. Отмечается незначительное сужение суставных щелей и истончение гиалиновых хрящей.

Выводы. Таким образом, для проведения своевременной дифференциальной диагностики заболеваний суставов необходимо выполнять расширенный комплекс лабораторно-инструментальных методов исследований, что позволит выставить верный диагноз, назначить адекватную патогенетическую терапию и добиться улучшения состояния пациента.

ДИАГНОСТИКА СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: ОДНА МИШЕНЬ – РАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Морозова К.П., Максимов М.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

Цель. Продемонстрировать на примере клинического случая гетерогенность и многоликость проявлений системного васкулита и схожесть его с легочными проявлениями новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Больная 55 лет, поступила с жалобами на боли воспалительного характера в лучезапястных, I пястно-фаланговых суставах, скованность в суставах кистей; дискомфорт при ярком свете и покраснение обоих глаз; повышение температуры тела до 37,5; чувство ползания мурашек в нижних конечностях по типу «носков». В январе 2020 г. впервые возникли боли в I плюсне-фаланговых суставах обеих стоп, с вовлечением коленных, лучезапястных суставов в течение 2 недель. Прием НПВП незначительно облегчал состояние.



По результатам КТ ОГП были выявлены КТ-признаки саркоидоза, требующие дифференциальной диагностики со вторичными изменениями легких. 11.03.20 г. госпитализирована в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Выявлена высокая лабораторная активность (СОЭ 39 мм/час, СРБ 203 мг/л), позитивный РФ (39,10 ед/мл). Парентеральное введение преднизолона, антибиотиков (цефтриаксон), НПВП купировало боль в суставах, однако сохранялась скованность в суставах кистей. С 15.03.20 стала отмечать повышение температуры тела, максимум до 37,8°C, потливость в ночные часы, дискомфорт при ярком свете в обоих глазах, покраснение глаз, кашель с отхождением мокроты слизисто-кровянистого характера. 19.03.20 переведена в НИИ РИА. Осмотрена дежурным офтальмологом, данных о наличии вирусного заболевания не обнаружено. В анализах сохранялась высокая лабораторная активность (СОЭ 35 мм/час, СРБ 114 мг/л). В результате пересмотра предоставленных КТ ОГП, рентгенологами выявлены КТ-признаки поражения легких, патогномичные для COVID-19. Учитывая эпидемиологическую обстановку, повышение температуры тела в первые сутки госпитализации до 38,7°C, отсутствие альтернативной гипотезы, была выполнена повторная КТ ОГК, где обнаружены двухсторонние полисегментарные, низкоплотностные и субсолидные очаги и более крупные фокусы альвеолярно-интерстициального уплотнения в легких с незначительным регрессом в S10, которые с высокой вероятностью специалистами КТ расценены как проявления поражения легких при коронавирусной инфекции. Консультирована инфекционистом, выполнено 2 отрицательных исследования на COVID-19. Обсуждена коллегиально, представление о коронавирусной инфекции не складывалось, несмотря на стойкую трактовку изменений в легких специалистами МСКТ. При анализе лабораторных показателей в динамике выявлено нарастание азотемии (креатинина с 69 до 104 мкмоль/л, мочевины с 5,1 до 9,5 ммоль/л), протеинурии с 0,369 до 1,100 г/л, увеличение бета-2-микроглобулина (4,19 мг/л). Принимая во внимание наличие легочно-почечного синдрома, полученного АНЦА в диагностическом титре (1:360 при норме менее 1:40) с цитоплазматическим типом свечения, антитела к протеиназе-3, отрицательные антитела к базальной мембране клубочков, был установлен диагноз АНЦА-ассоциированный системный васкулит, в рамках которого протекало поражение легких. По жизненным показаниям пациентка переведена в нефрологическое отделение для выполнения нефробиопсии и экстренного начала иммуносупрессивной терапии.

Результаты и обсуждение. Представление о коронавирусной инфекции отвергнуто, однако, во время пребывания в нефрологическом стационаре контактировала с больным данной инфекцией, в связи с чем была выписана под наблюдение нефролога на амбулаторное лечение (рекомендована повторная госпитализация для проведения нефробиопсии).

Заключение. В данном клиническом случае отображены трудности диагностики АНЦА-ассоциированного васкулита с поражением легких во время пандемии новой коронавирусной инфекции, что может отсрочить ранее начало адекватной терапии и увеличить риск формирования необратимых изменений.



ПРИМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТНОШЕНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ И ТРОМБОЦИТОВ К ЛИМФОЦИТАМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Муравьев Ю.В., Лебедева В.В., Глухова С.И., Литвинова М.А.,
Головина О.А., Вознюк К.О., Седельникова М.А.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить возможность применения таких гематологических индексов, как отношение нейтрофилов к лимфоцитам (НЛО), тромбоцитов к лимфоцитам (ТЛО) в качестве маркеров воспалительной активности ревматических заболеваний.

Материал и методы. В исследование были включены находившиеся на лечении в клинике НИИР ревматологии им. В.А. Насоновой 170 больных: 33 (женщин 29, мужчин 4; средний возраст $35,3 \pm 12,1$ лет) – болезнью Стилла взрослых (БСВ), соответствующих критериям Yamaguchi (1992); 45 (женщин 30, мужчин 15; средний возраст $41,3 \pm 12,0$ лет) – псориатическим артритом (ПсА), соответствующих критериям CASPAR (2006); 31 (женщин 16, мужчин 15; средний возраст $47,6 \pm 14$ лет) – системными васкулитами (СВ); 30 (женщин 23, мужчин 7; средний возраст $50,2 \pm 7,2$ лет) ревматоидным артритом (РА), соответствующих критериям ACR/EULAR (2010), 31 больной (женщин 14, мужчин 17, средний возраст $36,1 \pm 9,2$ лет) активной болезнью Бехчета (ББ) соответствующей критериям ISBD1990 г. Контрольную группу (КГ) составили 59 (женщин 23, мужчин 36; средний возраст $31,6 \pm 7,2$ лет) здоровых доноров. Было проведено сопоставление скорости оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивного белка (СРБ) с НЛО, ТЛО, числом тромбоцитов, лейкоцитов, нейтрофилов и лимфоцитов, используя t-критерий Стьюдента и критерий χ^2 Пирсона. Для определения взаимного влияния этих показателей использовали корреляционный анализ Спирмена.

Результаты и обсуждение. У всех включенных в исследование больных отмечено достоверное увеличение НЛО; при БСВ, ПсА, СВ, РА отмечено достоверное увеличение ТЛО, числа тромбоцитов и нейтрофилов; при БСВ, ПсА, СВ – увеличение числа лейкоцитов, при РА – снижение числа лимфоцитов. Получены статистически значимые корреляции НЛО с показателями СОЭ ($r=0,409$) и СРБ ($r=0,464$) при ПсА; с показателями СОЭ ($r=0,379$) и СРБ ($r=0,392$) при РА. Показатель НЛО при ББ был статистически значимо выше показателя НЛО в КГ ($p=0,001$), но не коррелировал с СОЭ и СРБ. Получены статистически значимые корреляции ТЛО с показателями СОЭ ($r=0,364$) и СРБ ($r=0,34$) при ПсА; с показателями СОЭ ($r=0,389$) и СРБ ($r=0,384$) при СВ; с величиной СОЭ ($r=0,453$) при РА. Показатель ТЛО при ББ был сопоставим с показателем ТЛО в КГ ($p=0,434$), коррелируя статистически значимо с СОЭ ($r=0,396$).

Выводы. Гематологические индексы – отношение нейтрофилов к лимфоцитам и тромбоцитов к лимфоцитам – являются информативными маркерами воспалительной активности ревматических заболеваний.



ИММУНОГЕННОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Муравьева Н.В., Белов Б.С., Черкасова М.В., Лукина Г.В., Коротаева Т.В.
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить иммуногенность и безопасность 23-валентной пневмококковой вакцины (ППВ-23) у больных спондилоартритами (СпА).

Материал и методы. В исследование включены 30 больных СпА (25 мужчин, 5 женщин, возраст 39.2 ± 10.5 лет, длительность заболевания 15.7 ± 10.1 лет). У 24 из них диагностирован анкилозирующий спондилит, у 6 – псориатический артрит. 7 больных имели в анамнезе более 2 эпизодов инфекций нижних дыхательных путей (пневмония, бронхит). На момент включения в исследование у большинства пациентов активность СпА была высокой или умеренной. Все больные получали нестероидные противовоспалительные препараты, 11 – метотрексат, 6 – сульфасалазин, 3 – глюкокортикоиды, 2 – этанерцепт, 1 – лефлуномид. У 15 пациентов вакцинацию выполняли перед назначением секукинумаба, у 3 – этанерцепта, у 2 – адалимумаба, у 1 – голимумаба. ППВ-23 (Пневмовакс, MSD) вводили в количестве 1 дозы (0.5 мл) подкожно. Уровень антител к пневмококковому капсульному полисахариду определяли с помощью набора EIA PCP IgG (TestLine Clinical Diagnostics s.r.o., Czech Republic) перед вакцинацией, через 1 и 3 месяца после вакцинации. Длительность наблюдения за больными составила 8.3 ± 3.9 месяцев.

Результаты. Медиана [25-й, 75-й перцентили] концентрации пневмококковых антител перед вакцинацией ППВ-23 составила 78.2 U/ml [35.2; 246.3], через 1 месяц – 246.7 U/ml [148.6; 266.1], через 3 месяца – 261.1 U/ml [214.1; 273.4]. Через 1 и 3 месяца после вакцинации концентрация антител к пневмококковому капсульному полисахариду была значимо выше по сравнению с исходными показателями ($p=0.04$ и $p=0.008$ соответственно). Ни у одного больного не наблюдалось обострения СпА. Случаев инфекций нижних дыхательных путей не отмечено. 2 пациента (в анамнезе у одного из них отит каждые 2-3 месяца, у другой – бронхит или синусит ежемесячно, требовавшие приема антибиотиков) сообщили об отсутствии инфекций после вакцинации в течение 11 и 4 месяцев соответственно. У 80% больных переносимость вакцинации была хорошей. Реакции в месте инъекции (боль, отек и гиперемия кожи до 2 см в диаметре), разрешившиеся самостоятельно через 3-5 дней, отмечены у 4 пациентов. У 2 больных зарегистрирована выраженная местная реакция в виде боли в руке, инфильтрата и гиперемии кожи до 8 и 15 см в диаметре соответственно, сопровождавшаяся у одного пациента субфебрильной лихорадкой в течение 2 дней, у другого – фебрильной лихорадкой в течение 3 дней, Указанные явления полностью купировались после назначения парацетамола и антигистаминных препаратов.

Выводы. Предварительные результаты свидетельствуют об удовлетворительной иммуногенности и безопасности ППВ-23 у больных СпА. Для более точной



оценки иммуногенности и безопасности вакцины, а также изучения влияния антиревматической терапии на эффективность иммунизации необходимы дальнейшие исследования.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИСТЕМНОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Никитин А.В.

Медицинский центр «REACLINIC»,
Санкт-Петербург

Введение. Так называемая «малая ревматология» составляет значительную часть пациентов на приеме у ревматолога. Кистевая хирургия является одним из способов лечения данной патологии.

Цель исследования. Определить долю пациентов с несистемной ревматической патологией (НРП) верхней конечности и сформировать показания к хирургическому лечению.

Материалы и методы. Обзор литературных данных и представление собственных клинических наблюдений.

Результаты и обсуждение. Основные виды НРП верхней конечности: на плече – тендинит мышц вращающей манжеты плеча, адгезивный капсулит, кальцифицирующий тендинит, артроз плечевого сустава и акромиально-ключичного сочленения; в области локтя – латеральный и медиальный эпикондилит, синдром кубитального канала; в области запястья и кисти – стенозирующий лигаментит («щелкающий» палец, синдром де Кервена, синдром запястного (карпального) канала, синдром канала Гийона.

По разным источникам, доля пациентов на приеме у ревматолога составляет 15-25%. Проведенные исследования выявили, что признаки латерального эпикондилита встречаются у 1,3% популяции, болезнь Нотта у примерно 2% населения. Ежегодно в мире отмечается 3 новых случая клинически выраженного синдрома запястного канала на 1 тыс. жителей, причем у женщин он возникает в 3-4 раза чаще, чем у мужчин. При этом бессимптомная или малосимптомная компрессия срединного нерва при тщательном обследовании выявляется у 15-20% офисных служащих.

Существует достаточное количество консервативных способов лечения НРП: НПВП (эффективность только при курсовом приеме 2-4 недели), местное введение глюкокортикостероидов (обычно эффект до 4-6 недель), местное введение гиалуроновой кислоты (эффективность четко не доказана), введение обогащенной тромбоцитами плазмы (эффективность сомнительна), немедикаментозная терапия (умеренная эффективность).

Указанные консервативные методы обычно являются первым шагом в лечении НРП верхней конечности. Эффективность консервативного лечения в среднем может достигать до 50-60 процентов. Большинство исследований показывают, что окончательное выздоровление пациентов происходит только после хирургического лечения.



Выводы. Доля пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении НРП верхней конечности составляет около 50%. Современный подход и развитие кистевой хирургии позволяют успешно лечить данную патологию.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Никитина Н.М., Егорова Е.В.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского,
г. Саратов

Ревматоидный артрит (РА) – это аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся эрозивным артритом и системным воспалительным поражением внутренних органов.

Результат лечения зависит не только от назначенного препарата, но и участия пациента в процессе лечения. Наряду с функциональными ограничениями больной РА сталкивается и с психологическими трудностями, связанными с тревогой за будущее, чувством потери социальной значимости, неизвестности от приема «новых» лекарственных препаратов. Лица, страдающие РА, испытывают симптомы тревоги и депрессии в большей степени, чем население в целом. По данным проведенного нами исследования каждый пятый пациент с РА имеет выраженную тревогу и депрессию (37 из 167 (22,2%) больных). Наличие тревоги и депрессии в значительной степени влияет на качество жизни больных РА. При увеличении тревожно-депрессивных расстройств увеличивается и выраженность болевого синдрома.

По данным ВОЗ «приверженность долгосрочной терапии при хронических болезнях колеблется в пределах 50%. Существует много факторов низкой приверженности лечению при хронических заболеваниях, среди них значимую роль играют и психологические аспекты приверженности лечению.

Цель работы. Изучить психологические аспекты приверженности лечению больных ревматоидным артритом.

Нами были обследованы 167 пациентов с ревматоидным артритом.

Исходную приверженность лечению оценивали с помощью двух вопросников. Для оценки общей приверженности лечению у 167 больных использовался опросник Мориски-Грина. Количественная оценка приверженности (КОП) лечению была проведена у 99 больных на основании вопросника Н.А. Николаева – КОП – 25. При оценке исходной общей приверженности лечению с использованием опросника Мориски-Грина 51,5% больных не привержены лечению. При количественной оценке отмечена наименьшая приверженность изменению образа жизни.

Оценка психологического статуса больных проводилась с использованием опросников «Мини-Мульт» и многоуровневого личностного опросника «Адаптивность».

Согласно опроснику «Мини-Мульт» у больных РА наблюдаются повышенные показатели по шкалам ипохондрии, депрессии и истерии.



По опроснику «Адаптивность» у больных РА снижен показатель Нервно-психической устойчивости, то есть снижение адекватности самооценки и реального восприятия действительности, склонность к нервно-психическим срывам.

Выявлены взаимосвязи между психологическим статусом и приверженностью лечению. Лучший психологический статус и больший личностно-адаптационный потенциал имеют приверженные лечению пациенты.

Оценка исходной приверженности лечению больных РА с учетом их психологических особенностей позволит разработать оптимальный план наблюдения за пациентом и контроля за проводимой терапией.

ОЦЕНКА УРОВНЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С БДПК В СРАВНЕНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ПОДАГРОЙ, АНАЛИЗ ЕГО КОЛЕБАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ШКАЛЫ ДЛЯ РАСЧЕТА: АТР III И REYNOLDS RISK SCORE

**Новикова А.М., Желябина О.В., Герасимова Е.В.,
Ильиных Е.В., Чикина М.Н., Елисеев М.С.**

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Сердечно-сосудистый риск (ССР) недостаточно изучен у пациентов с БДПК по сравнению с другими ревматическими заболеваниями (РЗ), выбор оптимальных шкал для его оценки у пациентов с микрокристаллическими артритами также не изучался.

Цель. Оценка ССР и сопоставление результатов стратификации при использовании шкал АТР III и Reynolds Risk Score (RRS) у пациентов с БДПК, РА и подагрой в сравнении с группой контроля.

Материалы и методы. В исследование, выполненное методом случай-контроль, были включены 168 пациентов, в возрасте от 18 до 80 лет, по 42 пациента с БДПК, подагрой и РА и в группе здоровых добровольцев, сопоставимые по полу (по 10 мужчин и 32 женщины) и возрасту (средний возраст 54 года). Диагноз БДПК был выставлен на основании критериев McCarty 1961 г., РА – основан на критериях ACR/EULAR 2010 г., диагноз подагры на критериях ACR/EULAR 2015 г. Диагноз БДПК и подагры во всех случаях бы кристалл-верифицирован. Критерии исключения: сахарный диабет и рСКФ<60 мл/мин/1,73м². У всех пациентов были исследованы антропометрические показатели, АД, лабораторные тесты: сывороточный уровень глюкозы, креатинина, холестерина (ХС), ХС ЛПВП, СРБ; произведена оценка ССР по шкалам АТР III и RRS. Для статистической обработки данных использовалась Statistica 12.0.

Результаты. Группы были сопоставимы по антропометрическим данным, частота отдельных показателей и факторов в сформированных группах не различалась,



за исключением наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) – чаще у пациентов с РА и в группе контроля ($p < 0,05$), уровня САД – средний уровень САД был достоверно выше у пациентов с ревматическими заболеваниями. При этом уровень ХС ЛПВП был значительно выше у пациентов с БДПК и в группе контроля в сравнении с РА и подагрой ($p < 0,05$ во всех случаях), а уровень СРБ сыворотки был существенно выше у пациентов с РА и подагрой ($p < 0,05$).

При расчете по шкале АТР III число пациентов с БДПК с высоким и очень высоким ССР составило 5 (12%) пациентов и было сопоставимо с таковым при РА (9(21%)), подагре (7 (17%)) и группой контроля (8 (19%)). Средний уровень СРБ и количество пациентов с уровнем СРБ ≥ 5 мг/л при БДПК и в контрольной группе были достоверно ниже, чем при РА и подагре, но при этом повышение СРБ ≥ 5 мг/л отмечалось почти у половины пациентов с БДПК (43%) и только у 7% пациентов в группе контроля ($p < 0,05$).

При вычислении ССР с использованием RRS группы остались сопоставимы между собой, тем не менее во всех группах, кроме контрольной отмечалось изменение числа пациентов с высоким и очень высоким ССР в большую сторону. Отличия по среднему уровню ХС не наблюдалось, однако уровень ХС ЛПВП был достоверно выше у пациентов с БДПК ($p < 0,05$), чем при РА и подагре и в группе контроля по сравнению с РА ($p < 0,05$).

Выводы. Сердечно-сосудистый риск при БДПК достаточно высок и может быть сопоставим с таковым при РА и подагре. Ввиду того, что расчет ССР с использованием RRS приводил к нарастанию числа пациентов с высоким и очень высоким риском во всех группах, кроме контрольной, можно предполагать, что использование шкал, включающих СРБ, целесообразно не только при РА, но и при микрокристаллических артритах, характеризующихся наличием хронического воспаления, что обуславливает необходимость проведения проспективных исследований на больших выборках пациентов.

PRP-ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Носивец Д.С.

Днепропетровская медицинская академия,
г. Днепр, Украина

Цель. Изучить результаты PRP-терапии у пациентов с остеоартритом коленного сустава.

Актуальной проблемой современной ортопедии на протяжении многих десятилетий являются дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА). Улучшение качества жизни пациентов и их двигательной активности является предметом многих клинических исследований. Одним из способов решения данного вопроса является PRP-терапия, которая эффективно применяется на ранних стадиях остеоартрита (ОА).



PRP-терапия – это терапия плазмой крови, обогащенной тромбоцитами, которую получают из собственной крови пациента при помощи центрифугирования. Эффективность фракции тромбоцитов обусловлена содержанием большого количества биологически активных веществ, которые называются факторами роста (PD-EGF – эпидермальный фактор роста тромбоцитов, PDGF – тромбоцитарный фактор роста, BMP – костный морфогенетический белок, TGF – трансформирующий фактор роста, IGF – инсулиноподобный фактор роста, VEGF – фактор роста эндотелия сосудов, ECGF – фактор роста эндотелиальных клеток, bFGF – основной фактор роста фибробластов.). Кроме факторов роста тромбоциты содержат большое количество цитокинов, которые обеспечивают процессы регенерации при заболеваниях и повреждениях ОДА.

Материалы и методы. Изучены результаты PRP-терапии 18 пациентов с остеоартритом коленного сустава, проходивших амбулаторное лечение в нашей клинике. Верификация диагноза проводилась по данным МРТ, во всех случаях дегенеративно-дистрофический процесс имел односторонний характер. По классификации Н.С.Косинской у всех пациентов была I ст. патологического процесса. Средний возраст пациентов составил 42,4 года (от 35 до 52 лет). Средняя длительность диспансерного наблюдения составила 17 мес. (от 12 до 24 мес.). Подготовка обогащенной тромбоцитами плазмы осуществлялась по стандартной методике и состояла из следующих этапов: забор венозной крови в количестве 20 мл, перенос материала в специальную пробирку с антикоагулянтом (ACD-A на основе цитрата натрия), центрифугирование (режим 500G – 5 мин), забор 5-6 мл обогащенной тромбоцитами плазмы, внутрисуставное введение препарата. Курс лечения заключался в однократном введении препарата 1 раз в неделю, количество процедур составляло от 3 до 7. Длительность терапии зависела от выраженности болевого синдрома и особенностей течения заболевания. На протяжении курса лечения пациенты обязательно получали хондропротекторную терапию и ЛФК. Результаты лечения оценивались в различные сроки после начала терапии по шкале ВАШ и KOOS (Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score), а также изучалась динамика данных МРТ-исследований.

Результаты и их обсуждение. На момент обращения пациентов основной жалобой была боль и ограничение движений в коленном суставе. По шкале ВАШ средний балл составил 6,5 (от 5 до 7), по шкале KOOS – 45,2 (от 40,3 до 50,7 баллов). По данным МРТ-томограмм средняя толщина хряща контактных поверхностей составила 1,97 мм (от 1,5 до 2,8 мм). К концу срока диспансерного наблюдения отмечалось снижение интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ средний балл составил 1 (от 0 до 2), по шкале KOOS – 95 (от 85,3 до 100). По результатам МРТ отмечено увеличение толщины хрящевой пластинки в зонах хондромалиции в среднем на 1,8 мм (от 1,4 мм до 2,6 мм).

Выводы. PRP-терапия у пациентов с остеоартритом коленного сустава является эффективным методом лечения данной патологии, которая позволяет устранить боль и улучшить качество жизни пациентов.



ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ОСТЕОАТРОПАТИИ

Нутрихина Н.Н.¹, Обухова И.В.², Зверева О.Н.¹,
Осипова Е.А.², Сивкова М.А.²

¹Северный государственный медицинский университет,

²Архангельская областная клиническая больница,
г. Архангельск

Гипертрофическая остеоартропатия (ГОА) – синдром, характеризующийся сочетанием утолщения пальцев (особенно концевых фаланг по типу «барабанных палочек»), наличия периостита длинных костей, рецидивирующей нетяжелой формы синовита и вегетативных расстройств (потливость, чередование бледности и покраснения кожи). Чаще всего ГОА является осложнением других заболеваний, особенно опухолевых и нагноительных процессов легких и плевры.

Цель исследования. Напомнить врачам-ревматологам о разнообразии поражения опорно-двигательного аппарата при ГОА.

Материалы и методы. Клинический случай. В течение 2019 года мы наблюдали больного Б., 37 лет с артропатией неясного генеза (синовит левого коленного сустава) на фоне общего благополучия без клинических и лабораторных признаков воспаления. Этой манифестной стадии заболевания предшествовали в течение 7 лет проходящие синовиты голеностопных суставов, периодические боли в коленных суставах, по поводу которых не лечился. Обнаружение нами симптома «барабанных палочек» было неожиданностью для больного, так как он на протяжении нескольких лет не обращал внимание на деформации пальцев и связывал их с тяжелой физической нагрузкой. Повторные обращения больного с рецидивами артралгий и синовита левого коленного сустава требовали проведения дифференциального диагноза с ревматическими заболеваниями воспалительного характера – ревматоидного артрита, псориатического артрита (тем более что в 25-летнем возрасте был эпизод кожного псориаза). Динамическое наблюдение и лечение метотрексатом без эффекта, тщательное обследование (с применением лабораторных, иммунологических и рентгенологических методов) и обнаружением по данным МРТ периостита диафизов большеберцовых костей и бугристостей бедренных и большеберцовых костей дало основание остановиться на диагнозе ГОА. Отсутствие каких-либо провоцирующих данную патологию заболеваний дало основание для диагностики первичной ГОА.

Результаты и обсуждение. У данного больного клинические проявления артралгий с локализацией преимущественно в области нижних конечностей и наличием выпота в крупных суставах сопровождалось утолщением костей на лодыжках с болезненностью при пальпации. Такая манифестация симптомов была обусловлена развитием периостита длинных трубчатых костей нижних конечностей. Деформация в виде «барабанных палочек», развивающаяся в результате отека, чрезмерного отложения коллагена и сосудистой гиперплазии не сопровождалась какой-либо симптоматикой.

Выводы. Таким образом, у больных с синдромом «барабанных палочек» при наличии артропатий крупных суставов следует проводить обследование (рентгено-



графия, МРТ) для выявления характерного для ГОА периостита длинных трубчатых костей конечностей.

ГИДРОФИЛЬНАЯ ЦЕЛЛУЛАЛГИЯ В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА

Нутрихина Н.Н.¹, Осипова Е.А.², Зверева О.Н.¹

¹Северный государственный медицинский университет,

²Архангельская областная клиническая больница,

г. Архангельск

Гидрофильная целлулалгия (болезненное ожирение) – болевые синдромы, вызываемые невоспалительными изменениями жировой ткани. Причина болезненных ощущений при ожирении может быть связана с повышением гидрофильности жировой ткани и увеличением давления на нервные рецепторы. Чувство болезненности появляется в ограниченных скоплениях жировой ткани, при локализации узлов около суставов нередко диагностируется суставной синдром.

Цель исследования. Обратить внимание практических врачей на малоизвестную причину болевого синдрома при ожирении – гидрофильную целлулалгию.

Материалы и методы. Клинический случай. В октябре 2019 года на консультативный прием ревматолога была направлена больная О., 44 лет с морбидным ожирением (ИМТ 41,0; быстрая прибавка в весе на 30 кг за 3 года). Последние 6 месяцев больная обследовалась у ангиохирурга, торакального хирурга, эндокринолога, гематолога по причине неясного болевого синдрома с образованием узлов в подкожной клетчатке конечностей (преимущественно мягких тканей левого плеча, лодыжки правого голеностопного сустава), а также в надключичных ямках и подмышечных областях. Появление этих симптомов совпадало с менструальным циклом. При углубленном обследовании (лабораторные, иммунологические, рентгенологические методы исследования) были исключены ревматические заболевания воспалительного характера (панникулиты, диффузные болезни соединительной ткани, артриты), объясняющие имеющуюся симптоматику – отсутствие лихорадки, гиперемии и гипертермии кожи, нормальные показатели СОЭ, СРБ, фибриногена, мочевой кислоты, отрицательные иммунологические маркеры воспалительных ревматических заболеваний. Ревматолог остановился на диагнозе гидрофильной целлулалгии. При целенаправленном опросе и обследовании выяснилось, что у пациентки с морбидным ожирением в пре-климактерическом возрасте имело место периодическое появление жировых узлов в области голеностопных суставов и мягких тканей плеч, в надключичных ямках. Выяснено, что эти боли усиливались перед менструацией, что типично для гидрофильной целлулалгии. Пациентке даны рекомендации для амбулаторного лечения: бессолевая гипокалорийная диета с ограничением жидкости, назначение диуретических средств, массажа, ЛФК.

Результаты и обсуждение. У данной больной чувство болезненности появилось в ограниченных скоплениях жировой ткани подкожной клетчатки конечностей



(преимущественно мягких тканей левого плеча, лодыжки правого голеностопного сустава), а также в надключичных ямках и подмышечных областях. Связь целлулалгии с менструальным циклом объясняют задержкой жидкости при гиперэстрогемии. Болезненные узлы в области суставов у больной в течение полугода принимали за проявление воспалительной артропатии. В дальнейшем больной рекомендовано наблюдение эндокринолога.

Выводы. Приведенный клинический случай показывает необходимость учета особенностей клинических проявлений морбидного ожирения в том числе по типу гидрофильной целлулалгии, нередко требующей исключения ряда воспалительных ревматических заболеваний.

СИНДРОМ СУХОГО ГЛАЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ (ЛИТОБЗОР)

Образцова М.Р.

Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза»
имени академика С.Н. Федорова,
Москва

Цель исследования. Изучить источники литературы и ресурсы Интернет-сети о развитии синдрома сухого глаза у пациентов с ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Проанализированы источники литературных данных о клиническом течении ксерофтальмии у больных ревматоидным артритом.

Результаты и обсуждение. Под термином синдром сухого глаза в настоящее время понимают комплекс признаков высыхания (ксероза) поверхности роговицы и конъюнктивы вследствие длительного нарушения стабильности слезной пленки, покрывающей роговицу.

Общеизвестно, что в 1933 году Генрих Шегрен при окрашивании роговицы красителем бенгальским розовым для выявления ее повреждений у лиц с ревматоидным артритом ввел термин сухой кератоконъюнктивит для описания поражения глаз при данном системном заболевании соединительной ткани.

Согласно литературным данным распространенность развития кератитов, склеритов и увеитов у пациентов с ревматоидным артритом составляет от 12 до 30%.

Как правило, пациенты отмечают сухость в глазу, чувство дискомфорта, слезоточивость, ухудшение зрения, что и служит поводом для обращения к офтальмологу.

Этиологические аспекты формирования синдрома сухого глаза при ревматоидном артрите изучены не до конца. К предрасполагающим факторам относят: генетический, инфекционный, пусковой (температурный, стрессовый, токсический). В патогенезе важную роль играет ответная иммунная реакция на гипотетический антиген с выработкой аутоантител, преимущественно IgM ревматоидного фактора (70-80%), образованием избытка цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-а), стимулирующих воспаление. Активация цитокинов и Т-клеток приводит к патологической потере муцина и гликокаликса с поверхности роговицы, развитию апоптоза и снижению слезопродукции.



Повышение осмолярности слезной пленки ведет к цепи патологических реакций, вызывающих развитие синдрома сухого глаза.

Для лечения синдрома сухого глаза при ревматоидном артрите используют слезозаместительную терапию на основе гиалуроновой кислоты. Данный гликозаминогликан является одним из основных компонентов внеклеточного матрикса, он играет важную роль в гидродинамике тканей. На поверхности роговицы водный раствор гиалуроновой кислоты за счет своей вязкости и адгезивных свойств в течение длительного времени создает прероговичную слезную пленку. В связи с углубленным изучением воспалительной теории патогенеза синдрома сухого глаза используют средства, воздействующие на воспаление, основанные на снижении активации Т-лимфоцитов и выброса цитокинов, что приводит к уменьшению воспалительной реакции тканей роговицы и конъюнктивы.

Выводы. Таким образом, наиболее распространенным глазным проявлением у больных ревматоидным артритом является синдром сухого глаза, требующий принятия своевременной офтальмологической помощи.

ПЕРЕДНИЙ УВЕИТ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА (ЛИТОБЗОР)

Образцова М.Р.

Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза»
имени академика С.Н. Федорова,
Москва

Цель исследования. Проанализировать источники литературных данных и материалов Интернет-ресурсов об особенностях ирита и иридоциклита при болезни Бехтерева.

Материалы и методы. Изучены результаты литературного обзора об основных аспектах течения передних увеитов у пациентов с анкилозирующим спондилитом.

Результаты и обсуждение. Первое историческое описание анкилозирующего спондилита в литературе относится к 1559 году, когда Реалдо Коломбо описал два скелета с характерными для этого заболевания изменениями в своей книге «Анатомия». В 1693 году ирландский врач Бернард Коннор описал скелет человека с признаками сколиоза, в котором крестец, тазовая кость, поясничные позвонки и 10 грудных позвонков с ребрами были сращены в единую кость. Существуют несколько клинических описаний этой болезни, сделанные в середине XIX века. Описание русского врача Владимира Бехтерева в 1893 году, немецкого врача Адольфа Штрюмпеля в 1897 году, французского врача Пьера Мари в 1898 году, а также описание Бернарда Коннора в XVII веке считаются первыми описаниями анкилозирующего спондилита, получившего название болезни Бехтерева.

Согласно литературным данным при болезни Бехтерева происходит не только поражения суставов, но и висцеральные проявления, к одним из которых относится поражение органа зрения (20-30% случаев, по разным источникам): увеит, кератит,



помутнение хрусталика, развитие вторичной глаукомы, в редких случаях – атрофия зрительного нерва.

По данным ряда авторов, в патогенезе переднего увеита имеет значение сцепленность с антигеном HLA-B27. Этот антиген является маркером генетической предрасположенности к увеитам при болезни Рейтера, анкилозирующем спондилите и реактивных артритах, бактериальных инфекциях (иерсиниозе, сальмонеллезе и гонорее).

Нередко до клинической манифестации суставной формы поражения анкилозирующего спондилита у пациентов наблюдаются резистентные к обычным методам лечения неинфекционной природы иридоциклиты, ириты, эписклериты. Как правило, ириты и иридоциклиты протекают в виде двустороннего экссудативного негранулематозного процесса. При биомикроскопии глаза можно также увидеть в передней камере отложения фибрина, что может привести к образованию задних сращений (синехий). На глазном дне может развиваться отек в макулярной области.

На сегодняшний день основным способом лечения неинфекционных передних увеитов считаются глюкокортикостероиды, имеющие как местное, так и системное применение данных лекарственных препаратов. Выбор конкретного препарата этой группы и метода его введения осуществляется с учетом активности воспалительного процесса.

Выводы. Таким образом, болезнь Бехтерева характеризуется полисимптоматическим характером поражения, приводящая к инвалидизации трудоспособного населения.

ФОРМУЛА ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

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

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. С помощью статистической обработки данных разработать формулу прогноза заболевания для пациентов ССД и ИПЛ.

Материалы и методы. В исследование было включено 83 пациента с достоверным диагнозом ССД и ИПЛ (средний возраст на момент включения составил 46 ± 13 ; давность заболевания от первого не-Рейно синдрома – $7,4 \pm 6,8$, 69% с лимитированной формой; женщины составили 94%). Длительность наблюдения составила 59 ± 12 месяцев. Всем пациентам проводилась рентгенография или КТВР органов грудной клетки. Лабораторное обследование включало клиническое исследование крови, мочи, анализ основных биохимических показателей крови. Общее иммунологическое обследование. Были проведены ФЛТ (определение Форсированной



жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и диффузионной способности легких (ДСЛ). Обработка данных проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 10.0 (Statsoft, США).

Результаты. Дискриминантный анализ проводился в группе из 58 человек, выбранных из динамической группы больных с помощью метода пошагового дискриминантного анализа. Была получена функция классификации, которая включала показатели: наличие «матового стекла», активность EScSG, ФЖЕЛ, максимальная суточная доза глюкокортикоидов, Гамма-глобулин, прием ЦФ (при включение в исследование), ДСЛ. На основании проведенного анализа была выведена формула, по результатам которой можно предварительно судить о прогнозе заболевания:

$3,14 \times \text{матовое стекло} + 0,70 \times \text{активность Валенти́ни (на момент осмотра)} - 1,326 \times \text{ФЖЕЛ} - 0,1 \times \text{максимальная суточная доза ГК} + 0,136 \times \text{гамма-глобулины} + 1,066 \times \text{ЦФ} - 1,075 \times \text{ДСЛ (годовая точка)} \leq 5,8.$

Значения формулы до 5,8 соответствуют благоприятному прогнозу или стабилизации состояния, в то время как показатели более 5,8 соответствуют неблагоприятному прогнозу. Точность формулы для неблагоприятного прогноза составила 60%, в то время как для благоприятного прогноза или стабилизации состояния – 84%, общая точность формулы составила 78%. Чувствительность формулы – 86%, а специфичность – 56%. Следовательно, данная формула больше подходит для выявления стабилизации процесса или улучшения состояния, чем для оценки плохого прогноза. Также для оценки чувствительности и специфичности формулы был проведен ROC-анализ. Для точки разделения 4,7 чувствительность составила 65%, специфичность – 67%. Таким образом, были получены три области различного прогноза, которые представлены на рисунке 25.

Заключение. Формула прогноза и зоны прогноза ИПЛ у пациентов с ССД позволяют определить возможную динамику процесса в легких. Зона хорошего прогноза ИПЛ соответствует значениям формулы до 4,7; стабилизации процесса – значениям от 4,7 до 5,8; повышение показателя выше 5,8 относится к зоне плохого прогноза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ШКАЛ ОЦЕНКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ, ЗА ГОДОВОЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ

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

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Сравнить современные шкалы оценки поражения легких для определения наиболее информативной.



Материалы и методы. Для изучения различных КТВР-счетов визуальной полуколичественной оценки фиброзных изменений направленность динамики усугублялась при сравнительной оценке сканограмм экспертом-рентгенологом. Затем эксперт и три рентгенолога со стажем работы от 4 до 10 лет оценили парные сканограммы больных при включении в исследование и через год (всего 24 сканограммы). Оценка сканограмм проведена с использованием КТВР-счетов, предложенных J.H. Warrick, A.U. Wells и E.A. Kazerooni. В статистический анализ включено 288 оценок (24 сканограммы оценены четырьмя рентгенологами по трем индексам). Для оценки надежности (inter-Rater reliability) количественных оценок традиционно используется коэффициент внутриклассовой корреляции (ICC – intraclass correlation coefficient), дающий представление о совпадении оценок какого-либо признака несколькими исследователями; для качественных показателей используется коэффициент Каппа (Cohen's kappa), величина которого показывает степень совпадения между экспертами оценок выраженности фиброза при первом и втором исследовании одного больного. Средний возраст этой группы больных составил $42 \pm 13,2$ года, из них 11 женщин, семь больных с диффузной формой ССД и пять больных с лимитированной формой ССД.

Результаты. По полученным данным были видны существенные различия в оценках между рентгенологами в целом и между специалистами и экспертом по результатам всех трех шкал. Значения суммарных индексов существенно различались между рентгенологами при оценке как исходных проявлений ИПЛ, так и изменений через год. Расчет коэффициента внутриклассовой корреляции ICC для оценок четырьмя специалистами рентгенограмм 12 больных с интервалом в 1 год (24 оценки) для шкал J.H. Warrick, A.U. Wells и E.A. Kazerooni составил: 0,66 [0,48-0,81]; 0,76 [0,61-0,87]; 0,56 [0,37-0,75] соответственно. Таким образом только шкала, предложенная A.U. Wells и соавт. превышает значение 0,75, вызывая наибольшее доверие со статистической точки зрения. Поэтому нам представилось целесообразным провести согласованность в определении прогрессии пневмофиброза за годовой период (увеличение значений индекса) между исследователями при применении шкалы, предложенной A.U. Wells и соавт. с использованием индекса Cohen's kappa. Значения индекса Cohen's kappa при сравнении экспертных балльных оценок шкалы Wells при первом и втором исследовании: рентгенолог 1vs2=0.25; 1vs3=-0.5; 1vs4=0.12; рентгенолог 2vs3=0.25; 2vs4=0.12; рентгенолог 3vs4=0.47. Степень согласия между оценками экспертов крайне низка, в случае сравнения исследователя №3 и №1 даже наблюдается существенное противоречие. У остальных степень согласованности была слабой (Cohen's kappa 0,12) или удовлетворительной (0,47). В связи с этим оценка прогрессирования с использованием наиболее надежной из трех обсуждаемых шкал – шкалы A.U. Wells – не обладает достаточной точностью.

Заключение. Шкала A.U. Wells и соавторов (1997) для полуколичественной оценки ИПЛ показала самую хорошую межоператорскую воспроизводимость (ICC=0,76) по сравнению со шкалой E.A. Kazerooni и соавторов (ICC=0,56) и шкалой J.H. Warrick и соавторов (ICC=0,66) при одномоментном исследовании. При оценке динамических изменений с интервалом в 1 год межоператорская воспроизводимость шкал была низкой.



КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Один В.И., Дворовкин А.Э.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Известно, что аутоиммунные заболевания часто сочетаются друг с другом. Описаны кластеры аутоиммунных заболеваний в эндокринологии, где их подразделяют на аутоиммунные полигландулярные синдромы, в гастроэнтерологии (где их рассматривают как перекрестный (overlap) синдром). Ревматологические заболевания также часто входят в различные кластеры аутоиммунных заболеваний, которые определяют как множественный аутоиммунный синдром. В литературе, в частности, описаны случаи сочетания анкилозирующего спондилита и болезни Крона, системной склеродермии и ревматоидного артрита. Из всех аутоиммунных заболеваний наиболее часто встречающимся является аутоиммунный тиреоидит (АИТ), который в свою очередь преимущественно ассоциирован с витилиго, аутоиммунным гастритом и РА. Из ревматических аутоиммунных заболеваний наиболее частым является ревматоидный артрит (РА). Последний в большинстве случаев сочетается с АИТ. Следует отметить, что сочетание двух аутоиммунных заболеваний может иметь определенное клиническое значение, особенно если одно аутоиммунное заболевание с присущими ему иммунопатогенетическими особенностями возникает на фоне другого, ранее развившегося, и имеющего свои иммунопатогенетические особенности.

В докладе обсуждаются собственные данные касающиеся значения хронологической первичности РА и АИТ, возможных иммунофенотипов РА, роль триггерных факторов в генезе РА ассоциированного с АИТ, роль онтогенетической стадии в дебюте РА ассоциированного с АИТ, а также цитогенетические особенности РА ассоциированного с АИТ.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО КЛАССУ «БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ»

Орлова Е.А., Гречухин А.И., Абдуллаев М.А.

Астраханский государственный медицинский университет,
г. Астрахань

Цель исследования. Оценка динамики первичной и общей заболеваемости взрослого населения Российской Федерации и Астраханской области болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани за 2011-2018 гг.



Материалы и методы. По статистическим данным сборников «Заболеваемость населения» за 2011–2018 гг. изучались показатели общей и первичной заболеваемости населения Российской Федерации и Астраханской области на 100 000 человек (с 18 лет и старше) болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, определялся темп из прироста в процентах.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показал, что болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани находятся на третьем месте в структуре общей заболеваемости и на шестом в структуре первичной заболеваемости взрослого населения РФ. Установлено повышение уровня общей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани в РФ на 3,2% с $13962,9^{0/}_{0000}$ до $14412,7^{0/}_{0000}$, при этом показатель первичной заболеваемости уменьшился на 9,9% (с $3150,9^{0/}_{0000}$ до $2839,1^{0/}_{0000}$). Наблюдалась негативная тенденция роста общей заболеваемости такими ревматическими болезнями, как ревматоидный артрит – на 10,1% (с $240,2^{0/}_{0000}$ до $264,4^{0/}_{0000}$), спондилопатии – на 61,2% (с $62,7^{0/}_{0000}$ до $101,1^{0/}_{0000}$), системные поражения соединительной ткани – на 8,9% (с $46,2^{0/}_{0000}$ до $50,3^{0/}_{0000}$), артрозы – на 14,3% (от $3303,8^{0/}_{0000}$ до $3777,2^{0/}_{0000}$), остеопорозы – на 15,4% (от $122,4^{0/}_{0000}$ до $141,2^{0/}_{0000}$). Частота первичной заболеваемости взрослых в РФ повысилась: ревматоидным артритом – на 9,3% (с $24,7^{0/}_{0000}$ до $27,0^{0/}_{0000}$), спондилопатиями – на 89,9% (с $9,9^{0/}_{0000}$ до $18,8^{0/}_{0000}$), системными поражениями соединительной ткани – на 10,7% (с $5,6^{0/}_{0000}$ до $6,2^{0/}_{0000}$), артрозами – на 7,7% (от $650,5^{0/}_{0000}$ до $700,6^{0/}_{0000}$).

С 2011 по 2018 годы в Астраханской области отмечалось снижение уровня общей заболеваемости по данному классу болезней взрослого населения на 27,8% (с $10254,8^{0/}_{0000}$ до $7402,3^{0/}_{0000}$), а первичной заболеваемости – на 45,3% (от $4049,4^{0/}_{0000}$ до $2216,6^{0/}_{0000}$). Однако стоит отметить, что показатель общей заболеваемости ревматоидным артритом в Астраханской области повысился на 28,2% (с 156,3 до 200,3), спондилопатиями – на 2,3 раза (с $45,8^{0/}_{0000}$ до $104,2^{0/}_{0000}$), системными поражениями соединительной ткани – на 11,9% (с $23,5^{0/}_{0000}$ до $26,3^{0/}_{0000}$), но снизился уровень общей заболеваемости артрозами на 20,6% (с $2837,3^{0/}_{0000}$ до $2253^{0/}_{0000}$).

В Астраханской области показатель первичной заболеваемости повысился: ревматоидным артритом – на 23,2% (с $15,5^{0/}_{0000}$ до $19,1^{0/}_{0000}$), спондилопатиями – в 2 раза (с $8,6^{0/}_{0000}$ до $17,4^{0/}_{0000}$), системными поражениями соединительной ткани на – 23,1% (с $2,6^{0/}_{0000}$ до $3,2^{0/}_{0000}$).

Таким, образом, в РФ сохраняется тенденция повышения уровня общей заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, особенно таких, как ревматоидный артрит, спондилопатии, системные поражения соединительной ткани, составляющих наиважнейшую медико-социальную и экономическую проблему.

Причинами сложившейся ситуации могут быть: сложности в доступности медицинской помощи, повышение уровня диагностики, а также недостатки осуществления профилактики и особенно лечения заболевания.

Выводы. Установленная негативная тенденция роста общей заболеваемости болезнями по профилю «ревматология» обуславливает необходимость совершенствования подходов в лечении данной категории пациентов, в том числе в Астраханской области.



ВОЗМОЖНЫЕ ИСТОЧНИКИ БОЛИ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИОМ

Пальгуева А.Ю., Литвяков А.М.

Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Цель исследования. Определить частоту встречаемости и выраженность структурных изменений магистральных артерий атеросклеротического характера при ревматоидном артрите (РА), а так же определение возможных источников болевых ощущений в области живота при проведении эхоконтролируемой пальпации.

Материалы и методы. В исследование было включено 75 пациентов, страдающих РА. В качестве контрольной группы (КГ) выступили 28 здоровых лиц. У пациентов, принявших участие в исследовании, отсутствовали такие классические факторы риска развития атеросклероза как артериальная гипертензия, сахарный диабет, избыточная масса тела, курение сигарет.

Средний возраст пациентов с РА составил $38,7 \pm 7,4$ лет. Продолжительность РА в среднем составила $8,3 \pm 5,4$ лет.

Средний возраст в КГ группе составил $35 \pm 5,6$ лет. Лица из КГ были сопоставимы по полу и возрасту с группами пациентов с РА.

В план ультразвукового скрининга были включены абдоминальный отдел брюшной аорты, подвздошные, бедренные, подколенные и плечевые артерии, а так же общие сонные и экстракраниальные отделы наружной и внутренней сонных артерий. Для уточнения источников болевых ощущений в области живота во время проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости проводилась эхоконтролируемая пальпация луковицы двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, абдоминального отдела аорты, поясничного отдела позвоночника. Выраженность болевых ощущений оценивалась при помощи ВАШ.

Результаты и обсуждение. У 22 (29,3%) пациентов с РА в артериальных сосудах присутствовали очаги атероматоза. Достоверно ($\chi^2=8,75$, $p<0,05$) присутствие атеросклеротических бляшек, в сосудах обследованных лиц, было ассоциировано с РА. В КГ очагов атероматоза в сосудах обнаружено не было. При РА имеет место поражения артериального русла атеросклеротическими бляшками, которые были обнаружены в различных сосудистых регионах (сонные артерии, абдоминальный отдел аорты и сосуды нижних конечностей).

Имели место статистически достоверные ($p<0,001$) различия по продолжительности РА между подгруппой с атеросклеротическими бляшками и без них. Продолжительность анамнеза РА в подгруппе с очагами атероматоза составила 12 лет (10-15), в подгруппе без атеросклеротических бляшек – 5 лет (3-8).

Установлено, что для пациентов, в сосудах которых выявлены атеросклеротические бляшки, были характерны более высокие значения индекса Ричи.

Системные проявления РА присутствовали у 12 (54,6%) человек с атеросклеротическими бляшками. В то же время среди пациентов с РА без очагового поражения сосудов экстраартикулярные проявления имели место только у 2 (3,8%) человек. Присутствие атеросклеротических бляшек в сосудах было статистически достоверно ассоциировано с наличием системных проявлений РА ($\chi^2=15,89$, $p<0,001$).



При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости проводилась эхоконтролируемая пальпация. При этом 36 (48%) человек указывали на наличие болевых ощущений в области живота. В 15 (20%) случаях болевые ощущения выявлялись при пальпации поясничного отдела позвоночника, выраженность которых по шкале ВАШ составила 48 (36-59). В 21 (28%) случаях пациенты указывали на болезненные ощущения при пальпации абдоминального отдела аорты, и их интенсивность по ВАШ оказалась 42 (31-65). При этом в данной группе пациентов выявлены признаки атеросклеротического поражения аорты: изменение контура сосуда в виде извитости, неоднородная структура сосудистой стенки, неровности, неоднородности интимальной зоны. Атеросклеротические бляшки в брюшной аорте обнаружены в 21 (28%) случае. Единичные очаги атероматоза выявлены у 9 (12%) человек, множественные – у 12 (16%). Во всех случаях атеросклеротические бляшки были гомогенной структуры с ровной поверхностью. По распространенности атеросклеротические бляшки были локальными, по локализации – сегментарными. Гемодинамических нарушений не вызывали.

Выводы. 1. При РА атеросклеротические бляшки выявлялись в сосудах 22 (29,3%) человек, что достоверно чаще, чем в КГ. Очаги атероматоза обнаружены в сонных артериях, абдоминальном отделе аорты, подвздошных, бедренных артериях. 2. При проведении эхоконтролируемой пальпации в 36 (48%) случаях выявлены болевые ощущения, связанные с изменениями позвоночника 15 (20%) случаев, а так же с атеросклеротическими изменениями абдоминального отдела аорты – 21 (28%).

КЛИНИЧЕСКАЯ И УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕЗИТОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И ПСОРИАЗОМ

Петров А.В., Притуло О.А., Петров А.А., Соколова Л.В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Цель исследования. Оценить частоту и выраженность клинических и ультразвукографических проявлений энтезиального воспаления у больных псориазическим артритом (ПсА) и псориазом (Пс), а также влияние метотрексата на клинико-ультра-сонографические проявления энтезитов (Эн).

Материал и методы. Проведено клиническое, лабораторное и ультразвукографическое обследование 86 больными Пс, которые в период 2016-2019 гг. были впервые направлены на консультацию ревматолога в связи с болевым синдромом в области суставов и сухожильно-связочного аппарата. Среди обследованных больных было 55 женщин и 31 мужчин, средний возраст больных составил 48,6±8,7 лет. Обследование всех больных обязательно включало в себя пальпацию суставов и энтезисов, определение уровня С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора (РФ), HLA-B27-антигена, проведение ультразвукографии болезненных сухожилий, связок и суставов с применением линейного датчика с частотой 12-18 МГц и энергетического доплера с частотой 6,6 МГц. В дальнейшем было проведено наблюдение за 32 больными ПсА



с периферическими артритам и выявленными Эн, которые в течение 6 месяцев принимали метотрексат в дозе 15-20 мг в неделю в комбинации с фолиевой кислотой 5 мг в неделю с оценкой клинических и ультрасонографических показателей.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных больных Пс клинические и ультрасонографические признаки Эн были выявлены у 53 больных (61,6%). У 32 больных (60,4%) Эн сочетались с клиническими и ультрасонографическими признаками воспаления синовиальных оболочек суставов, у 18 больных (33,9%) – с клиническим проявлениями спондилита и сакроилиита. У 20 больных (37,7%) Эн не сопровождалось признаками воспаления суставов и позвоночника. При оценке ультрасонографических данных у наблюдаемых больных выявлялись следующие проявления Эн: снижение эхогенности сухожилия с потерей фибриллярной структуры – у 50 больных, утолщение сухожилия в месте прикрепления кости – у 49, энтезофиты – у 18, кальцификаты – у 29, костные эрозии в месте прикрепления сухожилия – у 18, появление доплеровских сигналов в энтезисах – у 25. У 23 больных Эн (43,4%) определялись ультрасонографические признаки теносиновита в виде появления анэхогенных (жидкостных) и гипозоногенных структур доплеровских сигналов вокруг сухожилий и связок.

При анализе динамики клинико-ультрасонографических данных в течение 6 месяцев лечения больных с Эн метотрексатом было отмечено снижение средних значений Маастрийского энтезиального индекса MASES с 4,2 [2,7; 5,0] до 2,8 [2,1; 3,6] ($p=0,13$) и индекса Мадридского сонографического энтезиального индекса MASEI с 9,1 [7,7; 12,2] до 6,5 [4,9; 8,1] ($p=0,03$). В то же время признаки энтезиального воспаления сохранялись у 24 из 32 больных. В дальнейшем 17 больным ПсА с Эн были назначены ингибиторы фактора некроза опухоли альфа или ингибиторы ИЛ-17 для контроля симптомов Эн.

Выводы. В настоящем исследовании было продемонстрировано, что Эн является частым проявлением поражения опорно-двигательного аппарата у больных Пс и может быть единственным проявлением его поражения, что наблюдалось у 23,3% обследованных больных. Применение метотрексата не позволило добиться полного устранения клинических и ультрасонографических признаков Эн у 75,2%.

ОТМЕНА ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЕСЛИ МАВР СДЕЛАЛ СВОЕ ДЕЛО, МОЖЕТ ЛИ МАВР УЙТИ?

Петров А.В.¹, Фурсова В.А.², Шевнина Я.О.², Гаффарова А.С.¹

¹Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского,

²Республиканская клиническая больница имени Н.А. Семашко,

г. Симферополь

Цель исследования. Оценить динамику клинической активности анкилозирующего спондилита (АС) в течение 12 месяцев после отмены адалимумаба (АДА) у больных с достигнутой частичной клинической ремиссией.



Материал и методы. Проведено динамическое наблюдение за 26 больными АС, у которых в результате длительного применения (в течение 24 месяцев и более) АДА в виде подкожных инъекций по 40 мг 1 раз в две недели наблюдалась частичная клиническая ремиссия АС. Критериями достижения частичной клинической ремиссии АС было достижение значений менее 20 из 100 четырех доменов оценки активности спондилоартрита: визуально аналоговой шкалы (ВАШ) активности болезни, ВАШ боли, функциональной активности по индексу BASFI и среднего значения ВАШ двух шкал утренней скованности индекса BASDAI < 2. Для всех, включенных в исследование больных значения индекса ASDAS_{CRP} были менее 1,3 [15], а индекса BASDAI – 2 и менее. Отмена АДА проводилась после 3-4 месячного периода его применения в дескалационном режиме в виде 1 инъекции (40 мг) 1 раз в 4 недели. После отмены АДА больные продолжали принимать нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), сульфасалазин в дозе 1,5-2 г в сутки (11 больных) и метотрексат 10 мг в неделю (3 больных). Оценка клинических и лабораторных параметров течения АС проводилась через 3, 6 и 12 месяцев после отмены АДА.

Результаты и обсуждение. Среди наблюдавшихся больных частичная клиническая ремиссия АС сохранялась через 6 месяцев у 12 (46,2%) больных, а через 12 месяцев – у 10 (38,5%). Низкая степень активности АС (ASDAS_{CRP} < 1,3 и BASDAI < 4) удерживалась в течение 6 месяцев после отмены АДА у 14 (53,8%) больных, а через 12 месяцев – у 12 (46,2%).

Таким образом, после периода длительного применения АДА (не менее 2 лет) почти у половины наблюдавшихся больных в течение 12 месяцев удалось контролировать симптомы заболевания без назначения ингибиторов фактора некроза опухоли альфа и антагонистов ИЛ-17.

Выводы. В течение 12 месяцев после отмены АДА обострение АС наблюдалось у 53,8% больных с исходно достигнутой частичной клинической ремиссией при условии продолжения приема НПВП и сульфасалазина или метотрексата.

ДОРСАЛГИЯ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА ВИТАМИНОМ D

Пикуза А.В., Нуруллин Ш.Н.

Казанский государственный медицинский университет,
г. Казань

Цель исследования. Изучить факторы риска развития дорсалгии в молодом возрасте и использовать для их профилактики витамин D.

Задачи исследования. 1. провести анализ литературных данных по факторам риска развития дорсалгии в молодом возрасте; 2. набрать исследуемую группу в возрасте 18-44 лет; 3. провести анализ возможных рисков развития дорсалгии в молодом возрасте таких как стресс и пол; 4. провести анализ влияния применения витамина D на уровень стресса и дорсалгии; 5. выявить наиболее эффективную форму витамина.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе ГАУЗ РКБ МЗ РТ в нейрохирургическом отделении №1, ГАУЗ городская поликлиника №18, а также через интернет платформу «Googleforms».



Были использованы следующие методы исследования:

- сбор анамнеза;
- физикальный осмотр;
- социологический опрос;
- статистический анализ;
- шкалы стресса Андерсона, Холмса-Рея и шкалы PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона.

В исследовании всего приняло участие 64 человека с высоким уровнем стресса и дорсалгии. В ходе анализа были выделены две группы. Первая включала в себя 49 респондентов, которые не принимали витамин D. Вторая группа (15 человек) – Данной группе было предложено принимать витамин D в профилактической дозе 500 МЕ в день на водной основе (5 человек) или масляный раствор в дозе 500 МЕ (10 человек).

Результаты и обсуждение. 1) Соотношение встречаемости между мужчинами и женщинами 1:1,2 соответственно. Данный результат говорит о том, что встречаемость дорсалгии в молодом возрасте между полами примерно одинакова. 2) Уровень стресса напрямую влияет на проявления дорсалгии. В первой группе уровень стресса и дорсалгии оставался неизменно высоким. Во второй группе у 86% респондентов, после приема витамина D отмечалось уменьшение уровня стресса (низкий показатели стресса), а также и дорсалгии (в среднем по шкале ВАШ уровень боли составлял 2-3 балла по сравнению с изначальным 7-8 баллов). 3) В ходе сбора анамнеза и проведения физикального осмотра было выявлено, что эффект от масляных растворов витамина D наступал в среднем на 6 месяцев раньше, чем от водных растворов. Данный результат, можно объяснить тем, что витамин D является жирорастворимым витамином и соответственно масляные растворы усваиваются легче.

Выводы. 1. Встречаемость дорсалгии между полами примерно одинакова в молодом возрасте. 2. Стресс является фактором риска развития дорсалгии так как наличие стресса связано с проявлением дорсалгии. 3. Витамин D можно применять в качестве профилактики дорсалгии и уменьшении уровня стресса; 4. Эффект от масляных растворов витамина D наступает значительно раньше.

НАСКОЛЬКО ЭФФЕКТИВНА ОБЕЗБОЛИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ? ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПАС (КАЧЕСТВО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТРИТОМ И БОЛЬЮ В СПИНЕ)

Погожева Е.Ю., Каратеев А.Е., Амирджанова В.Н.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить эффективность лечения и удовлетворенность анальгетической терапией пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) по данным опроса в рамках исследования КОМПАС (Качество Обезболивания по Мнению Пациентов с Артритом и болью в Спине).



Материал и методы. В опросе приняли участие 1040 пациентов с РЗ (ревматоидный артрит – 40,6%, остеоартрит суставов и позвоночника – 32,1%, спондилоартриты – 10,6%, системные заболевания соединительной ткани – 8,6% пациентов). 76,8% были женщины, средний возраст $55,8 \pm 14,0$ лет. 54,1% пациентов имели высшее образование, 44,9% – среднее и только 1% – начальное. 35,7% больных продолжали работать по специальности, 31,6% имели различную степень инвалидности, 30,3% больных являлись пенсионерами. Эффективность терапии боли оценивалась пациентом за последний месяц, предшествовавший опросу по 5-бальной шкале, где 1 – нет эффекта и 5 – превосходный эффект. Также оценивалась удовлетворенность пациентов лечением, возможные причины недостаточной эффективности терапии боли и использование дополнительных средств лечения. Статистическая обработка данных была проведена с помощью стандартного статистического пакета программ (SPSS 19.0). Количественные данные в работе представлялись в виде $M \pm \sigma$, при отсутствии нормального распределения признака в виде медианы и 25;75 перцентилей, качественные данные – в виде процентного отношения.

Результаты. В качестве терапии основного заболевания, 40% пациентов получали базисные противовоспалительные препараты (БПВП), 33,1% – глюкокортикоиды (ГК), 7,2% – генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) и 15,2% – симптоматические препараты замедленного действия (СПЗД). При этом, 68% пациентов нуждались в дополнительной обезболивающей терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Чуть менее половины опрошенных пациентов (46,9%) отметили умеренный эффект обезболивающей терапии, 22,7% – низкий эффект и 5% – отсутствие эффекта, 23,7% оценили эффективность терапии, как хорошую и только 1,7% – как превосходную. При этом, полностью удовлетворены результатом терапии боли оказались лишь 15,6% пациентов, 64% были частично удовлетворены лечением и 20,4% оказались полностью не удовлетворены анальгетической терапией. В качестве причины недостаточной эффективности терапии, чаще всего (34,3%) пациенты называли боязнь нежелательных явлений, связанных с приемом препаратов, 19,4% – слабые лекарства, 15,3% – недостаточное внимание врачей к жалобам, 6,6% – плохую диагностику причин боли. Остальные затруднялись с ответом или были полностью удовлетворены лечением. 40% пациентов использовали дополнительные средства: мануальную терапию (12,3%), иглоукалывание (4,8%), физиотерапию (12,7%) и народные средства (7,4%).

Выводы. У значительной части пациентов с РЗ отсутствует адекватный контроль боли. Только 25,4% пациентов оценивают результат лечения как хороший и превосходный и еще меньшее число больных (15,6%) полностью удовлетворены результатами терапии. Таким образом, необходим персонализированный подход к анальгетической терапии, в том числе и с учетом ожиданий пациентов относительно результатов лечения. Это позволит улучшить взаимодействие врача и пациента, усилить контроль за состоянием здоровья больного, повысить комплаентность, что, в свою очередь, окажет положительное влияние на результаты терапии боли.



МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МЫШЕЧНОЙ СИЛОЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Раскина Т.А., Аверкиева Ю.В., Усова Е.В., Григорьева И.И.
Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово

Цель исследования. Оценить взаимосвязь состояния минеральной плотности кости (МПК) и мышечной силы кисти и у женщин в постменопаузе с остеоартритом (ОА) коленного сустава.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 50 пациентов женского пола (средний возраст 64 (58,3; 66) года) с диагнозом ОА коленного сустава, установленным согласно критериям ACR (1991 г.). Группу контроля составили 50 женщин без клинических признаков ОА (средний возраст 64 (60,3; 68) года).

Мышечную силу измеряли при помощи механического кистевого динамометра. МПК (г/см^2) и Т-критерий (стандартное отклонение, СО) шейки бедра и поясничного отдела позвоночника (L_1-L_{IV}) оценивали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) (аппарат «Lunar Prodigy Primo», США). Интерпретацию данных DXA проводили с использованием следующих референсных интервалов (Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению остеопороза, 2020 г.): нормальные показатели МПК (Т-критерий ≥ -1 СО), остеопения (ОПе) (Т-критерий от -1 до $-2,5$ СО) и остеопороз (ОП) (Т-критерий $< -2,5$ СО).

Результаты. Остеопенический синдром (ОПС) в исследуемой когорте выявлен у 95 (95%) женщин, нормальная МПК зарегистрирована только у 5 (5%) обследованных лиц.

В группе женщин с ОА коленного сустава нормальная МПК наблюдалась только в 3 (6%) случаях, ОПе – в 24 (48%), ОП – в 23 (46%). В целом ОПС зарегистрирован у 47 (94%) больных данной группы.

В группе контроля ОПС диагностирован у 48 (96%) человек, из них: ОПе – у 12 (24%), ОП – у 36 (72%) пациентов. Нормальная МПК зарегистрирована у 2 (4%) женщин.

У пациентов с ОА коленного сустава ОПе регистрировалась значительно чаще ($p=0,029$), чем в группе контроля. ОП, напротив, чаще встречался у женщин без ОА коленного сустава ($p=0,024$).

Медиана показателя кистевой динамометрии в группе пациентов с ОА коленного сустава составила 17,4 (16,8; 18,4) кг, что оказалось достоверно ниже аналогичного показателя в группе контроля – 18,9 (17,6; 21,7) кг ($p<0,001$).

Установлено, что у женщин с ОА коленного сустава абсолютная величина мышечной силы уменьшалась прямо пропорционально снижению МПК ($p<0,001$). Так,



у пациенток с нормальной МПК данный показатель составил 20,0 (20,0; 20,1) кг, у женщин с ОПе – 18,2 (17,3; 18,6) кг, у больных с ОП – 16,9 (16,4; 17,3) кг.

По результатам корреляционного анализа установлено, что показатели кистевой динамометрии достоверно положительно коррелировали с Т-критерием шейки бедра и поясничного отдела позвоночника ($r=0,450$, $p=0,001$ и $r=0,664$, $p<0,001$ соответственно). Аналогичная взаимосвязь мышечной силы установлена с МПК шейки бедра и поясничного отдела позвоночника ($r=0,484$, $p<0,001$ и $r=0,678$, $p<0,001$ соответственно).

Выводы. Полученные данные позволяют обсуждать более высокую частоту остеопении у женщин с ОА коленного сустава по сравнению с группой контроля. Снижение МПК у женщин с ОА было достоверно связано со значимым уменьшением мышечной силы.

ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Раскина Т.А., Аверкиева Ю.В., Усова Е.В., Малышенко О.С.

Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово

Цель исследования. Оценить минеральную плотность кости (МПК) в шейке бедренной кости и поясничном отделе позвоночника у женщин среднего и пожилого возраста с остеоартритом (ОА) коленного сустава.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 50 женщин (средний возраст 64 (58,3; 66) года) с установленным диагнозом ОА коленного сустава согласно критериям ACR (1991 г.). В соответствии с классификацией ВОЗ (2016 г.) больные разделены на 2 группы: 15 пациентов среднего возраста (44-59 лет) (медиана возраста 55 (52; 58) лет) и 35 – пожилого (60-75 лет) (медиана возраста 64 (61,5; 67,5) года).

Оценку рентгенологической стадии ОА проводили методом рентгенографии коленных суставов в прямой проекции с использованием классификации Kellgren и Lawrence (1957 г.). С учетом рентгенологической стадии в каждой из возрастных групп были выделены две подгруппы: 1-ая – I-II рентгенологическая стадия ОА и 2-ая – III-IV стадия ОА.

МПК ($г/см^2$) и Т-критерий (стандартное отклонение, СО) шейки бедренной кости и поясничного отдела позвоночника (L1-LIV) оценивали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) (аппарат «Lunar Prodigy Primo», США). Интерпретацию данных DXA проводили с использованием следующих референсных интервалов: нормальные показатели МПК (Т-критерий ≥ -1 СО), остеопения (ОПе) (Т-критерий от -1 до -2,5 СО) и остеопороз (ОП) (Т-критерий $< -2,5$ СО) (Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению остеопороза, 2020 г.).



Результаты. Остеопенический синдром (ОПС) в исследуемой когорте выявлен у 47 (94%) пациентов, из них ОПе – у 24 (48%) женщин и ОП – у 23 (46%). Нормальная МПК зарегистрирована у 3 (6%) больных.

В группе пациентов среднего возраста нормальная МПК наблюдалась только у 2 (13,3%) женщин, ОПе – в 10 (66,7%) случаях, ОП – в 3 (20%). В целом ОПС зарегистрирован у 13 (86,7%) больных указанной группы.

В группе больных пожилого возраста ОПС диагностирован у 24 (97,1%) человек, из них: ОПе – у 14 (40%), ОП – у 20 (57,1%) пациентов. Нормальная МПК наблюдалась у 1 (2,9%) женщины.

Таким образом, в группе женщин пожилого возраста ОП встречался значительно чаще ($p=0,036$), чем у больных среднего возраста. ОПе, напротив, чаще регистрировалась у женщин среднего возраста ($p=0,021$).

При анализе показателей МПК в зависимости от локализации установлено, что МПК шейки бедренной кости у женщин среднего возраста с I-II стадией ОА составила 0,789 (0,778; 0,797) г/см², что соответствует -1,95 (-2,15; -1,75) СО по Т-критерию, поясничного отдела позвоночника – 0,905 (0,865; 0,964) г/см² и -1,70 (-2,17; -1,52) СО по Т-критерию. У больных с III-IV стадией ОА зарегистрированы следующие показатели МПК: 0,976 (0,930; 1,01) г/см² и 0,982 (0,889; 1,02) г/см², что соответствует -0,7 (-1,47; -0,3) СО и -1,45 (-2,13; -0,85) СО по Т-критерию шейки бедренной кости и поясничного отдела позвоночника соответственно. Таким образом, показатели МПК шейки бедренной кости у больных с ОА III-IV стадии были достоверно выше аналогичных параметров у пациентов с I-II стадией ОА ($p=0,047$), в то время как значения МПК поясничного отдела позвоночника достоверно не различались ($p>0,05$).

В группе женщин пожилого возраста с I-II стадией ОА показатель МПК шейки бедренной кости составил 0,786 (0,711; 0,873) г/см², что соответствует -1,85 (-2,48; -1,27) СО по Т-критерию, поясничного отдела позвоночника – 0,880 (0,811; 0,912) г/см² и -2,50 (-3,10; -1,83) СО по Т-критерию. У больных с III-IV стадией ОА выявлены следующие показатели МПК: 0,825 (0,799; 0,951) г/см² и 0,913 (0,813; 1,02) г/см², что соответствует -1,60 (-1,72; -1,30) СО и -1,8 (-2,65; -0,97) СО по Т-критерию шейки бедренной кости и поясничного отдела позвоночника соответственно. Сравнительный анализ показал, что у женщин пожилого возраста с I-II стадией ОА показатели Т-критерия поясничного отдела позвоночника были достоверно ниже по сравнению со значениями больных с III-IV стадией ОА ($p=0,046$). При сопоставлении МПК и Т-критерия шейки бедренной кости значимых различий в зависимости от рентгенологической стадии ОА не получено ($p>0,05$).

Выводы. Общая частота ОПС в исследуемой когорте больных составила 94% (у женщин среднего возраста – 86,7%, пожилого – 97,1%).

Наиболее высокие показатели МПК зафиксированы у больных с III-IV стадией ОА, при этом у женщин среднего возраста – в шейке бедренной кости, у пожилых пациентов – в поясничном отделе позвоночника. Наиболее низкие значения МПК зарегистрированы у больных I-II рентгенологической стадией ОА без статистических различий по исследуемым локализациям.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Ризамухамедова М.З.

Республиканский ревматологический центр
на базе I клиники Ташкентской медицинской академии,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Сочетание гонартроза (ГА) и остеопороза (ОП) у одного пациента долгое время вызывало сомнение. Эти два заболевания имеют целый ряд предрасполагающих факторов. Среди них женский пол, пожилой возраст, генетическая предрасположенность и др.

Цель. Изучение клинико-диагностических особенностей течения ГА в сочетании с ОП.

Материал и методы. Нами обследованы 98 больных ГА в Республиканском ревматологическом центре на базе I клиники Ташкентской медицинской академии. Из них 85 женщин и 13 мужчин. Средний возраст больных составил $53,2 \pm 0,3$ лет. Больные в возрасте до 50 лет составили 36,7% (36 человек), 50 лет и старше 63,3% (62 человек).

Из анамнеза было установлено, что длительностью болезни до 1 года составило всего 41 больных (41,8%); до 5 лет включительно 43 больных (43,8%); до 10 лет и более 14 больных, что составило 14,8%. Проводились рентгенологические, денситометрические исследования, определен индекс массы тела (ИМТ).

Результаты и обсуждение. По острофазовым показателям только у 27 больных были умеренно выражена степень воспалительной активности, что составляет 27,6%, это указывает на перманентность течения воспаления.

У обследованных больных нами наиболее часто обнаруживалось ожирение преимущественно абдоминального типа. Так, у 72% женщин и 90% мужчин обнаружено ожирение. Избыточная масса тела ($ИМТ > 25$) ассоциировалась с повышенной частотой ГА коленных суставов сопровождающийся прогрессированием рентгенологически коленных суставов и коромыслообразной походкой, с невозможностью сидеть в позе «лотоса».

Рентгенологические исследования коленных суставов показали, что I степень изменений было обнаружено у 28 больных, причем из них у 23 – у женщин, II степень – у 24 больных, в том числе у 23 женщин, а III степень у 46 больных – из них 39 были женщины. Среди них преобладали больные до 5 лет. Интересно было изучение состояния костей у больных ГА. Так, в целом всего только у 8 больных (8,1%) костная система была нормальной. Остеопения была обнаружена у 50 больных, что соответствует 51%, а ОП системный констатирован у 20 больных, причем 18 из них женщины.

Выводы. 1. Обнаружено наиболее частое сочетание ГА и ОП у женщин в силу снижения репродуктивности и климактерическим периодом. 2. Снижение плотности кости у больных ГА ассоциируется с увеличением возраста и длительностью ГА,



уменьшением массы тела, отсутствием регулярных физических нагрузок. 3. Прогрессирование рентгенологической стадии ГА коррелировала с уменьшением показателей костной плотности.

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕНИЙ АР-РАЗИ И ИБН СИНЫ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ АРТРОЛОГИИ

Ризамухамедова М.З.

Республиканский ревматологический центр
на базе I клиники Ташкентской медицинской академии,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. В книгах выдающихся ученых средневековья Востока Ар-Рази «Истории болезни» и «Книга о болезнях суставов», 5-ти томное руководство Ибн Сины (Авиценна) «Каноны медицины» изучены описанные ими диагностика и лечение больных подагрой, с учетом индивидуально типологических особенностей организма мизаджа (натуры).

Цель. Изучение медицинского наследия по болезням суставов великих ученых раннего средневековья Абу Бакра ар-Рази и Абу Али ибн Сины, проанализировать на примере больных подагрой значения их медицинских взглядов для современной артрологии, показать перспективность их использования в диагностике и лечении.

Материал и методы. Аналитический, интегральная оценка суставного синдрома, статистический, лабораторные, рентгенологические методы у 92 больных подагрой.

Результаты и обсуждение. Впервые изучено наследие Абу Бакра ар-Рази о болезнях суставов. Впервые показано значение для современной артрологии «Книга о болезнях суставов» Ар-Рази. Изучены функциональные основы медицинского наследия Ибн Сины на основе концепции мизаджа. Впервые медицинское ученье Ибн Сины по артрологии исследовано с позиций современной артрологии. Определены общие и суставные мизаджи больных подагрой по признакам мизаджа Ибн Сины. Предложена стратегия лечения больных подагрой на основе мизаджа. Показано значение для современной артрологии медицинского наследия Ар-Рази и Ибн Сины.

Выводы. Показано значение для практической артрологии рекомендаций по диагностике и лечению при болезнях суставов Ар-Рази и Ибн Сины. Разработана на основе концепции мизадж Ибн Сины адаптированная к современной артрологии тестирование по балльной системе мизаджа. Предложены стратегические подходы к лечению больных подагрой на основе определения мизаджа. Освещены место и значение медицинского наследия Ар-Рази и Ибн Сины в артрологии, перспективность их использования.



АССОЦИАЦИЯ ПОДАГРЫ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

Ротару Л.А.

Государственный медицинский и фармакологический университет
имени Николая Тестемицану,
Кишинёв, Республика Молдова

Цель. Предполагается, что подагра является фактором риска в развитии заболевания почек. Целью данного исследования было оценить связь подагры с развитием хронической болезни почек (ХБП) в национальном исследовании.

Методы. В этом когортном исследовании использовались данные первичной и специализированной медицинской помощи в Республике Молдова, связанные с данными о госпитализации и смертности. С 01.01.2010 г. по 31.01.2020 г. – каждый случай подагры (≥ 18 лет), основанный на клиническом диагнозе или лечении препаратом, снижающим уровень уратов, был сопоставлен до 10 случаев без подагры, сопоставимы по возрасту и полу. Медиана наблюдения составила 3,68 года (межквартильный интервал 1,65-7,04 года). Была оценена частота прогрессирующей ХБП (совокупный результат, определяемый как прогрессирование до диализа, трансплантация почки, диагностика ХБП стадии 5 или СКФ < 10 мл/мин, смерть от ХБП или увеличения уровня креатинина в сыворотке) и относительный риск прогрессирования ХБП по сравнению с 211 пациентами с подагрой и 189 пациентами из контрольной группы. Многовариантная регрессия Кокса с использованием маргинальных структурных моделей и методов сопоставления предрасположенности оценивала коэффициенты риска (HR) и 95% доверительные интервалы (CI) для частоты, прогрессирующей ХБП. Анализы были скорректированы с учетом базовых демографических характеристик, 12 индивидуальных заболеваний, включая легкое и умеренное заболевание почек, индекс сопутствующей патологии Чарльстона, факторы образа жизни (употребление наркотиков и алкоголя), социально-экономический статус (показатель Таунсенда) и использование лекарственных препаратов (НПВП, пероральный кортикостероид, блокатор рецепторов ангиотензина, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, тиазидный диуретик, другой диуретик, статины, аспирин).

Результаты. Учитывая исходные различия, пациенты с подагрой имели значительно более высокий риск прогрессирующей ХБП (ЧСС 1,29, 95% ДИ (1,23-1,35) по сравнению с пациентами без подагры (ЧСС, 1,00 референтная группа). Результаты были сходными в предрасположенности – анализ соответствий (HR 1,23, 95% CI 1,17-1,29).

Заключение. Подагра связана с повышенным риском развития ХБП. В дальнейших исследованиях следует выяснить, является ли контроль функции почек при подагре обязательным для всех пациентов и снизит ли это риск возникновения ХБП в будущем.



ОБЪЕКТИВНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ: КАК МЕНЯЕТСЯ КЛИРЕНС КРЕАТИНИНА У БОЛЬНЫХ С АРТРИТАМИ, ПРИНИМАЮЩИХ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Руденко И.Б., Казакова И.А.

Ижевская государственная медицинская академия,
г. Ижевск

Цель исследования. Изучить динамику клиренса эндогенного креатинина крови с помощью расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в зависимости от возраста и длительности приема разных групп нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) у больных с артритами.

Материалы и методы. Проведено обследование и анкетирование 62 пациентов с артритами, находившихся на лечении в специализированном ревматологическом отделении БУЗ УР ГКБ №6 МЗ УР, г Ижевска за 2019 год. Клиренс креатинина или СКФ – определяли расчетным методом с помощью формулы СКД-ЕРІ. Анкету, разработанную нами, заполняли больные. Врач-ревматолог оценивал данные. В анкете отражены некоторые анамнестические данные, длительность болевого синдрома, название препарата, его форма, дозы, стаж и кратность приема, ряд других позиций, необходимых для решения поставленной цели.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил $59,4 \pm 13,2$ лет. Неселективные НПВС в виде таблеток (ибупрофен, диклофенак) принимало 38 (61,3%) человек, а селективные (мелоксикам, аркоксиа, костарокс) – 24 (38,7%) человека. Рассчитанная СКФ по формуле СКД-ЕРІ, в общей группе, в среднем, составила $63,4 \pm 15,6$ мл/мин/1,73 м², что соответствовало С2 ХБП. Сопутствующую патологию мочевыводящих путей (мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, хронический цистит, кистозная болезнь почек) имели 17 (27,4%) человек. У данных больных, отмечалось снижение СКФ до $55,54 \pm 15,60$ мл/мин/1,73 м², что соответствовало С3а ХБП. Мочевой синдром (микрогематурия, умеренная лейкоцитурия) был выявлен у 56 (90,3%) пациентов из всей выборки обследуемой группы, 16 (25,8%) из которых была протеинурия. Экскреция белка с мочой составляла от 0,125 г/л и до 0,512 г/л. Анализируя клиренс креатинина по возрастным группам, выявлено снижение СКФ до С2 ХБП особенно у мужчин. Показательные результаты в возрасте: от 20 до 29 лет – $65,0 \pm 12,0$ мл/мин/1,73 м² (при нормальном значении $128,0 \pm 26,0$ мл/мин/1,73 м²), от 40-49 лет – $68,5 \pm 15,0$ мл/мин/1,73 м² (при нормальном значении $105,0 \pm 21,0$ мл/мин/1,73 м²). У женщин более уязвимые оказались пациентки в возрасте от 30 до 39 лет с результатом $54,5 \pm 13,0$ мл/мин/1,73 м² (при нормальном значении в этой группе $107,0 \pm 21,0$ мл/мин/1,73 м²) и в возрасте от 60-69 лет – $50,5 \pm 12,0$ мл/мин/1,73 м² (при нормальном показателе $75,0 \pm 17,0$ мл/мин/1,73 м² в данной возрастной группе), что соответствовало С3а ХБП. Прием НПВП в течение 5 лет привел к снижению средних показателей СКФ до $67,5 \pm 12,0$ мл/мин/1,73 м², что соответствовало С2 ХБП. При употреблении препаратов этой группы на протяжении 10-15 лет средняя СКФ составила уже $55,2 \pm 11,0$ мл/мин/1,73 м² и ухудшилась почечная функция до С3а ХБП. Стаж при-



ема НПВП более 15 лет привел к снижению клиренса креатинина до $43,3 \pm 12,0$ мл/мин/1.73 м², что характеризует С36 ХБП и более серьезный почечный прогноз. Это, вероятно, связано с подавлением синтеза простагландина E₂ и простаглицина в результате снижения ЦОГ1 и ЦОГ2 зависимого процесса в ткани почек, что приводит к нарушению тонуса почечных артериол, экскреции соли и воды в почечных канальцах и, в итоге, к снижению СКФ и прогрессированию ХБП.

Выводы. Таким образом, при приеме НПВП снижаются показатели клиренса креатинина до С2-С3 ХБП у всех обследуемых нами пациентов с артритами, вне зависимости от возраста и пола. Показатели СКФ были ниже у больных с сопутствующей патологией мочевыводящих путей, а также у пациентов, принимающих НПВП на протяжении более 10 лет. Это требует избирательного подхода в выборе противовоспалительных препаратов у пациентов с хронической суставной болью и усилении терапии с использованием дополнительной нефропротекции.

ВТОРИЧНЫЙ АА-АМИЛОИДОЗ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Румянцева Д.Г., Агафонова Е.М., Красненко С.О.,

Подряднова М.В., Старкова А.С., Урумова М.М., Эрдес Ш.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Вторичный АА-амилоидоз является одним из наиболее серьезных осложнений анкилозирующего спондилита (АС). Изучение клинических особенностей больных АС, имеющих вторичный АА-амилоидоз, имеет важное значение для улучшения дальнейшей тактики ведения данных пациентов.

Цель. Провести сравнительный анализ больных АС с и без вторичного АА-амилоидоза.

Материал и методы. В исследование включены 216 пациентов с АС (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям) – группа №1 и 9 больных АС с гистологически подтвержденным вторичным АА-амилоидозом – группа №2.

Результаты. Пациенты группы №1 и группы №2 практически не отличались по возрасту ($35,0 \pm 9,5$ лет и $40,1 \pm 17,6$ лет, $p > 0,05$, соответственно), частоте HLA B27 (202 (91,8%) и 9 (100%), $p > 0,05$, соответственно), наличию в анамнезе увеита (52 (23,6%) и 4 (44,4%), $p > 0,05$, соответственно), воспалительных заболеваний кишечника (5 (2,2%) и 0, $p > 0,05$, соответственно) и псориаза (24 (10,9%) и 0, $p > 0,05$, соответственно). Возраст дебюта АС был меньше в группе №2 ($29,8 \pm 9,7$ лет и $13,5 \pm 9,8$ лет, $p < 0,05$, соответственно), средняя длительность болезни ($6,0 \pm 5,8$ лет и $26,3 \pm 7,7$ лет, $p < 0,05$, соответственно) и количество мужчин оказалось меньше в группе №1 (162 (73,6%) и 9 (100%), $p < 0,05$, соответственно). По внеаксиальным проявлениям в группе №2 достоверно больше было пациентов с энтезитами (105 (47,7%) и 7 (78%), $p < 0,05$, соответственно), артритами (182 (82,7%) и 9 (100%), $p < 0,05$, соответственно) и кокситом



(119 (54,0%) и 9 (100%), $p < 0.05$, соответственно). У пациентов группы №2 активность заболевания по СРБ (Ме [25%; 75%]; 14,2 мг/л [5,35%; 44,7%] и 75, 6 мг/л [41,5%; 145,5%] и, $p < 0.05$, соответственно), BASDAI ($M \pm \alpha$; $4,6 \pm 2,09$ и $6,1 \pm 1,6$, $p < 0.05$, соответственно), ASDAS-СРБ ($M \pm \alpha$; $3,3 \pm 1,3$ и $4,3 \pm 1,2$, $p < 0.05$, соответственно) была значительно выше, чем в группе №1.

Вывод. У больных АС с осложнением в виде вторичного АА-амилоидоза, больше длительность болезни, чаще отмечается ювенильный дебют заболевания, выше активность системного воспаления и частота внеаксиальных проявлений, таких как артрит, коксит и энтезит, чем у больных АС без амилоидоза.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ

Сагитова Э.Р., Сизова Л.В.

Оренбургский государственный медицинский университет,
г. Оренбург

Цель исследования. Описание клинического случая диагностики и лечения псориатического артрита с сердечно-сосудистой коморбидностью.

Материалы и методы. Пациентка Л., 60 лет обратилась в сентябре 2019 года за консультативной помощью на кафедру поликлинической терапии с жалобами на боли, отечность и ограничение объема движения в коленных суставах, усиление этих болей при ходьбе, зуд волосистой части головы, утреннюю скованность в течение нескольких часов, боли в нижней части спины и ягодицах. Боли беспокоят много лет, ранее к ревматологу не обращалась.

Результаты и обсуждение. На момент осмотра состояние пациентки относительно удовлетворительное, температура тела $36,9^{\circ}\text{C}$. Рост 156 см, вес 85 кг. Индекс массы тела $34,9 \text{ кг}/\text{м}^2$. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Артериальное давление (АД) 145/85 мм рт. ст. на обеих руках.

При ходьбе хромота. В области коленных суставов отмечается припухлость, больше в левом суставе, пальпация болезненная. Объем движений в коленных суставах ограничен: сгибание справа – 80° , слева – 80° , разгибание справа – 170° , слева – 160° . Суставы кистей и стоп не деформированы. На коже в области крестца, локтевых суставов и волосистой части головы локализуются папулы розовато-красноватого цвета, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Отмечается гиперкератоз ногтей.

Из анамнеза жизни: у пациентки имеется ишемическая болезнь сердца (ИБС), стабильная стенокардия напряжения и артериальная гипертензия (АГ).

По результатам анализов крови повышены СОЭ (25 мм/час) и С-реактивный белок (12 мг/л), ревматоидный фактор – отрицательный. Среди параметров биохимического анализа крови выявлено повышение уровня общего холестерина (5,8 ммоль/л) и липопротеидов низкой плотности (3,6 ммоль/л).



На ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 70 в минуту, горизонтальная ЭОС, гипертрофия левого желудочка, нарушение процессов реполяризации передне-боковой, нижней стенок: депрессия ST в I, II, aVF, V5, V6 до 0,5 мм.

При рентгенографии коленных суставов выявляются сужение суставных щелей (больше слева), субхондральный склероз и костные разрастания, соответствующие гонартриту II-III ст. На рентгенограмме таза определяются двусторонние изменения суставных щелей крестцово-подвздошных сочленений, неравномерность просветов, снижение их прозрачности; «смазанность» их очертаний, участки эрозий; субхондральный склероз суставных поверхностей, которые соответствуют Rg-картине сакроилиита II стадии.

Согласно критериям CASPAR, пациентке выставлен диагноз: Псориатический артрит, двусторонний сакроилиит, периферический артрит коленных суставов. Активность II степени. Rg II-III ст. ФК 2. Вульгарный псориаз кожи, стационарная стадия. Сопутствующие заболевания: ИБС: стабильная стенокардия напряжения. ФК II. Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 3. Гиперлипидемия. Ожирение I степени. Гипертрофия левого желудочка. Атеросклероз аорты, аортального клапана. Риск 4 (очень высокий).

Начато лечение: метотрексат 15 мг 1 раз в неделю подкожно, фолиевая кислота по схеме, нимесулид по 100 мг 2 раза в сутки, цетиризин 10 мг 1 раз в сутки 10 дней, мазь метилпреднизолон 0,1% 2 раза в сутки 7 дней.

Выводы. Псориаз и псориатический артрит являются факторами развития кардиоваскулярных нарушений. Сердечно-сосудистая коморбидность (ИБС, АГ, атеросклероз), а также выявленные у пациентки гиперлипидемия и ожирение повышают риск летального исхода. Таким образом, ей необходимы регулярные консультации ревматолога, кардиолога, дерматолога и учет влияния назначаемой терапии по поводу артрита на сердечно-сосудистую систему.

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Садыкова Г.А.¹, Абдуллаев А.Х.^{1,2}, Алиахунова М.Ю.¹,

Арипов Б.С.¹, Раимкулова Н.Р.², Асадов Н.З.²

¹Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного лечения больных остеоартритом(ОА) различной локализации I-II стадии в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. В исследование были включены больных ОА I-II стадии в сочетании с ХОБЛ 2-3 степени тяжести, из них ОА коленных суставов (62,5%), полиостеоартрит (25%) и ОА тазобедренных суставов (12,5%). Проведение



ны клинико-функциональные, рентгенологические, биохимические (АЛТ, АСТ, билирубин, С-реактивный белок (СРБ) и исследования функции внешнего дыхания (ФВД) пикфлоуметрия (ПФМ). При необходимости – магнитно-резонансная или компьютерная томография. На фоне лечения ХОБЛ в качестве симптом- и структурно-модифицирующего препарата замедленного действия пациенты получали хондропротектор Артифарм в течение 3-х месяцев.

Результаты и обсуждение. В динамике лечения у обследуемых уменьшилась одышка с $2,8 \pm 0,25$ до $1,3 \pm 0,16$ и кашель с $2,4 \pm 0,16$ до $1,3 \pm 0,15$ баллов. Регресс этих симптомов протекал на фоне уменьшения физических явлений, слабости, потливости, улучшения общего состояния больных. Выявлено увеличение бронхиальной проходимости по данным ПФМ (с $310,5 \pm 21,9$ до $341,4 \pm 30,12$ л/мин). Установлена положительная динамика показателей ФВД и клинико-биохимических исследований. Уменьшились или прошли явления воспаления в бронхолегочной системе, что коррелировало с лабораторными показателями (СРБ, лейкоциты, СОЭ, мокрота). Начиная с 1-го месяца лечения, больные стали отмечать уменьшение боли и других клинических признаков ОА, но более значимые изменения наблюдались в группе больных с ОА коленных суставов. Отмечено уменьшение боли при движении по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) к 3-му месяцу наблюдения с $72,4 \pm 13,0$ до $32,7 \pm 4,1$ мм. В этой же группе наблюдалось значительное уменьшение боли в покое по ВАШ с $32,3 \pm 6,7$ до $11,5 \pm 3,2$. Функциональный индекс Лекена (ФиЛ) в этой группе пациентов уменьшился с $6,6 \pm 1,19$ до $4,35 \pm 0,49$. В группе больных с полиостеоартритом уменьшение боли при движении по ВАШ с $71,7 \pm 28,7$ до $29,7 \pm 7,6$ мм к 3-му месяцу наблюдений (в покое боль уменьшилась с $30,4 \pm 7,1$ до $13,4 \pm 4,4$ мм. ФиЛ уменьшился с $6,5 \pm 1,36$ до $4,5 \pm 0,51$. В группе больных с ОА тазобедренных суставов показатель боли при движении уменьшился с $82,0 \pm 12,7$ до $39,4 \pm 8,6$ мм, а индекс боли в покое с $30,3 \pm 6,4$ до $23,3 \pm 6,1$ мм. При этом ФиЛ также уменьшился с $6,8 \pm 1,23$ до $5,3 \pm 0,81$. Во всех трех группах через 3 месяца лечения наблюдалось значительное снижение индекса боли по ВАШ при движении и в покое. ФиЛ после четырех недель приема Артифарма уменьшился во всех трех группах, однако наиболее значимое снижение этого показателя отмечено в группе ОА коленных суставов. Артифарм позволил уменьшить или полностью отменить прием традиционных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Через 3 месяца после начала терапии 21% пациентов принимали их по требованию, а 79% пациентов отказались от НПВП. Лечение ОА с коморбидной патологией это комплексный процесс с воздействием на патогенетические механизмы заболевания, а противовоспалительные свойства компонентов Артифарм благоприятно влияют на течение обоих заболеваний.

Выводы. Применение комбинированного хондропротектора Артифарм в лечение больных ОА в сочетании с ХОБЛ, приводит к более быстрому уменьшению болевого синдрома, укорачиванию срока пребывания больного в стационаре и восстановлению повседневной активности. Полученные результаты показали эффективность Артифарма в терапии ОА и возможность его применения в общеврачебной практике.



ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ СТАРЕНИИ. ФОКУС НА САРКОПИЮ

Сафонова Ю.А.^{1,2}, Инамова О.В.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Актуальность. Старение человека сопровождается прогрессивной потерей тканей организма и нарушением функции органов и систем. Скорость снижения скелетной мышечной ткани, начиная с 30-и летнего возраста, ежегодно составляет ~0.1%-0.5% и резко ускоряется после 65 лет. Это постепенное уменьшение мышечной массы с одновременным снижением мышечной силы называется «саркопенией».

Саркопения, относящаяся к основным гериатрическим синдромам, сопряжена со значительными экономическими и социальными неблагоприятными последствиями, включая преждевременную смерть, раннюю инвалидизацию, повторные госпитализации и т.д.

Состояние слабого хронического воспаления при старении способствует развитию саркопии путем активации убиквитин-протеазной системы, снижения анаболического эффекта, опосредованного инсулиноподобным фактором роста-1 (IGF-1) и индукцией анаболической резистентности, которая является одной из основных детерминантов саркопии. Кроме того, скелетные мышцы являются важным источником медиаторов воспаления – миокинов. Эти локально генерируемые цитокины (например, IL-6, IL-1b, TNF α , IL-1ra) экспрессируются в скелетных мышцах у пожилых людей и могут быть связаны с процессом воспаления. Однако определение цитокинов в рутинной клинической практике не предоставляется возможным.

Цель исследования. Оценить значимость доступных в реальной клинической практике биомаркеров саркопии у пациентов в сыворотке крови.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное исследование 230 пациентов (медиана возраста 75 [68; 79] лет), обратившихся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические отделения гериатрического профиля Санкт-Петербурга. Диагностика саркопии проводилась в соответствии с рекомендациями European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP2). Лабораторное обследование проводилось на полуавтоматическом биохимическом анализаторе Clima MC-15 («RAL Tecnica para el Laboratorio», Испания).

Результаты. Выраженной гипопротеинемии среди обследованных пациентов выявлено не было, среднее значение общего белка (ОБ) в общей группе составило 68,8 \pm 5,0 г/л (варьировало от 57 до 81 г/л). При этом у пациентов с саркопенией уровень ОБ был статистически значимо меньше по сравнению с лицами без саркопии (66,1 \pm 5,0 и 70,2 \pm 5,0 г/л соответственно). Содержание ОБ в сыворотке крови ниже референсного значения (менее 64 г/л) достоверно чаще выявлялось у пациентов с саркопенией (в 53,0% случаев), чем без саркопии (в 8,8%), $p < 0,0001$. Повышенная концентрация С-реактивного протеина (СРБ) в сыворотке крови (выше 10 мг/л) выяв-



лялась у 71,2% пациентов с саркопенией и только у 26,5% без саркопении ($p < 0,0001$). В анализируемой выборке людей старше 65 лет значение СРБ в среднем составило $6,3 \pm 6,9$ мг/л (варьировало от 1 до 44,7 мг/л), при этом у пациентов с саркопенией оно определялось на уровне $8,4 \pm 5,8$ мг/л, а без саркопении – $5,2 \pm 7,2$ мг/л, ($p = 0,0021$). Проведенный ROC-анализ показал, что площадь под кривой (AUC) для СРБ составила 0,692 ($p < 0,0001$), для ОБ – 0,704 ($p < 0,0001$).

Выводы. Высокие значения СРБ и низкие показатели общего белка в сыворотке крови свидетельствуют о воспалительной теории саркопении. Определение данных биомаркеров в рутинной практике позволит выявлять саркопению на ранних стадиях.

ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ ЦИТОКИНОВ ПРИ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Сахин В.Т.¹, Крюков Е.В.², Григорьев М.А.³, Сотников А.В.⁴,
Гордиенко А.В.⁴, Носович Д.В.⁴, Казаков С.П.², Рукавицын О.А.²**

¹1586 Военный клинический госпиталь,

г. Подольск,

²Главный военный клинический госпиталь имени Н.Н. Бурденко,

Москва,

³Ленинградская областная клиническая больница,

⁴Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить особенности секреции интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-10 (IL-10), интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), фактора некроза опухоли – альфа (TNF- α), интерферона- γ (ИНФ- γ) у больных ревматоидным артритом (РА) с анемией хронических заболеваний (АХЗ), железодефицитной анемией (ЖДА) и сочетанием АХЗ/ЖДА, а также исследовать влияние этих цитокинов на развитие анемии.

Материалы и методы. Обследованы 69 (мужчины – 13, женщины – 56) (54 (7/47, $50,6 \pm 4,1$ лет) с анемией, 15 (6/9, $53,5 \pm 2,74$ лет) без анемии) больных РА. В соответствии с критериями Van Santen and Worwood, путем определения коэффициента насыщения трансферрина (КНТ), ферритина, С-реактивного белка (СРБ) больные распределены на 4 группы: 1 группа – АХЗ, 22 (5/17) пациента (гемоглобин 79 [IQR, 95,6-111], эритроциты 3,5 [IQR, 3,6-4], КНТ 25 [IQR, 14,7-26,2], ферритин 326,2 [IQR, 197,8-451,7], ЦРБ 63,7 [IQR, 10,2-104,8]), 2 группа – АХЗ/ЖДА, 18 (0/18) пациентов (гемоглобин 101 [IQR, 94-114], эритроциты 3,9 [IQR, 4-4,4], TSI 12,5 [IQR, 7,7-15], ферритин 50,1 [IQR, 11,9-74,9], ЦРБ 45,8 [IQR, 17,6-54,9]), 3 группа – ЖДА, 14 (2/12) пациентов (гемоглобин 108 [IQR, 100-115], эритроциты 4,5 [IQR, 4,1-4,9], TSI 9,7 [IQR, 3-14], ферритин 21,8 [IQR, 7,2-28,9], ЦРБ 8,6 [IQR, 2,7-8,6]), 4 группа (контрольная) – 15 пациентов без анемии (гемоглобин 141,4 [IQR, 133-147], эритроциты 4,6 [IQR, 4,3-4,9], КНТ 23,1 [IQR, 16,6-27,8],



ферритин 78,5[IQR, 36-90,7], ЦРБ 4,6 [IQR, 1,2-5,8]). Диагноз РА устанавливали на основании классификационных критериев ACR/ EULAR 2010 г. Определялись число эритроцитов, уровни гемоглобина на анализаторе Sysmex XS-500i (Япония). Концентрации ферритина, ЦРБ, КНТ на анализаторе «Olympus Au 480», (Beckman Coulter, США). Концентрации ИЛ-6, ИЛ-10, ИЛ-1 β , ИНФ- γ , ФНО- α определяли на анализаторе Stat Fax 2100 (Awareness Technology Inc., США). Достоверность различий между несколькими несвязанными группами определяли с помощью критерия Краскела-Уоллиса при уровне значимости (p) менее 0,05. У количественных показателей рассчитывали среднее арифметическое (M) и межквартильный интервал (IQR). Для оценки взаимосвязи между переменными вычисляли коэффициент корреляции Спирмена (r).

Результаты. В группе АХЗ в сравнении с остальными группами самые высокие концентрации ЦРБ, ферритина (p<0,05). КНТ в группе АХЗ выше в сравнении с группой ЖДА и АХЗ/ЖДА, и не отличался от контрольной группы. В группе АХЗ максимальная концентрация ИЛ-6 (36,2[IQR, 6,7-41]) в сравнении с АХЗ/ЖДА (21,7[IQR, 7,2-20,4]), ЖДА (5,9[IQR, 1,5-3,7]) и без анемии (2,7[IQR, 1,5-3]). В отношении ИЛ-10, ФНО- α , ИЛ-1 β , ИНФ- γ не выявлено межгрупповых различий. Выявлена умеренная корреляция между числом эритроцитов и концентрацией ИЛ-6 (r=-0,3), ИЛ-10 (r=-0,4), ФНО- α (r=-0,3), ИНФ- γ (r=-0,4). Выявлена взаимосвязь между концентрацией гемоглобина и ИЛ-6 (r=-0,6), ИЛ-10 (r=-0,4), ФНО- α (r=-0,3), ИНФ- γ (r=-0,3), ИЛ-1 β (r=-0,4).

Выводы. У больных РА может встречаться АХЗ, ЖДА, и их сочетание. Важно уточнение генеза анемии так как от этого зависит подход к ее лечению. Повышенная концентрация ИЛ-6 в группе больных с АХЗ, а также наличие корреляции между ним эритроцитами и гемоглобином свидетельствует о важном значении этого цитокина в развитии анемии. Наличие корреляционной связи между ИЛ-10, ИЛ-1 β , ФНО- α , ИНФ- γ и показателями гемограммы свидетельствует о их влиянии на развитие анемии.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОАРТРИТА

Свиницкая И.С., Волков К.Ю., Тыренко В.В.
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Остеоартрит – заболевание, при котором в патологический процесс вовлекаются все структуры сустава.

При ОА с помощью УЗИ возможна визуализация изменений во всех структурах сустава:

- в гиалиновом хряще (истончение, потеря эластичности, разволокнение);
- в интра- и параартикулярных связках и сухожилиях (лигаментиты, теносиновиты, энтезиты);



- в параартикулярных мышцах (гипо- и атрофии);
- в субхондральной костной ткани (остеосклероз, нарушение конгруэнтности суставных поверхностей, формирование краевых остеофитов);

- в полости суставов и суставных сумках (синовииты, бурситы);

Важными преимуществами УЗ-исследования суставов являются:

- возможность выявления изменений в тех структурах сустава, которые на рентгенограммах не определяются (связки, суставные сумки, синовиальная оболочка);

- диагностика ОА на более ранних стадиях заболевания, когда костных изменений в суставе еще не произошло.

Еще одним несомненным достоинством УЗ-исследования суставов, в т.ч. при поздней стадии ОА, является возможность оценки выраженности синовита (объем жидкости), воспалительных изменений в суставах (толщина синовиальной оболочки) в динамике на фоне проводимого лечения.

Неоспорима также важность УЗ-контроля при диагностических и терапевтических внутрисуставных инъекциях. УЗ-контроль позволяет избежать ятрогенных повреждений анатомических структур.

С развитием ультразвуковых методов появилась возможность оценить и механические свойства мягких тканей с помощью ультразвуковой визуализации. Так соноэластография позволяет определить эластичность мягкотканых структур. Метод основан на определении деформируемости ткани, которая зависит от ее структуры и состава.

Ультразвуковая эластография – это совокупность ультразвуковых методов, позволяющих визуализировать ткани и органы с отображением при помощи цвета их локальной жесткости.

Соноэластография позволяет обнаружить дегенеративные изменения сухожилий, кальцификаты в толще сухожилий, которые трудно выявить с помощью других методов исследования.

Наш личный опыт показывает возможность определения эластичности гиалинового хряща коленного сустава, что может быть использовано в динамической оценке эффективности хондропротективной терапии, однако этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Выводы. Таким образом, метод УЗИ суставов, в т.ч. в режиме эластографии сдвиговой волной при остеоартрите обладает рядом несомненных достоинств. Метод высокой достоверности, информативности, неинвазивности (в отличие от артроскопии), доступен и экономичен (в сравнении с КТ и МРТ). УЗИ не имеет противопоказаний, дает возможность визуализировать мягкотканые компоненты сустава, проводить многократные повторные исследования. Одним из достоинств УЗИ является возможность определения ранних патологических изменений при данных заболеваниях, что позволяет проводить диагностику в начале патологического процесса, определять стадию заболевания, и осуществлять дифференциальную диагностику с другими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.



ГЛОБАЛЬНЫЙ ТЕСТ ИССЛЕДОВАНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ТРОМБОДИНАМИКА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Середавкина Н.В.¹, Решетняк Т.М.^{1,2}, Лила А.М.^{1,2}

¹Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

²Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,
Москва

Ревматоидный артрит (РА) ассоциируется с повышенным риском тромбоза. Особенностью гиперкоагуляции, обусловленной воспалением, является индукция цитокинами экспрессии тканевого фактора, эндотелиальная дисфункция, подавление функции системы протеина С и угнетение фибринолиза обуславливают гиперкоагуляцию при РА. Подобная гиперкоагуляция, в свою очередь, может активировать воспалительный ответ и обострение артрита. Тест тромбодинамики может быть использован для диагностики протромботического состояния у больных РА.

Цель работы. Изучить показатели тромбодинамики в нативной плазме и в тесте с фосфолипидами в зависимости от активности РА и проводимой терапии.

Материал и методы. Исследование тромбодинамики было выполнено 28 больным (24 женщины и 4 мужчины) с достоверным диагнозом РА и 8 сопоставимых по возрасту и полу здоровых человек группы контроля: 11 пациентов с высокой активностью РА (DAS 28>5,2) (1 группа), 9 больных с низкой и умеренной активностью РА (DAS 28<5,2) (2 группа) и 8 больных РА, получавших антикоагулянты на момент исследования в связи с различными показаниями и независимо от активности РА (3 группа).

Результаты. Средняя плотность тромботического сгустка была достоверно выше во всех группах больных РА, чем в контрольной: 26811, 25437 и 24740 против 20631 усл.ед. в 1, 2, 3 группах и контрольной соответственно, $p<0,01$. В группе 3 (на фоне антикоагулянтов) отмечалась более выраженная задержка роста тромботического сгустка 1,4 минуты, тогда как без антикоагулянтов задержка составляла 1,1-1,2 минуты, $p<0,05$ во всех случаях. Спонтанные сгустки в нативной плазме были зарегистрированы только у больных: у 3 пациентов 1-й группы и по 1 больному во 2-й и 3-й группах, время их появления было сопоставимым. После интерпретации результаты тромбодинамики распределились так: гипокоагуляция зарегистрирована только в 3 группе у 1/8 (12%) больного, синдром тромботической готовности выявлен в 1 и 2 группах: у 2/11 (18%) и у 1/9 (11%) пациентов соответственно. Частота нормо- и гиперкоагуляции в группах больных и контрольной не различалась. Повышение фибриногена чаще встречалось у больных РА: в 1 группе – у 5/11 (45%), во 2 – у 3/9 (33%) и в 3 – у 3/8 (38%) пациентов, в контрольной группе уровень фибриногена был в норме, $p<0,05$. Повышение РФМК отмечалось у всех больных в трех группах (100%) и только 2 двоих в группе контроля (25%), $p<0,05$. Добавление фосфолипидов ассоциировалось с гиперкоагуляцией: гиперкоагуляция отмечалась у 9/28 (32%) пациентов в тесте с нативной плазмой и у 20/28 (71%) больных в тесте с



фосфолипидами ОШ 5,3 (95% ДИ [1,7; 16,5]), $p < 0,001$, ассоциация сохранялась при анализе данных в каждой из групп больных и контрольной по отдельности. Уровни АЧТВ, тромбинового и протромбинового времени, МНО и РФМК были сопоставимы, независимо от степени коагуляции. Уровень фибриногена при СТГ был ниже, чем при нормо- и гиперкоагуляции: 2,5 [2,3; 2,8] против 4,0 [3,8; 4,8] и 4,5 [3,8; 5,5] г/л соответственно, $p = 0,02$.

Выводы. По данным теста тромбодинамики у больных РА имеет место гиперкоагуляция. Тест тромбодинамики может быть использован для выявления риска тромбоза и персонификации терапии у больных РА.

АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Сибиркина М.В., Омонова З.Т., Камолова М.А., Садикова А.С.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить структуру и частоту коморбидной патологии у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 больных РА, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении многопрофильной клиники ТМА в 2019 году. Диагноз РА был установлен с использованием критериев ACR (1987) и ACR/EULAR (2010). Проводился ретроспективный анализ историй болезни. Соотношение Ж: М 9:1. Средний возраст пациентов составил $52,07 \pm 9,02$ года. Длительность РА от 1 года до 30 лет (средняя $9,15 \pm 7,6$).

Результаты и обсуждение. Коморбидные состояния выявлялись у 97% больных; у 92% пациентов имелось сочетание двух и более коморбидных заболеваний. Примерно в равном соотношении встречалось сочетание 2 (22%) и 3 (24%) коморбидных патологий. Наиболее часто встречаемой коморбидной патологией является патология пищеварительной системы – у 36% больных, на втором месте по частоте встречаемости выявлена патология сердечно-сосудистой системы (31%), несколько реже у больных РА отмечалась патология мочевыделительной системы (20%), патология костно-суставной системы встречалась – у 7%, на долю эндокринной системы приходится – 4%. Наличие коморбидной патологии ассоциируется с длительностью анамнеза заболевания, так в группе больных с длительностью ревматического анамнеза до 5 лет число пациентов с наличием 4-х и более коморбидных патологий составило 41,5%, с длительностью ревматического анамнеза от 5 до 10 лет – 54,2%, у больных с ревматическим анамнезом более 10 лет у 59,7% больных РА имеется 4 и более коморбидные патологии.

Выводы. У больных РА отмечена высокая частота коморбидной патологии. Наличие коморбидной патологии у больных РА ассоциируется с патологией с длительностью анамнеза.



ОБОСТРЕНИЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ИЛИ COVID-19 ИНФЕКЦИЯ НА ФОНЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА: ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Сиротко О.В., Мороз О.К., Сиротко В.В., Литвяков А.М.

Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Быстрое распространение инфекции SARS-COV2 среди населения Земли за последние 3 месяца внесли существенные изменения в практическую деятельность врача любого профиля, в том числе и ревматологов. Пациенты ревматологического профиля имеют большое количество коморбидных заболеваний, которые могут маскировать и утяжелять течение инфекции COVID-19. Кроме того, в отдельных случаях довольно сложно разграничить активацию самого заболевания от присоединения инфекции COVID-19 на фоне основного заболевания. Одним из таких заболеваний ревматологического профиля является подагрический артрит.

Цель исследования. Показать важность комплексного подхода в дифференциальной диагностике обострения подагрического артрита от инфекции COVID-19 на фоне подагрического артрита в реальной практике ревматолога.

Материалы и методы. Нами было проведено комплексное клинико-лабораторное, инструментальное обследование и анализ полученных результатов пациента А., 1954 года рождения, который был госпитализирован в ревматологическое отделение УЗ «ВОКБ».

Результаты. На момент осмотра в ревматологическом отделении УЗ «ВОКБ» пациент предъявлял жалобы на боль в коленных и голеностопных суставах, резкое ограничение объема движений в них, повышение температуры тела до 38°C. Болеет подагрой около 3 лет. Из сопутствующих заболеваний – ИБС: нарушение ритма по типу постоянной формы фибрилляции предсердий H2A, NYHA III; Артериальная гипертензия 2 риск 4; Сахарный диабет 2 типа, клинико-метаболическая субкомпенсация (гликированный гемоглобин 7,5%). Ежедневно принимал препараты: варфарин, бисопролол, лизиноприл, метформин. Периодически принимает аллопуринол и НПВС. Диету не соблюдает. Две недели назад в стационаре была выполнена электрокоагуляция острой язвы желудка, осложненной кровотечением и отменен варфарин. При осмотре температура тела 36,6°C на фоне приема накануне вечером жаропонижающего препарата (парацетамол). Состояние пациента А. удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые. Видимые слизистые без изменений. Лимфатические узлы доступные пальпации не увеличены, безболезненны. Над легкими дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов и крепитации нет, ЧД -16 в минуту, одышки нет, SpO₂ 97%. Сог-тоны аритмичны, приглушены, ЧСС ~ 75-80 в минуту. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочепускание свободное безболезненное. Физиологические отправления в норме. Отеков нет. St.localis: острый болевой синдром и гипертермия при пальпации коленных и голеностопных суставов, ограничение движений в пораженных суставах за счет болевого синдрома, гиперемии нет, умеренный синовит



коленных суставов, единичные тофусы в проекции ДМФ сустава II пальца левой кисти). По данным лабораторного обследования при поступлении выявлены следующие изменения: повышение СОЭ до 63 мм/час, Д-димеры – 5000нг/мл, мочевины 13,7 ммоль/л, креатинин 0,154 ммоль/л, ферритин – 257мг/л, СРБ -149Е/л. Исследование крови на COVID-19: Ig M «-» и Ig G «-».

Учитывая стойкий острый болевой синдром, который не купировался приемом препарата Колхицин и НПВС, в асептических условиях пациенту было выполнено внутрисуставное введение Р-ра Дипроспан 2 мл в каждый сустав. Болевой синдром был купирован. Температура тела нормализовалась.

Через двое суток у пациента вновь появилась лихорадка до 39°C, стала нарастать слабость, в легких аускультативно по всем полям выслушивалась крепитация, ЧД 20 в минуту, SpO₂ 94%. Пациенту назначено дообследование. Выполнена рентгенография органов грудной клетки: Правосторонняя нижнедолевая пневмония. В последующем выполнено КТ: обширные зоны консолидации легочной ткани в S2,6,9,10 справа, S3 слева с интерстициальным компонентом и зонами по типу организующейся пневмонии, выпот в левой плевральной полости до 7 мм. Заключение: Двухсторонняя полисегментарная пневмония, COVID-19. Плевральный выпот слева.

При лабораторном исследовании в динамике выявлены: лейкоцитоз 14,69*10⁹/л, повышение СОЭ (69 мм/час) сдвиг формулы влево (миелоциты 1%, п-9%), снижение тромбоцитов до 150*10⁹/л и лимфоцитов до 4%; мочевины 24 ммоль/л, креатинин 0,185 ммоль/л, КФК 93 Е/л, КК-МВ 6,0Е/л; Д-димеры 1960 нг/мл, ферритин 918 мг/л, фибриноген А 7,2, мочевины 0,60ммоль/л, СРБ 159 Е/л; в общем анализе лейкоциты 15-18 п/зр., эритроциты 5-7в п/зр, Эпителий 10-12 в п/зр. гиалиновые цилиндры 1-2 в поле зрения; кровь на стерильность (3-хкратно) стерильно. Обследование крови на COVID -19: Ig M «+» Ig G «-» двукратно.

По результатам комплексного обследования пациенту А. был выставлен диагноз: Внегоспитальная двухсторонняя полисегментарная пневмония COVID-19, осложненная левосторонним гидротораксом. ДН₁.

Сопутствующее заболевание: ИБС: нарушение ритма по типу постоянной формы фибрилляции предсердий Н2А, NYHA III. Подагра. Хронический подагрический полиартрит, обострение. Артериальная гипертензия 2 риск 4. Сахарный диабет 2 типа, клиничко-метаболическая субкомпенсация (гликированный гемоглобин 7,5%). Диабетическая полинейропатия. Нефропатия смешанного генеза с нарушением азотовыделительной функции.

Учитывая сопутствующую патологию, течение заболевания пациенту А. была назначена следующая терапия: Таб. Моксифлоксацин 400 мг – 1 таблетка 1 раз в день; Р-р. Тейкопланин 400 мг 1 раз в день в/венно капельно; Таб. Ривароксабан 20 мг 1 таблетка 1 раз в день; Р-р. Дексаметазона 8 ЕД в/венно капельно; Таб. Бисопролол 5 мг – утром; Таб. Лизиноприл 10 мг вечером; Таб. Омепразол 20 мг 1 капсула 1 раз в день; Таб. Фебуксостат 80 мг 1 таблетка 1 раз в день; Таб. Гликлазид 60 мг – 1 таблетка утром и вечером, Фитохол-3 3 раза в день, Таб. Индалонг 1,5 мг – утром, Р-р. Ипигрикс 2,0 –в/мышечно 1 раз в день, Р-р. Нейровит 2,0 - в/мышечно 1 раз в день, Р-р. Тиоктон 24 мл +NaCl 0,9%-200 мл – в/венно капельно. На фоне проводимой терапии состояние пациента стабилизировалось, клинически и лабораторно отмечена положительная ди-



намика с нормализацией показателей общего и биохимического анализа сыворотки крови, отрицательных результатов обследования на COVID-19: Ig M «-» Ig G «-», отрицательного результата мазков из зева и носа (ПЦР).

Выводы. В условиях пандемии COVID-19 дифференциальная диагностика обострения подагрического артрита при отсутствии положительной динамики на фоне проводимой терапии и увеличении активности воспалительного процесса по данным обследования, должна обязательно включать неоднократное иммунологическое и инструментальное обследование на инфекцию COVID-19. Данный клинический случай продемонстрировал сложности дифференциальной диагностики и особенности течения подагрического артрита на фоне инфекции COVID-19.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА УЛЬТРАЗВУКОВЫМ МЕТОДОМ

Сиротко О.В., Мороз О.К., Сиротко В.В., Литвяков А.М.
Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Вступление. Широкое внедрение ультразвукового метода диагностики в ревматологическую практику позволяет использовать этот метод не только для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний, но и для оценки эффективности проводимой терапии и активности поражений суставов в динамике.

Цель работы. Изучить информативность ультразвукового метода диагностики в оценке активности поражений суставов и эффективности проводимой терапии у пациентов с ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Нами было выполнено динамическое наблюдение и обследование 69 стационарных пациентов с ревматоидным артритом (РА): 58 женщин (84%) и 11 (16%) мужчин; средний возраст которых составил 40,3 года (33-46), а медиана длительности течения заболевания – 4 года (1,75-10). Диагноз РА был установлен в соответствии с критериями EULAR 2010 года.

Всем пациентам выполнялось комплексное клиничко-лабораторное обследование и мультиплоскостное динамическое исследование II пястно-фалангового, II-III проксимальных межфаланговых и лучезапястных суставов ультразвуковым аппаратом экспертного класса с использованием датчика с частотой 12 МГц в В-режиме с применением Допплера. Ультразвуковое исследование суставов проводили до назначения и через 3, 6 месяцев после назначения базисной терапии: таблетированная/инъекционная форма метотрексата (стартовая доза 10 мг в неделю с постепенной эскалацией дозы до 20-25 мг в неделю). Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием пакета STATISTICA 7.0.

Результаты. У пациентов с РА до назначения базисной терапии активность заболевания согласно индексу DAS 28 составила: I степень – 19 (27,6%) пациентов, II степень – 26 (37,7%) пациентов, III степень – 24 (34,7%) пациентов. При ультразвуковом



обследовании 552 суставов было выявлено: утолщение синовиальной оболочки более 3 мм (99%), патологическая гиперваскуляризация 3 степени (75%), 2 степени (20%) и 1 степени (5%); эрозии паннуса (81%) под пораженной синовиальной оболочкой, эрозии воспаления (65%) вне паннуса; умеренный синовит (87%); теносиновит (36%).

Спустя 3 месяца от назначения базисной терапии после назначения базисной терапии и эскалации дозы метотрексата у пациентов с РА активность заболевания согласно индексу DAS 28 составила: I степень – 25 (36,2%) пациентов, II степень – 25 (36,2%) пациентов, III степень – 19 (27,6%) пациентов. При ультразвуковом обследовании 552 суставов было выявлено: утолщение синовиальной оболочки более 3 мм (70%), патологическая гиперваскуляризация 3 степени (45%), 2 степени (23%), 1 степени (25%), 0 степени (7%); эрозии паннуса (84%) под пораженной синовиальной оболочкой, эрозии воспаления (66%) вне паннуса; умеренный синовит (24%); теносинита (19%).

При обследовании пациентов с РА через 6 месяцев после назначения базисной терапии и коррекции дозы метотрексата активность заболевания согласно индексу DAS 28 составила: ремиссия – 9 (13%) пациентов, I степень – 32 (46%) пациентов, II степень – 21 (31%) пациентов, III степень – 7 (10%) пациентов. При ультразвуковом обследовании пораженных суставов было выявлено: утолщение синовиальной оболочки более 3 мм (50%), патологическая гиперваскуляризация 3 степени (10%), 2 степени (23%), 1 степени (47%), 0 степени (20%); эрозии паннуса (94%) под пораженной синовиальной оболочкой, эрозии воспаления (67%) вне паннуса; умеренный синовит (14%); теносинита (7%).

При сопоставлении степени активности РА по критерию DAS 28 и степени гиперваскуляризации, толщины синовиальной оболочки по данным ультразвукового исследования (учитывался сустав с наибольшей активностью из 8 обследуемых) коэффициент корреляции Спирмена (r) составил 0,862; связь между исследуемыми признаками прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – высокая; число степеней свободы (f) составил 67; t -критерий Стьюдента составляет 13,947; критическое значение t -критерия Стьюдента при данном числе степеней свободы составил 1,997, следовательно зависимость признаков статистически значима ($p=0,000001$).

Выводы. По результатам ультразвукового исследования суставов и клинико-лабораторного обследования пациентов с РА, можно сделать вывод о том, что быстрая эскалация и коррекция дозы базисного препарата «Метотрексат» под контролем клинико-лабораторных и ультразвуковых данных позволяет у большого числа пациентов добиться уменьшения степени активности РА и ремиссии заболевания.

Достоверными ультразвуковыми признаками снижения степени активности РА по DAS 28 и эффективности базисной терапии являются: изменение степени патологической гиперваскуляризации в сторону уменьшения от 3 до 0 степени, уменьшение толщины синовиальной оболочки ниже 3 мм, отсутствие синовита и теносинита.

Количество эрозивных поражений суставов у 60 (87%) пациентов с РА в процессе динамического наблюдения с быстрой эскалацией и коррекцией дозы базисного препарата сохраняется прежним.

Однако у 9 пациентов (13%) с высокой степенью активности по DAS 28 количество и размер эрозий в процессе эскалации дозы незначительно увеличились.



ВОПРОС ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Сиротко О.В., Мороз О.К., Сиротко В.В., Литвяков А.М.
Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Существует множество различных заболеваний легких, которые имеют схожую клиническую симптоматику и жалобы пациента, однако патогенез их кардинально различается, что отражено в приведенном нами случае из практики.

Цель исследования. Показать важность междисциплинарного подхода в дифференциальной диагностике заболеваний легких на примере клинического случая из практики.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ медицинских карт и выписок предыдущих и текущих госпитализаций пациентки Л., 1984 года рождения, которая была госпитализирована в реанимационное отделение УЗ «ВОКБ».

Результаты. Предварительно пациентка Л. была госпитализирована в терапевтическое отделение стационара №1 с жалобами на слабость и кашель. Она прошла комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, в результате которого были обнаружены изменения в легких, все остальные данные без отклонения от нормы. Пациентке был выставлен диагноз: Саркоидоз легких? Болезнь Шостермани.

Для уточнения диагноза пациентка Л. была переведена в стационар №2 в торакальное отделение для проведения биопсии легкого. По данным Rg-ОГК были выявлены дополнительные образования верхних долей обоих легких; при проведении спирографии установлено резкое снижение бронхиальной проходимости на уровне мелких бронхов на фоне нормальной ЖЕЛ (ОФВ185%, ОФВ1/ФЖЕЛ 82%, Инд Тиффно 81%). Пациентке была выполнена видеоторакоскопически ассистированное удаление патологического образования левого легкого S1, S5, дренирование плевральной полости. По данным гистологического исследования биоптата гистологически выявлена лимфоидная инфильтрация. Данных за саркоидоз легких не получено.

На фоне проводимой медикаментозной терапии (Ванкомицин 1,0 в/верно капельно 2 р/день; Метронидазол 250 мг 2 капс. 3 р/день; Месанол 400 мг 3 раза в день; Р-р.Ringeri 500 в/верно капельно; Лоратадин 10 мг 1 таб 1 р/день) состояние пациентки улучшилось, но жалобы на кашель и общую слабость сохранялись. При лабораторном исследовании в общем анализе крови: лейкоцитоз $10,3 \cdot 10^9/\text{л}$; повышение СОЭ (49 мм/час). По данным Rg-ОГК во II межреберье справа плотная тень с неровными четкими контурами. Корни тяжисты. Срединная тень не смещена. Пациентка выписана с диагнозом: Диссеминированный процесс в легких, неуточненной этиологии, ДН_г. Рекомендовано продолжить антибактериальную терапию.

Спустя неделю пациентка Л. по скорой повторно госпитализирована в стационар №1 с жалобами на одышку, кашель и кровохарканье. Данные лабораторных исследований оставались прежними, на компьютерной томограмме органов грудной клетки были выявлены двусторонние массивные зоны уплотнения легочной ткани с преимущественной локализацией в базальных отделах и нижних прикорневых зонах



на момент осмотра без признаков деструкции. Значительная отрицательная динамика. Состояние после атипичной резекции S1-2 и S5 слева. КОС артериальной крови: pH 7,5; pO₂ 63,6; pCO₂ 32,9; ABE 31; остаточные 8,2. Пациентка была переведена в стационар №2 с диагнозом: Субтотальная двухсторонняя сливная бронхопневмония, тяжелое течение, ДН I. Кровохарканье. Учитывая тяжесть состояния при поступлении, пациентка была госпитализирована в реанимационное отделение. При лабораторном исследовании в общем анализе крови был выявлен лейкоцитоз 12,5*10⁹/л, повышение СОЭ (29 мм/час) сдвиг формулы влево (п-9%); в биохимическом анализе крови сахар 6,5 ммоль/л, о.белок 56 г/л (альб. 43, глоб. 29), мочевины 12,7, креатинин 0,256 ммоль/л; в общем анализе мочи белок 1,0 г/л, лейкоциты 22-24 п/зр., эритроциты неизмененные 20-30 п/зр, Эпителий 6-8 в поле зрения гиалиновые цилиндры 1-2 в поле зрения, бактерии+. В посеве мокроты патогенная и условнопатогенная микрофлора в диагностическом титре не была выделена. КОС артериальной крови: pCO₂ 33,6 mmHg, pO₂ 50,5 mmHg.; оксиметрия: sO₂ 63,7%. По данным Rg-ОГК выявлена двухсторонняя полисегментарная пневмония, не исключается отек легких. По УЗИ органов брюшной полости выявлена гепатомегалия незначительно выраженная, выпот в брюшной полости, диффузные изменения почек. По ФГДС обнаружена эритематозная гастропатия. Через неделю после госпитализации на фоне проводимой антибактериальной терапии состояние пациентки Л. ухудшилось. Она была проконсультирована ревматологом, который рекомендовал пройти дообследование для исключения системного заболевания. дообследована: белок в сут. моче: 2,9 г/л, кровь на Д-димеры 6526 нг/мл; кровь на стерильность (3-кратно) – стерильно; по пробе Реберга креатинин крови - 0,27; креатинин мочи -3,0; объем мочи за 1 час - 65 мл., М-минутный диурез – 1,08; F-клубочковая фильтрация 11,9 мл/мин.; R-реабсорбция -98%. Le-клетки, ANA и анти-ДНК двуспиральная отрицательные; ЦИК 80 Ед; антитела к PR-3 АНЦА (качественный) положительные (больше 100Ед/мл); антитела к PR-3 АНЦА (количественный): положительные 623,3 Ед/мл. Пациентка была направлена на биопсию почки: мезангиопролиферативный нефрит с поражением 50% клубочков.

По результатам комплексного обследования пациентке Л. был выставлен диагноз: Гранулематоз с полиангиитом, генерализованная форма, с поражением ЛОР органов (двусторонний синусит, двухсторонний отит); глаз (двухсторонний кератоконъюнктивит), легких (полисегментарная двухсторонняя пневмония, тяжелое течение. РДСВ от 13.02.14. ДН II. Кровохарканье); почек (мезангиопролиферативный гломерулонефрит с нарушением азотовыделительной функции, 3 ст). Пациентке выполнили пульс-терапию №3: Метипред 500мг в/венно капельно; Циклофосфан 200 мг в/венно капельно. Назначена базисная терапия: таблетки Медрол 40 мг ежедневно и Азатиоприн 50 мг 1 таблетка 2 раза в день. После проведения пульс-терапии пациентка была переведена в ревматологическое отделение в состоянии средней тяжести. В ходе проведения лечения проведен курс плазмафереза с коррекцией (плазмообмен: альбумин 1000мл+600мл СЗП) №3. Проведен курс симптоматического лечения: Меропенем 1,0- в/венно капельно 3 раза в день; Левофлоксацин 500мг-в/венно капельно 2 раза в день; Флуимуцил 3,0- в/венно 3 раза в день; Клексан 40мг - п/кожно 2 раза в день; Омепразол 20 мг *1 таб. 2 раза в день; Фуросемид 40 мг *в/венно *2 раза в день; Периндоприл 2 мг 1 таб. 1 раз в день вечером; Кардиомагнил 75 мг *1 таб.* 1 раз в день



вечером; Метоклопромид 1 таб *1 р/день при тошноте. На фоне проводимой терапии состояние пациентки улучшилось, стабилизировалось. Общий анализ крови нормализовался. Белок в суточной моче: 0,39 г/л. В сыворотке крови: мочевина 8,8 Ммоль/л, креатинин 0,13 Ммоль/л, СРБ-2,5. F-клубочковая фильтрация 39 мл/мин.; Д-димеры – 178 нг/мл. Rg-ОГК: состояние после торакотомии слева, нельзя исключить гранулемы в S2 и в S5 справа. КТ-ОГК: поствоспалительный пневмосклероз. Состояние после оперативного лечения. На протяжении 4 месяцев пациентка ежемесячно проходила курс пульс-терапии №3: Метилпреднизолон 500мг в/венно капельно; Циклофосфан 200мг в/венно капельно. Базисный цитостатик Азатиоприн (50 мг – 2 раза в сутки) был заменен на Мофетила Микофенолат (2 г в день).

Спустя 1 год на фоне базисной терапии и стабилизации процесса пациентку стали беспокоить головные боли, боль и выпячивание правого глаза.

Было выполнено КТ черепа и головного мозга: ретробульбарные гранулемы обоих глазниц. Периорбитальный отек, отек и структурные изменения височной кости с вовлечением пирамиды.

Учитывая отрицательную динамику и прогресс заболевания с вовлечением органов зрения и черепа, почек, легких пациентке был назначен курс генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) препаратом Ритуксимаб (длительность терапии 1 год, в дозе 500 мг, 4 инфузии), на фоне которой отмечался положительный эффект, спустя 6 месяцев наступила ремиссия.

Выводы. Своевременная дифференциальная диагностика заболеваний легких при отсутствии положительной динамики на фоне антибактериальной терапии и наличии инфильтративных теней должна обязательно включать не только обследование на туберкулез и онкопатологию, но и комплекс обследования на специфические антитела и маркеры для исключения системных заболеваний и системных васкулитов. Данный клинический случай продемонстрировал сложности дифференциальной диагностики. Назначение ГИБТ в виде Ритуксимаба позволило добиться клинико-лабораторной ремиссии у пациентки с генерализованной формой и тяжелым течением заболевания.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ ВСЛЕДСТВИЕ РЕСТЕНОЗА ИЛИ ТРОМБОЗА КОРОНАРНОГО СТЕНТА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ

**Скопец И.С.¹, Везикова Н.Н.¹, Барышева О.Ю.¹,
Малыгин А.Н.², Топчиева Л.В.³, Исправникова А.А.¹**

¹Петрозаводский государственный университет,

²Республиканская больница имени В.А. Баранова,

³Карельский научный центр Российской академии наук,
г. Петрозаводск

Цель. Оценить клинические особенности, показатели липидного спектра и воспалительной активности у пациентов, переносящих острый коронарный син-



дром (ОКС) вследствие значимого рестеноза или тромбоза в зоне выполненного ранее стентирования.

Материалы и методы. В исследование включено 768 пациентов, последовательно госпитализированных с 01.01.2019 по 01.10.2020 в Региональный сосудистый центр по поводу ОКС. Определена группа больных, ранее переносивших ЧКВ 90 человек (11,7%), среди них у 56 (7,3%) пациентов причиной повторного ОКС стал значимый рестеноз или тромбоз в зоне предшествовавшего коронарного стентирования. Эти больные составили основную группу.

Проведена оценка клинических особенностей и показателей липидного спектра, а также в остром периоде методом ИФА определен уровень вчСРБ, гомоцистеина, ИЛ-1 β , ИЛ-6, VCAM-1, ММР-9 и ТНФа. Сформирована группа контроля из здоровых добровольцев, соответствующая по поло-возрастным характеристикам основной группе (N=26).

Результаты. Основную группу составили 56 пациентов, госпитализированных по поводу ОКС, причиной которого, по данным повторной коронарографии, стал значимый рестеноз или тромбоз в зоне ранее имплантированного металлокаркаса. Преобладали мужчины (67,9%), средний возраст 64 года. ОКС с подъемом сегмента ST диагностирован у 17 больных (30,4%), у 34 пациентов (60,7%) – ОИМ без подъема ST, у 8 (14,3%) – нестабильная стенокардия. По данным повторной КАГ, у 7 (12,5%) пациентов верифицирован тромбоз коронарного стента, у 49 (87,5%) причиной повторного ОКС стал значимый рестеноз в зоне предшествовавшего стентирования.

Результаты определения показателей липидного профиля на момент госпитализации по поводу ОКС оказались следующими: средний уровень холестерина (ХС_{ср.}) составил 4,55 ммоль/л, ЛПНП_{ср.} – 2,83 ммоль/л, ЛПВП_{ср.} – 1,14, ТГ_{ср.} – 1,52 ммоль/л. Целевые значения липидного спектра имел лишь 1 пациент, еще у 19 (33,9%) пациентов выявлен уровень общего ХС менее 4.0 ммоль/л, у 5 (8,9%) пациентов – уровень ЛПНП менее 1.4 ммоль/л.

При определении воспалительных маркеров установлено, что пациенты основной группы в сравнение с группой контроля имели достоверно более высокий уровень вчСРБ (14,8 пг/мл vs 4,4 пг/мл; $p < 0,001$), VCAM-1 (1615,3 нг/мл vs 1213,5 нг/мл; $p < 0,001$), ИЛ-6 (12,6 пг/мл vs 4,8 пг/мл; $p < 0,001$), ММР-9 (1257,6 нг/мл vs 97,9 нг/мл; $p < 0,001$). Тогда как статистически значимых различий по уровню ТНФа (7,98 пг/мл vs 7,91 пг/мл; $p = 0,286$), ИЛ-1 β (5,22 пг/мл vs 5,15 пг/мл; $p = 0,88$) и гомоцистеина (9,94 мкмоль/л vs 4,98 мкмоль/л; $p = 0,95$) выявлено не было.

Выводы. Исследование демонстрирует, что в реальной клинической практике рестенозы и тромбозы коронарных стентов являются причиной развития ОКС более чем у 7% больных. При этом в подавляющем большинстве случаев на момент развития повторного атеротромботического события у пациентов не были достигнуты целевые показатели липидного спектра. При оценке маркеров воспалительной активности установлено, что у лиц, переносивших ОКС вследствие значимого рестеноза или тромбоза коронарного стента, имеются достоверно более высокие уровни вчСРБ, VCAM-1, ИЛ-6 и ММР-9 в сравнении с группой контроля, тогда как значимых различий в концентрациях ТНФа, ИЛ-1 β и гомоцистеина выявлено не было.



ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ СИСТЕМНЫХ И СУСТАВНЫХ ФОРМАХ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Сорокина Л.С.¹, Аврусин И.С.², Раупов Р.К.², Гарипова Н.Т.³,
Карабахцян М.М.⁵, Хрыпов С.В.⁴, Исупова Е.А.², Гайдар Е.В.²,
Чикова И.А.², Дубко М.Ф.², Масалова В.В.², Лихачева Т.С.²,
Снегирева Л.С.², Костик М.М.²

¹Детская клиническая больница,

²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,

³Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова,

⁴Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных
видов медицинской помощи (онкологический),

Санкт-Петербург,

⁵Медицинский комплекс-институт здоровья детей и подростков «Арабкир»,
Ереван, Республика Армения

При ювенильном идиопатическом артрите (ЮИА) продолжается прием системных глюкокортикостероидов (ГКС) несмотря на возможности биологической терапии. Длительная ГКС-терапия ассоциируется с развитием такого осложнения как аваскулярный некроз костной ткани, наиболее часто поражающий тазобедренные суставы и приводящий к эндопротезированию.

Цель работы. Сравнить виды поражения тазобедренных суставов при системной и суставных формах ЮИА и определить факторы риска данных осложнений.

Материалы и методы. В исследование включено 753 пациента от 2-х до 17 лет с диагнозом ювенильный идиопатический артрит (ЮИА), которые были разделены на 2 группы: пациенты с системным артритом (сЮИА) (58 пациентов, 7,7%) и суставными формами ЮИА (695 пациентов, 92,3%). Варианты поражения тазобедренных суставов включали: коксит, коксартроз, а также коксартроз, потребовавший тотального эндопротезирования сустава. Определение вида поражения проводилось по данным клинических и радиологических исследований.

Результаты. Коксит встречался одинаково часто в обеих группах (13,8 и 14,0, $p > 0.05$), но коксартроз (19% и 5,3%) и эндопротезирование (8,6 и 1,6%) преобладали в группе системного артрита ($p < 0.05$). Пациенты с сЮИА имели отсроченное поражение тазобедренных суставов (57,9% и 6,9%, $p = 0,019$), более высокую воспалительную активность (в виде ускорения СОЭ, СРБ, лейкоцитоза, тромбоцитоза, анемии, $p < 0.005$), значительно чаще получали ГКС в разных режимах и имели более высокую кумулятивную дозу ГКС (3085 мг и 2000 мг, $p = 0.005$), также в группе пациентов с сЮИА коксартроз развивался раньше.

Выводы. Системный артрит является фактором риска развития коксартроза за счет выраженного воспаления и приема высоких доз глюкокортикостероидов.



СИСТЕМНАЯ КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ФАКТОР РИСКА КОКСАРТРОЗА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ АРТРИТЕ

Сорокина Л.С.¹, Аврусин И.С.², Раупов Р.К.², Гарипова Н.Т.³, Карабахян М.М.⁵,
Хрышов С.В.⁴, Исупова Е.А.², Гайдар Е.В.², Чикова И.А.², Дубко М.Ф.²,
Масалова В.В.², Лихачева Т.С.², Снегирева Л.С.², Костик М.М.²

¹Детская клиническая больница,

²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,

³Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова,

⁴Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных
видов медицинской помощи (онкологический),

Санкт-Петербург,

⁵Медицинский комплекс-институт здоровья детей и подростков «Арабкир»,
Ереван, Республика Армения

Несмотря на широкий спектр биологической, стероид-избегающей, терапии, продолжается назначение системной глюкокортикостероидной (ГКС) терапии при разных формах ювенильного артрита, что увеличивает риск необратимого поражения суставов, в том числе тазобедренных, за счет аваскулярного некроза. Развитие артроза тазобедренных суставов требует тотального эндопротезирования, выполнение которого в настоящее время остается сложной задачей в педиатрической практике.

Цель исследования. Оценить влияние системной ГКС-терапии на развитие коксартроза при ювенильном идиопатическом артрите.

Материалы и методы. В исследование включено 753 пациента с диагнозом ювенильный идиопатический артрит в возрасте от 2 до 17 лет, проходивших лечение в клинике СПбГПМУ за 2007-2016 года. Пациенты были разделены на 2 группы: 1) получавшие (445 пациентов, 59,1%) и не получавшие (308 пациентов, 40,9%) системную кортикостероидную терапию (пульс-терапию, пероральный прием ГКС).

Результаты. Чаще всего ГКС получали пациенты с системным артритом (94,8%), реже – с полиартритом (59,6%), олигоартритом (58,3%), псориатическим (55%) и энтезит-ассоциированным артритом (48,9%) ($p=0,0000001$). Назначение ГКС ассоциировалось с более ранним дебютом (5,6 и 6,5 лет, $p=0,03$) и высокой активностью заболевания: с ускорением СОЭ ($p=0,0000001$), повышением СРБ ($p=0,000005$), склонностью к тромбоцитозу ($p=0,0000001$), анемии ($p=0,000034$), лейкоцитозу ($p=0,0000001$), а также с ранним стартом биологической терапии (3,8 и 4,7 лет, $p=0,03$). Средняя кумулятивная доза ГКС составила 2750 мг (1000-5000 мг, $p=0,0002$). Влияния системной ГКС-терапии на длительность болезни, фосфорно-кальциевый метаболизм и на сроки достижения ремиссии отмечено не было ($p>0,05$). Тазобедренные суставы вовлекались в процесс одинаково часто в обеих группах (18,9 и 22,4%, $p=0,237$), но в случае терапии ГКС поражение тазобедренных суставов было отсроченным (51,1% и 32,8%, $p=0,022$), чаще развивался коксартроз (64,6 и 35,4%, $p=0,424$), значительно чаще выполнялось тотальное эндопротезирование (48,4 и 5,9%, $p=0,003$); среди 16 пациентов, прошедших этап протезирования тазобедренного сустава, 93,7% получали



системные глюкокортикостероиды ($p=0,006$). Влияния ГКС на сроки развития коксартроза и сроки протезирования не выявлено ($p>0,05$).

Вывод. Назначение системной кортикостероидной терапии должно быть минимизировано и оправдано только при системных формах ювенильного артрита в случае развития жизнеугрожающих состояний. По данным нашего исследования большая часть пациентов имела опыт получения кортикостероидной терапии, в том числе пациенты с несистемными формами ЮИА. Отсроченное поражение тазобедренных суставов, более частая эволюция до коксартроза в исходе аваскулярного некроза и значимое преобладание эндопротезирования в группе пациентов, получавших ГКС, свидетельствуют о необходимости назначения кортикостероидной терапии по строгим показаниям и минимизации кортикостероидной терапии при ЮИА.

СПЕКТР ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Спиваковская А.Ю., Спиваковский Ю.М., Черненко Ю.В.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского,
г. Саратов

Подходы к лечению ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) претерпели значительные изменения за последнее десятилетие. В Российской Федерации актуализация проблемы диагностики и лечения ЮИА позволила разработать федеральные клинические стандарты, согласно которым дети с этим заболеванием получают медицинскую помощь, как на уровне стационара, так и в амбулаторно-поликлиническом звене. Спектр применяемых в педиатрии биологических агентов за прошедшее десятилетие также значительно расширился, что позволило сформировать новое видение в тактике ведения и лечения пациентов с ЮИА среди практикующих врачей.

Цель исследования. Проанализировать структуру генно-инженерной биологической терапии у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом, проживающих на территории Саратовской области Российской Федерации.

Материалы и методы. В исследование включена обобщенная информация о 253 пациентах в возрасте от 1-17 лет с верифицированным по критериям ILAR диагнозом ЮИА, проживающих на территории Саратовской области на 1 января 2019 года.

Результаты. По данным медицинской статистики в регионе, диагноз ЮИА на 1 января 2019 года был установлен у 253 детей и подростков. В федеральном реестре зарегистрировано около 200 пациентов. Ежегодно в регионе отмечается значительный прирост детей, получающих ГИБП, так в 2014 году – 30 пациентов, что составляло 9,3% от общего числа пациентов с ЮИА, на начало 2019 этот показатель составил – 19% ($n=48$), а к концу 2019 уже 22,1% ($n=56$). В общем пуле ГИБП 67% пациентов, получают ингибиторы TNF- α , антитела к IL-6 получают 27% пациентов, антитела к



PL-1 – 6,25%. Стоит отметить, что при использовании биологических агентов в 60% случаев удалось достичь критерия неактивного заболевания к 4-5 месяцу, которое характеризовалось отсутствием острых воспалительных симптомов, нормализацией СОЭ и CRP. Наблюдение за пациентами с ЮИА, получающими биологические агенты, потребовало проведение ряда образовательных мероприятий для медицинского персонала, создание дополнительной методологической базы. Для дальнейшего обучения молодых специалистов в университете была разработана и внедрена программа дополнительного курса по детской ревматологии.

Выводы. На территории Саратовской области на начало 2019 года, 19% пациентов с диагнозом ЮИА получают биологическую терапию, что соответствует средним показателям охвата биологической терапией согласно литературным данным. В структуре применяемых генно-инженерных препаратов лидерство сохраняет группа ингибиторов TNF- α – 67%. Внедрение современных методов лечения с использованием биологических агентов при ЮИА значительно увеличило эффективность лечения, что потребовало не только качественного и регулярного наблюдения за пациентами, но и организацию дополнительной информационной поддержки медицинских работников.

ДИСЛИПИДЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ

**Спицина С.С.^{1,2}, Шилова Л.Н.^{2,1}, Трофименко А.С.¹,
Мозговая Е.Э.¹, Бедина С.А.¹**

¹Волгоградский государственный медицинский университет,

²Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Цель исследования. Изучить липидный профиль больных ревматоидным (РА) и псориатическим (ПсА) артритом на фоне лечения метотрексатом (МТ), выявить взаимосвязь с основными предрасполагающими факторами.

Материалы и методы. Были обследованы 15 больных ПсА и 20 с РА, получающих МТ в качестве базисного противовоспалительного препарата от 10 до 20 мг в неделю на протяжении не менее 6 месяцев, а также различные нестероидные противовоспалительные препараты. Диагнозы выставлялись по критериям CASPAR 2006 и ACR/EULAR 2010 соответственно. Для оценки активности использовался индекс DAS28-CRP(4). Критерием исключения было наличие сопутствующего заболевания, способного повлиять на обмен липидов.

Результаты и обсуждение. Средний возраст больных ПсА составил $48,2 \pm 10,56$ лет, длительность суставного синдрома от 7 месяцев до 5 лет. Преобладал спондилоартритический вариант (75%), полиартритический встречался в 20% случаев, мультирующий – 5%. 26,7% пациентов имели ограниченный вульгарный псориаз, остальные – распространенный. Все пациенты имели умеренную активность заболевания



(DAS28-CRP(4) от 4,28 до 5,01). Средний индекс массы тела составил $31,03 \pm 4,4$ кг/м². Повышение уровня ОХС зарегистрировано в 80% случаев. Среднее значение ОХС составило $6,04 \pm 1,55$ ммоль/л. Изменения ТГ, ХС ЛПНП и ХС ЛПВП не были зарегистрированы. Значения аполипопротеинов А1 и В не выходили за пределы референтных (апоВ – 1,32 г/л, апоА1 – 1,59 г/л). Корреляционный анализ показал прямую взаимосвязь ОХС с возрастом, избыточной массой тела, длительностью ПСА.

Средний возраст пациентов РА был $53,8 \pm 9,4$ лет с продолжительностью заболевания $4,8 \pm 3$ лет. Поздняя клиническая стадия была диагностирована у 6 человек, развернутая – у 14. Все пациенты имели $\text{DAS28-CRP(4)} \geq 7,06$. Серопозитивность была в 80% случаев. Средний ИМТ составил $28,3$ кг/м². Повышение уровня ОХС зарегистрировано в 80% случаев. Среднее значение ОХС составило $5,63 \pm 1,6$ ммоль/л. Увеличение уровня ТГ было зарегистрировано в 40% случаях, ХС ЛПНП – в 80%, снижение ЛПВП – в 60%. Среднее значение ЛПВП – $1,09 \pm 0,2$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $3,74 \pm 1,16$ ммоль/л. Большинство пациентов имело гиперлипидемию II типа с высокой степенью атерогенности: IIa – 12 человек, IIb – 8 человек, что составило 60 и 40% исследуемых соответственно. Корреляционный анализ показал прямую взаимосвязь ОХС с возрастом, менопаузой, избыточной массой тела. Длительность РА прямо коррелировала с ОХС ($r=0,189$), ХС ЛПНП ($r=0,159$). Активность РА негативно влияла на ХС ЛПВП: уровень СРБ ($r=-0,169$).

Выводы. Липидные нарушения, наблюдающиеся у больных хроническими воспалительными заболеваниями суставов, ассоциированы с высоким риском развития раннего атеросклероза и сердечно-сосудистых катастроф. Наиболее выраженным оказалось повышение ОХС. Показатели липидного профиля взаимосвязаны как с традиционными (возраст, повышение индекса массы тела), так и с болезнью-ассоциированными (длительность артрита) факторами.

ПРИЧИНЫ ОТМЕНЫ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Сыгырта В.С., Глухова С.И., Аронова Е.С., Сатыбалдыев А.М., Лиля А.М.
Научно-исследовательский институт имени В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Рефрактерный ревматоидный артрит (РРА) – это субтип ревматоидного артрита (РА), при котором последовательное назначение оптимальных доз метотрексата (МТ) в комбинации с глюкокортикоидами (ГК) и как минимум двух генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) с разным механизмом действия в течение 18-24 месяцев не приводит к значимому снижению воспалительной активности РА.

Цель. Анализ стратегии выбора и «выживаемости» генно-инженерной биологической терапии у больных РРА.



Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены данные о 95 больных РРА (80 женщин, 80,8%), в возрасте от 23 до 80 лет (средний возраст 57 лет), получавших ГИБП. Средняя длительность РА составила $11,9 \pm 7,6$ лет. Все пациенты были распределены на 6 групп в зависимости от количества полученных линий терапии (от 2 до 7 последовательно назначенных ГИБП). Всего проанализировано 348 случаев назначения ГИБП.

Результаты. В качестве 1-й и 2-й линий терапии наиболее часто применялись ингибиторы ФНО- α : инфликсимаб (ИНФ) – 43 случаев назначения, адалимумаб (АДА) – 39, этанерцепт (ЭТЦ) – 25, цертолизумаб пэгол (ЦП) – 11, голимумаб (ГЛМ) – 6. Абатацепт (АБА) был назначен в 32 случаях, ритуксимаб (РТМ) – в 22 случаях, тоцилизумаб (ТЦЗ) – в 12 случаях. Причинами прекращения ГИБП были: недостаточная эффективность терапии (НЭ) (55,2% случаев), нежелательные реакции (НР), включая серьезные нежелательные реакции (14,8% случаев), организационные причины (10,0% случаев), стойкая ремиссия (2,1% случаев), беременность (0,6%) и другое (17,3% случаев).

При выборе ГИБП 3-й линии терапии также применялись ингибиторы ФНО- α , однако предпочтение отдавалось препаратам с другим механизмом действия: АБА – 20 пациентам (23,2%), РТМ – 20 (21,1%), ТЦЗ – 15 (15,8%), ЭТЦ – 22 (23,2%), АДА – 9 (9,5%), ИНФ – 4 (4,1%), ЦП – 3 (3,1%). Лечение было прекращено у 74 пациентов (77,9%). Причинами отмены ГИБП в этом случае были: НЭ (54,1%), НР (17,6%), организационные причины (9,5%), ремиссия (1,3%), другое (17,5%).

4-я линия терапии была проведена 45 пациентам: АБА – 16 (35,6%), РТМ – 9 (20%), АДА – 6 (13,3%), ТЦЗ – 5 (11,1%), ЭТЦ – 4 (8,9%), ЦП – 4 (8,9%), ГЛМ – 1 (2,2%). Причинами отмены ГИБП (29 пациентов, 64,4%) были: НЭ (44,8%) НР (13,8%), другое (41,4%).

5-й ГИБП был назначен 13 пациентам: ТЦЗ – 6 (46,1%), РТМ – 3 (23,1%), АБА – 1 (7,7%), ЭТЦ – 1 (7,7%), АДА – 1 (7,7%), ГЛМ – 1 (7,7%). Терапия была прекращена у 11 пациентов (84,6%) по следующим причинам: НЭ (45,5%), НР (18,2%), другое (36,3%).

6-я линия терапии проводилась 4 пациентам: ЭТЦ (25%), ГЛМ (25%), ЦП (25%), АБА (25%) и была прекращена у 3 (75%) из них вследствие НР (33,3%) и других причин (66,7%). Один пациент получил ТЦЗ в качестве 7-й линии терапии.

Средняя длительность 1-й линии терапии составила $7,6 \pm 6,5$ месяцев, 2-й линии – $9,6 \pm 7,5$ месяцев, 3-й – $11,5 \pm 7,1$ месяцев, 4-й – $12,5 \pm 8$ месяцев, 5-й – $13,4 \pm 4,8$ месяцев, 6-й – $14,6 \pm 4,4$ месяцев. При статистическом анализе выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) среднего времени удержания на терапии между 1-й и 3-й, а также 1-й и 4-й линиями терапии. При оценке частоты отмены ГИБП по причине НЭ или НР достоверных различий не выявлено. Частота прекращения ГИБП в исследуемых группах также статистически не различалась.

Заключение. Среднее время удержания на 3-й и 4-й линии терапии у больных с РРА было достоверно выше, чем на 1-й линии терапии. Наиболее частой причиной отмены ГИБП являлась НЭ. Увеличение линий терапии ГИБП не повышало частоту НР.



ГИПОВИТАМИНОЗ D У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРОЯТНЫМ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Талако Т.М.

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между обеспеченностью организма витамином D и клинико-лабораторными проявлениями у пациентов с вероятным антифосфолипидным синдромом (АФС).

Материалы и методы. Нами было обследовано 23 пациента с вероятным АФС (группа исследования) и 23 практически здоровых донора (группа контроля). В сравниваемых группах оценивали возраст, пол, количество тромбоцитов, «некритериальные» клинические проявления АФС на момент проведения исследования и в анамнезе, наличие биологической ложноположительной реакции Вассермана (БЛПРВ) в анамнезе, содержание антифосфолипидных антител (АФЛА) и их профиль и уровень общего витамина D (25(ОН)D) в периферической крови. Общий анализ крови (ОАК) выполняли на автоматическом гематологическом анализаторе «Cell Dyn 3700» (Abbott Co., США). Уровень иммуноглобулинов G (IgG) и IgM к кардиолипину (анти-КЛ) и к β 2-гликопротеину I (анти- β 2-ГП I) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа, волчаночный антикоагулянт (ВА) – согласно рекомендациям Международного общества тромбозов и гемостаза (исследовательская группа по ВА/фосфолипид-зависимым антителам, 2009). Содержание 25(ОН)D в крови определяли хемилюминесцентным методом.

Результаты и обсуждение. В группе контроля было 3 мужчин и 20 женщин, в группе исследования – 23 женщины. Средний возраст пациентов с вероятным АФС составил $37,0 \pm 2,34$ года, практически здоровых лиц – $37,0 \pm 2,34$ года. «Некритериальные» клинических проявлений АФС были выявлены у 15 (65,2%) пациентов группы исследования и были представлены поражениями кожи (сетчатое ливедо, псевдовазкулитные поражения, анетодермия) у 3 (13,0%) пациентов, гематологическими проявлениями (тромбоциты $< 150 \times 10^9/\text{л}$) у 10 (43,5%) пациентов, акушерской патологией (один самопроизвольный выкидыш до 10 недель беременности) у 7 (30,4%) женщин, нефрологические (умеренная протеинурия) и суставные (артралгии) проявления имели по 1 (4,4%) пациенту, БЛПРВ была отмечена у 6 (26,1%) пациентов. Профиль антител высокого тромбогенного риска (одновременное наличие 2-х и более видов АФЛА) был отмечен у 16 (69,6%) пациентов.

При проведении анализа воздействия клинических проявлений АФС, наличия отдельных АФЛА и их профиля, показателей ОАК, возраста, пола на уровень 25(ОН)D выявлено статистически значимое влияние профиля АФЛА высокого тромбогенного риска ($F=6,70$; $p=0,017$), а также наличие ВА ($F=9,41$; $p=0,006$) и анти-КЛ IgG ($F=4,60$; $p=0,044$) на величину 25(ОН)D у пациентов с вероятным АФС. У практически здоровых лиц влияния пола, возраста, показателей ОАК на содержание 25(ОН)D не отмечено.



Достаточное содержание 25(OH)D (≥ 30 нг/мл) было выявлено у 4 (17,4%) пациентов с вероятным АФС и у 7 (30,4%) практически здоровых лиц. Среди лиц с недостаточным уровнем 25(OH)D его дефицит (< 20 нг/мл) отмечен у 11 (47,8%) пациентов группы исследования и у 9 (39,1%) пациентов группы контроля. В группе вероятного АФС доля пациентов с «некритериальными» клиническими проявлениями АФС была статистически значимо выше среди лиц с дефицитом 25(OH)D ($F=0,27$; $p=0,027$) и лиц с профилем АФЛА высокого тромбогенного риска ($F=0,38$; $p=0,006$).

Выводы. Пациенты с вероятным АФС с одновременным выявлением 2-х и более видов АФЛА и дефицитом общего витамина D следует иметь высокую вероятность развития «некритериальных» клинических проявлений АФС. Определение уровня 25(OH)D и его коррекция необходима у пациентов с вероятным АФС.

ЧАСТОТА ВНЕКИШЕЧНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Тарасова Д.Д., Шилова Л.Н., Феоктистова А.В.

Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград

Цель. Оценить частоту клинических проявлений внекишечных поражений у больных язвенным колитом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения ГУЗ ГКБ СМП №25. Были проанализированы архивные данные историй болезни 73 пациентов с подтвержденным диагнозом язвенный колит из них 39 (53,4%) мужчин средний возраст 32,7 лет, 34 женщины (46,5%) средний возраст 36,8 лет.

Результаты. Среди 73 больных ЯК внекишечные проявления выявлены у 34 (46,5%) пациентов на фоне развернутой клинической картины. У 14 больных (19,17%) обнаружено тотальное поражение толстого кишечника, у 13 (17,8%) левосторонний колит, у 7 (9,58%) проктосигмоидит. У 4 пациентов (5,47%) диагноз был установлен впервые, 21 человек (28,7%) поступили в стационар повторно в связи с обострением течения заболевания. Среди внекишечных проявлений преобладали суставные поражения: у 13 пациентов (38,2%) выявлены клинические признаки периферического артрита, у 10 пациентов (13,69%) присутствовали симптомы одностороннего сакроилиита. У 7 (9,58%) человек присутствовали жалобы на мышечную слабость. У 1 (4,16%) пациента диагностирована узловатая эритема. В одном случае (4,16%) выставлен аутоиммунный гепатит, у 2 (2,7%) пациентов обнаружен первичный склерозирующий холангит.

Выводы. Развитие внекишечных проявлений при ЯК в значительной мере определяется тяжестью течения заболевания, протяженностью воспалительного процесса в толстой кишке. Практически у половины больных ЯК были выявлены внекишечные проявления различной степени выраженности, среди которых преобладали суставные поражения. Больным ЯК требуются тщательная диагностика и своевременное вы-



явление внекишечных проявлений, что позволит на ранних этапах скорректировать терапию и тактику лечения данной группы пациентов и предупредить развитие тяжелых жизнеугрожающих осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Толстокорова Ю.А.², Чернова А.А.^{1,2}, Никулина С.Ю.²

¹Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И.С. Берзона,

²Красноярский государственный медицинский университет

имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого,

г. Красноярск

Цель исследования. Изучить вклад полиморфизмов генов *CTLA4(A49G)*, *PTPN22(C1858T)*, *eNOS(4a/4b)*, *CCR5(I/D)*, *MMP9(rs11697325)* в развитии АГ у больных РА.

Материалы и методы. Набор пациентов проводился в ревматологическом отделении Красноярской межрайонной клинической больницы №20. Обследовано 143 больных ревматоидным артритом. Среди обследованных была выделена группа пациентов с ревматоидным артритом в количестве 50 человек, и группа пациентов с РА в сочетании с АГ, в количестве 93-х человек. Контрольная группа включала популяционную выборку лиц (n=151) без ревматических и сердечно-сосудистых заболеваний, сопоставимых по возрасту и полу. Молекулярно-генетическое исследование проводилось на базах Российско-итальянской лаборатории медицинской генетики «MAGI» КрасГМУ и лаборатории молекулярно-генетических исследований терапевтических заболеваний НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН (г. Новосибирск). Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ «EXCEL», «STATISTICA FOR WINDOWS 10.0», «IBM SPSS 20». Различия в распределении частот аллелей и генотипов генов *CTLA4*, *PTPN22*, *eNOS*, *CCR5*, *MMP9* между группами оценивали посредством критерия χ^2 . В случае четырехпольных таблиц сопряженности сравнение выборок по частотам генотипов и аллелей применяли точный двусторонний критерий Фишера. Относительный риск (OR – odds ratio) заболевания по конкретному аллелю или генотипу вычисляли как отношение шансов (ОШ). OR указан с 95%_м доверительным интервалом (Confidence interval CI). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В ходе молекулярно-генетического исследования было выявлено, что в группе пациентов с РА выявлена ассоциативная связь полиморфизмов генов *PTPN22(C1858T)*, *CCR5(I/D)*, *MMP9(rs11697325)* с развитием РА.

Риск развития РА у носителей гомозиготного генотипа ТТ полиморфизма *C1858T* гена *PTPN22* был в 3,6 раз выше по сравнению с носителями генотипов СС и СТ. Аллель Т значительно чаще встречалась в группе больных РА, чем в контроле [ОШ=1,7 (95% ДИ 1,1-2,8); $p < 0,05$]; генотип DD полиморфизма *I/D* гена *CCR5* был



в 1,6 раз выше по сравнению с носителями генотипов II и ID. Аллель D значительно чаще встречалась в группе больных РА, чем в контроле [ОШ=1,5 (95% ДИ 1,1-2,2); $p<0,05$]; генотип AA полиморфизма rs11697325 гена MMP9 был в 1,8 раз выше по сравнению с носителями генотипов AG и GG. Аллель A значительно чаще встречалась в группе больных РА, чем в контроле [ОШ=1,6 (95% ДИ 1,1-2,5); $p<0,05$];

В группе пациентов с РА в ассоциации с АГ была выявлена статистически достоверная связь среди полиморфизмов генов eNOS(4a/4b) [ОШ=3,6 (95% ДИ 1,3-9,8); $p<0,05$] и CTLA4 (A49G) [ОШ=2,02 (95% ДИ 1,3-2,9); $p<0,05$]

Выводы. Гомозиготный генотип TT и аллель T полиморфизма C1857T гена RTPN22, гомозиготный генотип DD и аллель D полиморфизма I/D гена CCR5, гомозиготный генотип AA полиморфизма rs11697325 гена MMP9 являются предикторами развития РА. Гомозиготный генотип 4a/4a и аллель 4a, полиморфизма 4a/4b гена eNOS и гомозиготный генотип GG и аллель G полиморфизма A49G гена CTLA4 являются предикторами развития ревматоидного артрита с артериальной гипертензией.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА I/D ГЕНА CCR5 В РЕАЛИЗАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Толстокорова Ю.А.², Чернова А.А.^{1,2}, Никулина С.Ю.²

¹Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И.С. Берзона,

²Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого,
г. Красноярск

Цель исследования. Изучить вклад полиморфизма I/D гена CCR5 в развитии АГ у больных РА.

Материалы и методы. Набор пациентов проводился в ревматологическом отделении Красноярской межрайонной клинической больницы №20. Обследовано 143 больных ревматоидным артритом. Среди обследованных была выделена группа пациентов с ревматоидным артритом в количестве 50 человек, и группа пациентов с РА в сочетании с АГ, в количестве 93-х человек. Контрольная группа включала популяционную выборку лиц (n=151) без ревматических и сердечно-сосудистых заболеваний, сопоставимых по возрасту и полу. Обследуемым был проведен определенный спектр клинико-инструментальных и лабораторных методов, включающий молекулярно-генетическое исследование, которое проводилось на базах Российско-итальянской лаборатории медицинской генетики «MAGI»КрасГМУ и лаборатории молекулярно-генетических исследований терапевтических заболеваний НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН (г. Новосибирск). Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ «EXCEL», «STATISTICA FOR WINDOWS 10.0», «IBM SPSS 20». Различия в распределении частот аллелей и генотипов гена CCR5 между группами оценивали посредством критерия χ^2 . В случае четырехпольных таблиц сопряженности сравнение выборок по частотам генотипов



и аллелей применяли точный двусторонний критерий Фишера. Относительный риск (OR – odds ratio) заболевания по конкретному аллелю или генотипу вычисляли как отношение шансов (ОШ). OR указан с 95%-м доверительным интервалом (Confidence interval CI). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В ходе молекулярно-генетического исследования выявлено, что при распределении генотипов и аллелей полиморфизма I/D гена CCR5 наблюдается статистически значимое преобладание гомозиготного генотипа DD и аллеля D как в группе пациентов с РА, так и в ассоциации с АГ в сравнении с лицами контрольных групп. Генотип DD полиморфизма I/D гена CCR5 был в 1,6 раз выше по сравнению с носителями генотипов II и ID [ОШ=1,6 (95% ДИ 1,1-2,5); $p < 0,05$].

Аллель D также значительно чаще встречалась в группе больных РА, чем в контроле [ОШ=1,5 (95% ДИ 1,1–2,2); $p < 0,05$].

В группе пациентов с РА в ассоциации с АГ также наблюдалось статистически значимое преобладание гомозиготного генотипа DD и аллеля D полиморфизма I/D гена CCR5, в сравнении с контрольной группой. Генотип DD был в 2,5 раз выше по сравнению с носителями генотипов II и ID [ОШ=3,6 (95% ДИ 1,1-10,1); $p < 0,05$]. Аллель D также значительно чаще встречалась в группе больных РА, чем в контроле [ОШ=3,3 (95% ДИ 1,1–9,8); $p < 0,05$].

Выводы. По результатам нашего исследования выявлено, что гомозиготный генотип DD и аллель D полиморфизма I/D гена CCR5 являются предикторами развития ревматоидного артрита в ассоциации с артериальной гипертензией.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА RS11697325 ГЕНА MMP9 В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Толстокорова Ю.А.², Чернова А.А.^{1,2}, Никулина С.Ю.²

¹Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И.С. Берзона,

²Красноярский государственный медицинский университет

имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого,

г. Красноярск

Цель исследования. Изучить вклад полиморфизма rs11697325 гена MMP9 в развитии АГ у больных РА.

Материалы и методы. Набор пациентов проводился в ревматологическом отделении Красноярской межрайонной клинической больницы №20. Обследовано 143 больных ревматоидным артритом. Среди обследованных была выделена группа пациентов с ревматоидным артритом в количестве 50 человек, и группа пациентов с РА в сочетании с АГ, в количестве 93-х человек. Контрольная группа включала популяционную выборку лиц ($n=151$) без ревматических и сердечно-сосудистых заболеваний, сопоставимых по возрасту и полу. Обследуемым был проведен определенный спектр клинико- инструментальных и лабораторных методов, включающий молекулярно-генетическое исследование, которое проводилось на базах Российско-



итальянской лаборатории медицинской генетики «MAGI» КрасГМУ и лаборатории молекулярно-генетических исследований терапевтических заболеваний НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН (г. Новосибирск). Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ «EXCEL», «STATISTICA FOR WINDOWS 10.0», «IBM SPSS 20». Различия в распределении частот аллелей и генотипов гена MMP9 между группами оценивали посредством критерия χ^2 . В случае четырехпольных таблиц сопряженности сравнение выборок по частотам генотипов и аллелей применяли точный двусторонний критерий Фишера. Относительный риск (OR – odds ratio) заболевания по конкретному аллелю или генотипу вычисляли как отношение шансов (ОШ). OR указан с 95%_м доверительным интервалом (Confidence interval CI). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В ходе молекулярно-генетического исследования выявлено, что при распределении генотипов и аллелей полиморфизма rs11697325 гена MMP9 наблюдается статистически значимое преобладание гомозиготного генотипа AA и аллеля A в группе пациентов с РА, в сравнении с лицами контрольных групп. Генотип AA полиморфизма rs11697325 гена MMP9 был в 1,8 раз выше по сравнению с носителями генотипов AG и GG [ОШ=1,8 (95% ДИ 1,1-2,9); $p < 0,05$]. Аллель A также значительно чаще встречалась в группе больных РА, чем в контроле [ОШ=1,6 (95% ДИ 1,1-2,5); $p < 0,05$].

В группе пациентов с РА в ассоциации с АГ не наблюдалось статистически значимое преобладание генотипов и аллелей полиморфизма rs11697325 гена MMP9.

Выводы. По результатам нашего исследования выявлено, что гомозиготный генотип AA и аллель A полиморфизма rs11697325 гена MMP9 являются предикторами развития только ревматоидного артрита.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Тополянская С.В.

Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова,
Москва

Повышение концентрации мочевой кислоты в крови все чаще связывают не только с возможным риском возникновения такого классического заболевания, как подагра, но и с такими патологическими процессами, как артериальная гипертензия, атеросклероз и хроническая болезнь почек. Возможное влияние мочевой кислоты на возникновение и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний может быть опосредовано окислительным стрессом, в патогенезе которого существенную роль играет мочевая кислота. Показано также, что гиперурикемия либо инициирует, либо стимулирует процесс эндотелиальной дисфункции и ремоделирования сосудов. Мочевая кислота способна проникать в клетки эндотелия и вызывать вазоконстрикцию и эндотелиальную дисфункцию. Кроме того, повышение концентрации мочевой кис-



лоты в крови ассоциируется с увеличением адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов, наряду с повышением пролиферации гладкомышечных клеток сосудов и прогрессированием атеросклероза. Хорошо известен также провоспалительный эффект мочевой кислоты. Показано, что уровень мочевой кислоты в крови прямо коррелирует с концентрацией таких провоспалительных медиаторов, как С-реактивный белок, интерлейкин-6 и фактор некроза опухоли-альфа. Повышение концентрации мочевой кислоты в крови играет важную роль и в развитии ряда метаболических нарушений, в частности, инсулинорезистентности, ожирения и дислипидемии.

Основная цель настоящего исследования заключалась в изучении распространенности гиперурикемии и анализе возможных взаимосвязей между повышенным уровнем мочевой кислоты и различными сердечно-сосудистыми заболеваниями у лиц старческого возраста и долгожителей, страдающих ИБС.

Материалы и методы. Данная работа представляла собой одномоментное («поперечное») исследование, в котором принимали участие больные старше 75 лет, находящиеся на стационарном лечении с диагнозом ИБС и артериальная гипертензия. Основные критерии невключения: наличие подагры и клинически значимой хронической болезни почек (IV-V ст.), злокачественные новообразования в активной фазе, любые хронические воспалительные заболевания. В исследование включено 475 больных, средний возраст которых составил 88,3±5,1 лет (75-106 лет). Почти половина пациентов (47%) были в возрасте 90 лет и старше, лиц в возрасте от 75 до 80 лет было всего 9%. Большинство больных (74,1%) составляли женщины.

Результаты. Повышенное содержание мочевой кислоты в крови обнаружено у 181 (38,1%) больного. Гиперурикемию значительно чаще выявляли у женщин – в 41,8% случаев, чем у мужчин – в 27,6% наблюдений ($p=0,005$). При сравнении групп больных с повышенным уровнем мочевой кислоты и с нормальными ее значениями наибольшие различия отмечались в отношении клинически значимой хронической сердечной недостаточности; это осложнение зарегистрировано у 25% больных с гиперурикемией и лишь у 10,6% пациентов с нормальным уровнем мочевой кислоты ($p<0,0001$). У больных с ХСН средние значения мочевой кислоты в крови составили 392,6±127,4 мкмоль/л, в то время как у пациентов без ХСН – 333,6±99,7 мкмоль/л ($p=0,00001$). При наличии гиперурикемии значительно чаще диагностировали и фибрилляцию предсердий: у 43% больных против 29,4% пациентов с нормальным уровнем мочевой кислоты ($p=0,001$). Среди больных с фибрилляцией предсердий средние значения мочевой кислоты в крови составляли 368,1±114,5 мкмоль/л, в то время как у пациентов без данного нарушения ритма – 329,3±99,4 мкмоль/л ($p=0,0001$). У пациентов с дилатацией левого предсердия (по данным Эхо-КГ) средние значения мочевой кислоты в крови составили 352,3±106,4 мкмоль/л, в то время как у больных с нормальными размерами левого предсердия – 307,7±95,4 мкмоль/л ($p=0,0001$). Отмечена взаимосвязь между гиперурикемией и ХСН (Отношение шансов (ОШ)=2,8; 95% ДИ=1,7-4,6; $p<0,0001$), а также фибрилляцией предсердий (ОШ=1,8; 95% ДИ=1,2-2,7; $p=0,001$) и дилатацией левого предсердия (ОШ=1,9; 95% ДИ=1,2-3,1; $p=0,004$). Дилатация левого предсердия обнаружена у 82,6% больных с гиперурикемией, тогда как у пациентов с нормальным уровнем мочевой кислоты данную патологию регистрировали реже – в 77,1% случаев ($p=0,004$). При дилатации левого предсердия средние значения мочевой кислоты в



крови составляли $352,3+106,4$ мкмоль/л, в то время как среди больных с нормальными размерами левого предсердия – $307,7+95,4$ мкмоль/л ($p=0,0001$). При проведении анализа ANOVA ХСН ($F=28,9$; $p<0,000001$) и гиперурикемия ($F=4,3$; $p=0,03$) оказались наиболее значимыми предикторами возникновения фибрилляции предсердий. Вместе с тем перенесенный в прошлом инфаркт миокарда ($F=3,30$; $p<0,000001$) и гиперурикемия ($F=3,35$; $p<0,000001$) были наиболее значимыми предикторами развития ХСН. В наблюдавшейся группе больных содержание мочевой кислоты закономерно повышалось по мере нарастания азотемии. Средние уровни креатинина у больных с гиперурикемией достигали $121,4$ мкмоль/л, в то время как у пациентов с нормальным уровнем мочевой кислоты – $99,6$ мкмоль/л ($p<0,0001$). Концентрация мочевины в крови у больных с гиперурикемией также была существенно выше ($9,2$ ммоль/л сравнительно с $6,9$ ммоль/л в группе с нормальным содержанием мочевой кислоты, $p<0,0001$). Скорость клубочковой фильтрации достигала $47,2$ мл/мин у пациентов с нормальной концентрацией мочевой кислоты, тогда как у лиц с гиперурикемией этот показатель составил лишь $38,4$ мл/мин ($p=0,00005$). Выявлена выраженная обратная корреляция между СКФ и концентрацией мочевой кислоты в крови ($r=0,000008$). У долгожителей взаимосвязь между гиперурикемией и СКФ была более значимой ($R=-0,4$; $p=0,000001$). Установлена высоко достоверная корреляция между концентрациями мочевой кислоты и фактора некроза опухоли- α ($R=0,45$; $p<0,000001$), а также интерлейкина-6 ($R=0,31$; $p=0,03$) в крови. В результате регрессионного анализа обнаружено, что наиболее значимыми факторами, оказавшими влияние на уровень мочевой кислоты, было содержание мочевины в крови ($\beta=0,47$; $p=0,000003$) и наличие ХСН ($\beta=0,22$; $p=0,02$).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о значительной распространенности гиперурикемии у лиц старческого возраста и долгожителей, страдающих ИБС. Обнаружены существенные взаимосвязи между повышением уровня мочевой кислоты и развитием ряда сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь, хронической сердечной недостаточности и фибрилляции предсердий. Целесообразны дальнейшие исследования по изучению роли мочевой кислоты при различных возраст-ассоциированных заболеваниях.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ АРТРИТОМ

Трофимов Е.А., Мазуров В.И.

Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Дебют иммуновоспалительных заболеваний суставов (ИВЗС) во время беременности представляет собой сложную дифференциально-диагностическую задачу, что обусловлено «неотчетливой» клинической картиной, быстрым прогрессированием, невозможностью рутинного использования рентгенологических методов исследования и трудностью интерпретации лабораторных данных.



Цель исследования. Изучение исходов беременности (неонатальных и материнских) с дебютом суставного синдрома во время гестации.

Материалы и методы. В группу недифференцированных артритов во время беременности (НАДБ) вошли 52 беременные. Пациентки обследовались амбулаторно и/или стационарно (в зависимости от клинико-лабораторной активности ИВЗС, акушерско-гинекологической патологии) в каждом триместре беременности (на 10-12, 20-22, 30-32 неделях) и через 12 месяцев после родов. На каждом визите проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование по стандартам Ассоциации Ревматологов России.

Результаты. Средний возраст больных в этой группе составил 34 (28,5; 37) лет. У 21 (40,38%) женщин был отягощенный акушерский анамнез: старший репродуктивный возраст (36,65%), бесплодие (11,54%), невынашивание беременности (7,69%) и др. Обращал на себя внимание относительно небольшой уровень экстрагенитальных коморбидностей у пациенток с НДАБ (29,63%). У 4 (7,41%) пациенток был выявлен гипотиреоз, потребовавший назначения L-тироксина, у 4 (7,41%) беременных – железодефицитная анемия, у 2 (3,7%) обследованной гестационный сахарный диабет и 6 (11,11%) женщин – инфекция мочевыводящих путей. Сердечно-сосудистые, ЛОР и инфекционные заболевания были представлены в единичных случаях (1,85%).

В процессе наблюдения было зарегистрировано 52 родов (родилось 54 ребенка, 2 двойни), из них гестозом осложнились 14 (25,93%) беременностей, артериальная гипертензия имела место в 2 (3,85%) случаях, инфекции мочеполовой системы зарегистрированы в 7 (13,46%) случаях, а патология щитовидной железы была выявлена у 5 (9,62%) женщин.

В группе пациенток с НДАБ оперативное родоразрешение применялось в 15 (28,85%) случаях. Были выявлены показания со стороны плода ($n=3$; 15%), так и со стороны матери ($n=12$; 75%): аномалии родовой деятельности встречались у ($n=3$; 15%), отягощенный акушерский анамнез ($n=3$; 15%), клинически узкий таз ($n=2$; 13,33%), предлежание плаценты ($n=2$; 13,33%), дефект рубца маточной локализации ($n=2$; 10%) и др. Со стороны плода были выявлены следующие показания для абдоминального родоразрешения – неправильное положение плода ($n=2$; 13,33%) и гипоксия плода ($n=1$; 6,67%).

При анализе неонатальных исходов обращали на себя внимание нормальные антропометрические параметры новорожденных и детей, рожденных женщинами с НДАБ. Вес детей при рождении составлял 3109 (2870; 3668) г, а в 1 год – 9600 (8900; 10200). Рост при рождении находился в пределе 53 (50; 55) см., а в 1 год – 77 (75; 80) см. Уровень индекса DAS28СРБ не был взаимосвязан с ростом ребенка при рождении ($r=0,125$, $P=0,378$). Также корреляционные связи не были продемонстрированы и в 1 год ($r=0,170$, $P=0,229$). Нами не была выявлена значимая коррелятивная взаимосвязь с индексом DAS28СРБ и весом новорожденного ($r=-0,032$, $P=0,823$) и в 1 год ($r=0,036$, $P=0,802$).

Несмотря на старший репродуктивный возраст (36,65%), бесплодие (11,54%), невынашивание беременности (7,69%) в анамнезе, наличия гестозов 25,93%, применения НПВП и глюкокортикоидов все беременности закончились живорождением. Неонатальных потерь зарегистрировано не было. У 52 женщин родилось 54 ребенка вследствие двух многоплодных беременностей. Количество новорожденных мужского пола составило 29 (53,7%), а женского – 25 (46,3%), что соответствовало популяционным данным. Осмотр врачами-специалистами (неонатолог, невролог и педиатр) не выявил отставаний в психомоторном развитии детей.



Наряду с неонатальными исходами представлялось целесообразным изучение материнских исходов. Материнская смертность в группе НДАБ отсутствовала. У подавляющего большинства с пациенток с НДАБ ($n=46$ (85,19%)) отмечалось самостоятельное исчезновение клинических проявлений (нестойкий олиго- или полиартрит) после родоразрешения и/или завершения лактации. Однако у 5 (9,62%) пациенток произошла трансформация НДАБ в ранний ревматоидный артрит и одной (1,92%) женщины – в СКВ. Все пациентки приняли решение о сохранении беременности и им была назначена терапия метилпреднизолоном 8-16 мг в сутки в сочетании гидроксихлорокином 5 мг/кг. Отмечалось некоторое улучшение самочувствия. После родоразрешения в связи с необходимостью назначения синтетических БПВП (метотрексат 10-20 мг/неделю) лактация была прекращена.

Заключение. Собственный клинический опыт позволяет определить факторы развития раннего РА из НДА во время гестации: симметричный артрит, драматичное увеличение числа припухших и болезненных суставов, СРБ более 25-30 мг/л, положительные РФ и АЦЦП, УЗ-признаки теносиновитов и костно-хрящевых эрозий;

С учетом возможной трансформации недифференцированного артрита в ранний ревматоидный артрит и системную красную волчанку в послеродовом периоде необходимо динамическое наблюдение за течением клинических проявлений артрита и появлением органических поражений с определением в динамике ревматоидного фактора, антител к цитруллинированным пептидам, антител к двуспиральной ДНК, также исследованием в иммуноблоте антител к экстрагируемым ядерным антигенам.

МЕСТО ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ В СТРУКТУРЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Трофимов Е.А., Мазуров В.И.

Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучение распространенности иммуновоспалительных заболеваний суставов (ИВЗС) у беременных.

Материалы и методы. Исследование проводилось в период с 2011 по 2019 г. В исследование были включены все беременные с ревматическими заболеваниями (МКБ X M00-M99, $n=7996$), проходившие амбулаторное или стационарное лечение в ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта», ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, клиники «АВА-ПЕТЕР», клиники «Скандинавия», на сроке не позднее 25 недель, при условии подписания информированного согласия.

Результаты. За время проведения набора в исследование было осмотрено 7996 женщин, из которых у 364 (4,55%) были выявлены ИВЗС. В целом, структура экстрагенитальной патологии у женщин, включенных в исследование, соответствовала многочисленным национальным ретроспективным исследованиям. Так, частота сердечно-



сосудистых заболеваний составляла 20,27%, а инфекционных (в основном инфекция мочевыводящих путей) – 13,3%. Обратила на себя внимание достаточно высокая распространенность эндокринопатий – более 18%. В структуре эндокринной патологии главенствующая роль принадлежала гестационному сахарному диабету (8,52%), прогестерон-дефицитным состояниям (7,42%) и заболеваниям щитовидной железы (6,32%). Частота встречаемости анемического синдрома различного генеза составляла от 27,1% до 36,4% в зависимости от возрастной группы и активности воспалительного процесса. Известно, что большинство больных с болезнями костно-мышечной системы страдают невоспалительными заболеваниями суставов, однако, в представленной когорте наибольшее количество пациентов имели ИВЗС (195 (53,57%)), системные аутоиммунные заболевания (54 (14,84%)) и другие недифференцированные иммуновоспалительные состояния (66 (18,13%)). Особенностью исследуемой группы явилось наличие у 49 (13,46%) пациенток первичного или вторичного остеоартрита с поражением коленного, тазобедренного суставов. Системные заболевания соединительной ткани включали в себя системную красную волчанку (25,9%), антифосфолипидный синдром (38,8%), а также СКВ-подобный синдром (9,26%) или неуточненное аутоиммунное заболевание (14,81%).

Средний возраст пациенток с ИВЗС при беременности составил $32,7 \pm 6,5$ лет. У 164 (45,05%) женщин был отягощенный акушерский анамнез (ОАА). У большинства обследованных пациенток с ИВЗС в качестве ОАА выступали старший репродуктивный возраст (38,6%), бесплодие (17,9%), невынашивание беременности (16,4%), рубец на матке (34,1%), а также прием тератогенных препаратов (21,05%).

На этапе отбора пациенток было отмечено увеличение частоты осложнений беременности и родов по отношению к таковым у женщин 20–29 лет. В частности, поздние гестозы (отеки, протеинурия, гипертензия) составили 44,4%, гестационный диабет встречался у 8,52% обследованных, а преждевременные роды – у 19,05%.

Заключение. В структуре экстрагенитальной заболеваемости у беременных, включенных в исследование, наибольшую распространенность имели сердечно-сосудистые заболевания, анемический синдром, эндокринная патология, а также инфекционные болезни. Наряду с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и дыхательной системой значительное место среди всех экстрагенитальных патологий занимали болезни костно-мышечной системы (4,55%).

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ДО, В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Трофимов Е.А., Мазуров В.И.

Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Изучить особенности течения псориатического артрита (ПсА) на фоне беременности в зависимости от активности воспалительного процесса и системности поражения.



Материалы и методы. В группу ПсА во время беременности вошли 49 беременных. Пациентки обследовались амбулаторно и/или стационарно (в зависимости от клинико-лабораторной активности ИВЗС, акушерско-гинекологической патологии) в каждом триместре беременности (на 10-12, 20-22, 30-32 неделях) и через 12 месяцев после родов. На каждом визите проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование по стандартам Ассоциации Ревматологов России.

Результаты. Средний возраст больных в этой группе составил 33,5 (29; 38) лет, длительность заболевания 4,7 (2; 7,1) лет. В нашем исследовании было выявлено 25 (54,6%) HLA-B27 – позитивных пациенток. У 25 (51,01%) женщин был отягощенный акушерский анамнез (ОАА). Большинство обследованных пациенток с ПсА в качестве ОАА имели старший репродуктивный возраст (24,49%), бесплодие (8,16%), невынашивание беременности (4,08%), операции на матке и придатках (14,29%) и др. ВРТ применялись у 6 (12,24%) пациенток, в результате применения ЭКО в стимулированном цикле, у 2 (4,08%) обследованных были выявлены многоплодные беременности (двойни). Ранние гестозы нетяжелого течения были выявлены у 9 (14,29%) больных ПсА.

Для группы пациенток с ПсА было характерно наличие значительного числа коморбидностей (59,18%). У 14 (28,57%) пациенток были выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы, 10 (20,41%) имели патологию ЖКТ, при этом инфекционные и ЛОР-заболевания встречались с одинаковой частотой (8,16%).

Патология сердца и сосудов была представлена артериальной гипотензией (12,24%) и гипертензией (8,16%), ВПС (2,04%), а также нарушениями ритма сердца (наджелудочковая экстрасистолия – 6,12%). Коморбидные состояния гастроэнтерологического профиля были представлены запорами (n=3; 6,12%) и кислотозависимыми заболеваниями (изжога беременных, n=7 (14,29%)), потребовавших симптоматической терапии альгинатами и/или антацидами.

Применение L-тироксина было показано 7 (14,29%) пациенткам в связи с гипотиреозом. Частота прогестерон-дефицитных состояний составила 6 (12,24%) случаев, что полностью совпало с показателями применения ВРТ.

У 10 (20,41%) пациенток с ПсА имело место развитие гестационного сахарного диабета на фоне применения метилпреднизолона, что потребовало соблюдения диеты, а также инсулинотерапии.

Наиболее часто встречающейся патологией у женщин с ПсА, включенных в исследование, был моноартрит или асимметричный олигоартрит (n=35; 72,0%), симметричный полиартрит встречался у 7 (13,6%) женщин, псориатический спондилит был обнаружен у 16 (32,43%) обследованных, суставы нижних конечностей были поражены у 2 (4,1%) пациенток. Кроме того, энтезиты имели место у 8 пациенток (16,33%), дактилиты встречались у 2 беременных (4,1%).

На момент включения в исследование низкая активность ПсА согласно индексу DAS28CRP была выявлена у 30 (61,3%) пациенток, средняя – у 7 (14,6%), ремиссия – 12 (24,1%). Пациентки с высокой степенью активности в исследование не включались.

В течение I триместра ремиссия ПсА наблюдалась у 14 (28,57%) пациенток, низкая степень активности у 29 (59,18%) беременных, а средняя – у 6 (12,24%) жен-



щин. Во время II триместра обращало на себя внимание существенное улучшение самочувствия пациенток – ремиссию и низкую степень активности ПсА имели 46 (93,88%) субъектов исследования, а во время III триместра их количество составило 47 (97,92%) человек ($P < 0,05$). Эта положительная динамика прослеживалась и в раннем постнатальном периоде, когда только у 2,04% участниц исследования отмечалась средняя степень активности. Однако, после окончания лактации отмечалось стремительное ухудшение течения ПсА. К 6 месяцу послеродового периода 7 (14,29%) пациенток имели высокую и среднюю степень активности, а к 12 месяцу их количество увеличилось до 14 (28,57%) женщин. Таким образом, улучшение течения ПсА во время беременности составило 89-95%, а послеродовой рецидив суставного синдрома к 12 месяцу наблюдался у 25-28% женщин согласно индексу DAS28СРБ.

С учетом поставленных в исследовании задач нами была оценена тяжесть и распространенность псориаза по индексу PASI. Так, на этапе планирования более чем у 80% ($n=39$) было выявлено легкое течение псориаза кожи, а к III триместру у 44 (89,8%) женщин наблюдалось клиническое улучшение вплоть до полного исчезновения даже дежурных бляшек. После окончания лактации, также как и в других группах пациенток с ИВЗС, отмечалось усиление кожного синдрома. Так, число женщин с тяжелым и среднетяжелым псориазом кожи составило 13 (26,53%), а к 12 месяцу постгравидарного наблюдения – 19 (38,78%) человек. Послеродовой рецидив псориаза кожи составил +28,58% (5 (10,2%) пациенток имели среднетяжелый псориаз к концу III триместра, а у 19 (38,78%) женщин течение ПсА ухудшилось к 12 месяцу после родов). Полученные данные свидетельствуют о том, что ухудшение течения кожного псориаза сочеталось с обострением и суставного синдрома, характерного для ПсА – выявлена значимая положительная взаимосвязь между уровнями PASI и DAS28СРБ ($r=0,470$, $P=0,0003$).

Всем пациенткам с ПсА до, во время и после беременности проводилась оценка динамики ФК. На этапе планирования ФК 1 степени был выявлен у 27 (55,1%) женщин, ФК 2 степени – у 19 (38,78%) беременных, а ФК 3 степени – у 3 (6,12%) обследованных (рис.). К 25-30 неделе число пациенток с ФК 2 степени уменьшилось и составило 8 (- 22,45%). К 30-40 неделе выявлено некоторое увеличение числа пациенток с ФК 2 - 13 (+ 10,2%), что может быть связано с усилением болевого синдрома механического (нагрузочного) характера у обследованных с псориазическим спондилитом. Максимальное количество женщин с ФК 1 наблюдалось на сроке гестации 25-30 недель и статистически значимо ($P_{\text{план-30нед}} < 0,05$ и $P_{\text{40нед-12мес}} < 0,05$) отличалось от значений, определенных при планировании и через 12 месяцев после родов.

Заключение. Таким образом, улучшение течения ПсА во время беременности составило 89-95%, а послеродовой рецидив суставного синдрома к 12 месяцу наблюдался у 25-28% женщин согласно индексу DAS28СРБ. Были выявлены значимые положительные корреляционные взаимосвязи между уровнем СРБ и композитным индексом активности ПсА DAS28СРБ и индексом активности псориаза PASI.

Динамика формирования кожного и суставного синдромов при ПсА во время беременности не всегда была синхронной. Изменения в области суставов могли возникать после, одновременно или предшествовать появлению псориазических высыпаний на коже, сочетаться с локализованными формами кожного псориаза.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСПЕРГИРОВАННОГО БИОМАТЕРИАЛА «АЛЛОПЛАНТ» ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Уразбахтин Р.К.³, Кильдебекова Р.Н.¹, Кайбышев В.Т.¹, Аллаярова Р.М.²

¹Башкирский государственный медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница №2,

³Научно-исследовательский лечебно-оздоровительный центр «Здоровье и Долголетие»,
г. Уфа

Цель исследования. Перспективным методом активации регенеративных процессов является диспергированный биоматериал «Аллоплант» (ДБМА). Цель – оценить клиническую эффективность диспергированного биоматериала «Аллоплант» у больных остеоартритом коленного сустава.

Материалы и методы. Исследовано 83 больных с первичным остеоартритом коленного сустава (ОАКС) I-II стадии в возрасте 40-65 лет. Лечение проводилось в центре «Здоровье и Долголетие». Для оценки эффективности лечения больные ОАКС были разделены на три группы методом простой рандомизации. Больные ОАКС получали базисную медикаментозную терапию – нимесулид. Первая группа (n=28) дополнительно получали магнитотерапию (МТ) в течение 20 дней на область коленного сустава, вторая группа (n=27) дополнительно ДБМА, который вводился в биологически активные точки, 10 процедур, третья группа (n=28) - сочетание ДБМА и МТ, контрольная группа – 20 здоровых лиц. Исследования проводили исходно, после лечения, через 6 месяцев. Эффективность оценивали по динамике функционального индекса WOMAC, объему движений в коленном суставе и состоянию иммунной системы.

Результаты и обсуждение. У больных ОАКС на фоне лечения наблюдалась позитивная динамика. Суммарный индекс WOMAC снизился в I группе на 46,7%, во II группе на 54,8% и в III группе на 58,0%, через 6 месяцев на 14,7%, на 37,7%, на 38,4% соответственно, в сравнении с исходным уровнем.

После лечения у больных ОАКС увеличился объем движений: число суставов со значительной степенью ограничения сгибания уменьшилось в I группе на 17,6%, во II группе на 29,4% и в III группе на 53,3%; с умеренной степенью – на 16,7%, на 6,7%, на 13,3%; с легкой степенью – увеличилось на 75,0%, на 60,0%, и 90,9%, соответственно. Через 6 месяцев позитивная динамика сохранялась, более выраженная в II и III группах. Число пораженных коленных суставов со значительной степенью ограничения сгибания в I группе уменьшилось на 11,8%, во II группе на 23,5% и в III группе на 46,7%; с умеренной степенью – на 8,3%, во II группе – без изменений, а в III группе увеличилось на 6,7%; с легкой степенью – увеличилось на 37,5%, на 40,0%, и на 54,5% соответственно, в сравнении с исходным уровнем.

В настоящее время в патогенезе ОАКС большую роль отводят состоянию иммунной системы, результаты исследования указывают на ослабление клеточного звена. После лечения наблюдалось восстановление иммуно-регуляторного индекса CD4+/CD8+, который определяет интенсивность иммунного ответа: в I группе увеличился на 36,56%, во II группе – 40,58%, в III группе – 67,16%, через 6 месяцев на 21,64%, 46,37%, 54,47% соответственно. Достигнутый баланс CD4+/CD8+ указывает на восстановление иммунного ответа, более выраженное в II и III группах.



Выводы. Преимуществом предложенного метода лечения больных ОАКС с дополнительным воздействием ДБМА является восстановление иммунного статуса. В более короткие сроки купировался болевой синдром и увеличился объем движения в коленном суставе, снизился индекс WOMAS. При дополнительном применении ДБМА отдельно и в сочетании с МТ через 6 месяцев сохранялся достигнутый эффект.

ОСОБЕННОСТИ ВНЕКИШЕЧНЫХ-СУСТАВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Фазылов А.В.¹, Ибрагимов А.Ю.¹, Ахмедов М.А.², Хусанов А.М.³

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей,

²Ташкентская медицинская академия,

³Республиканская клиническая больница №1,
Ташкент, Республика Узбекистан

По данным многочисленных авторов до 50% больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) имеют, по крайней мере, одно внекишечное проявление (ВКП). Самым частым проявлением ВКП была отмечена артропатия, боли в суставах различной интенсивности у больных с ВЗК.

Цель исследования. Изучить частоту и характер внекишечных – суставных проявлений при ВЗК, в зависимости от течения и степени активности заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных с ВЗК, находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении 1-РКБ, в возрасте от 17 до 58 лет (средний возраст 36,1 лет) с длительностью заболевания от 3 до 18 лет. Среди обследованных 54 (67,5%) составили женщины, а мужчины 26 (32,5%). 52 (65%) больных были с язвенным колитом (ЯК), у 28 (35%) были с болезнью Крона (БК). Для верификации клинического диагноза ВЗК было проведено полное лабораторно-инструментальное (эндоскопическое, рентгенологическое и ультразвуковое) обследование. Оценивалась интенсивность боли в суставах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индекс экссудации, манипуляционные особенности кистей, число припухших и болезненных суставов и степени их функциональной недостаточности.

Все больные были распределены по степени тяжести течения ВЗК: при ЯК легкое течение наблюдалось у 15 (28,8%) из 52 обследованных, средне тяжелое течение у 20 (34,5%), тяжелое течение у 12 (23,1%) и молниеносное течение у 5 (9,6%) больных, а при БК соответственно легкое, средне тяжелое, тяжелое и молниеносное течение соответственно: у 3 (10,7%), 12 (42,8%), 10 (35,7%) и 3 (10,7%) из 28 больных. Периферические артриты часто были серо-негативными и сопровождалась синовиальной деструкцией, также часто они сочетались с другими ВКП. Например, в нашем исследовании в 2-х случаях с тяжелым течением БК наблюдался артрит по типу синдрома Рейтера. Периферические артропатии более распространены при БК, и чаще регистрируются у женщин. Нами было выявлена корреляция встречаемости ВКП с увеличением длительности заболевания и активностью воспалительного про-



цесса. Суставный синдром часто сопровождался миалгией и миозитом с небольшим ограничением движений. При данном состоянии нами назначалась терапия основного заболевания – ВЗК, при необходимости с краткосрочным использованием нестероидных противовоспалительных препаратов и кортикостероидов. Согласно рекомендациям Европейского общества по изучению ВЗК (ЕССО) использовались препараты 5-АСК – сульфосалазин, системные стероиды – дексаметазон в комбинации с цитостатиками – метотрексат или азотиоприп. При недостаточном эффекте терапию дополняли препаратами анти-ФНО-а (блокаторные факторы некроза опухоли-а).

Таким образом, самым частым суставным синдромом при ВЗК, по сравнению с другими ВКП, была отмечена артропатия, которая встречалась у 17 (21,25%) среди обследованных: у 9 (17,3%) из 52 больных ЯК составила и 8 (28,6%) из 28 больных с БК.

Выводы. При ВЗК частота артритов возрастает среди больных женского пола, с высокой активностью и длительностью течения, а также при БК. У многих больных наблюдаются существенные нарушения со стороны внутренних органов, в том числе и опорно-двигательного аппарата – ассоциированных с артропатией, которая приводит к ухудшению качества жизни больных и риску потери трудоспособности. Ранняя диагностика, своевременная и адекватная медикаментозная коррекция, а также мультидисциплинарный подход проблеме ВЗК является требованием медицинского сообщества по вопросам терапии и реабилитации больных.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА СРЕДИ РАБОТНИКОВ АКЦИОНЕРНОЙ КОМПАНИИ

Фазылов А.В.¹, Ибрагимов А.Ю.¹, Моторина Т.В.²

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей,

²Центральная поликлиника Акционерной компании «Узбекистон темир йуллари»,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить распространенности и особенности клинического течения подагрического артрита (ПА) среди работников Акционерной компании «Узбекистон темир йуллари».

Материалы и методы. Нами было обследовано 38 больных мужчин в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст – 56,2 лет), с длительностью заболевания от 2 до 20 лет, обратившихся в центральную поликлинику АК УТИ с 2014 по 2019 года.

Для верификации клинического диагноза были проведены клинические и лабораторно-инструментальные методы исследования: общий анализ крови и мочи, содержание креатинина в крови и моче. В сыворотке крови: содержание мочевого кислоты, общий белок и ее фракции, общий холестерин и ее фракции, сахар в крови, С-реактивный белок, УЗИ почек и мочевыводящих путей, рентгенологические исследования костей и суставов, при необходимости и другие методы исследования.

Результаты и обсуждения. У 32 (84,2%) больных ПА диагностированы: артериальная гипертензия у 12 (37,5%), ишемическая болезнь сердца у 8 (25%), сахарный диабет I и II



типа у 5 (15,6%), ожирение I-II степени у 11 (34,4%), хронический бронхит у 3 (9,38%); хроническая сердечная недостаточность у 6 (18,75%) и у 4 (12,5%) хроническая болезнь почки.

У 31 (78,9%) больных ПА заболевание имело хроническое течение, у 12 (31,6%) больных исследована синовиальная жидкость с определением кристаллов моноурата натрия, у 29 (76,3%) больных имела место поражения по типу моноартрита, а у 9 (23,7%) имелась картина полиартрита со всеми признаками воспаления.

Клиника острого ПА встречался у 20 (52,6%) больных: из них сильные боли в области большого пальца I плюсно-фалангового сустава ноги у 9 (45%), в пятке у 11 (55%) и у 9 (45%) подошвенных стоп. Возраст больных в дебюте заболевания было отмечено за 50 лет у 26 (68,42%), а по длительности течения заболевания определенную роль играет наличие и количество в разных участках туловища: в ушной раковине у 19 (50%); носовой перегородке у 10 (26,3%); верхних и нижних веках глаз у 6 (15,8%) и у 4 (10,5%) хрусталика, склерах глаз и у 5 (13,2%) других местах.

Всем больным для купирования приступа ПА проводилась комплексная базисная-патогенетическая медикаментозная терапия с применением: нестероидные противовоспалительные препараты – диклафенак или кетонал, глюкокортикоиды – дексаметазон, цитостатики – циклоспорин, антиагреганты, антикоагулянты и при необходимости другие препараты.

У большинства больных ПА обнаружены глубокие сдвиги по метаболического характера, которые коррелировали с течением заболевания и наличием коморбидности, что указывает на необходимость коррекция выявленных сдвигов и проведение метаболической терапии.

Выводы. При своевременном установлении клинического диагноза и при правильном адекватном начале лечения с последующем рациональном поддерживающей терапии и при соблюдении правил здорового образа жизни, в частности соблюдение общей гигиены труда, отдыха, питания и других факторов – которые ограничивает возможности возникновения приступа ПА.

СТРУКТУРА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ И ЕЕ СВЯЗЬ С КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

**Файрушина И.Ф.^{1,2}, Кириллова Э.Р.^{1,2},
Абдулганиева Д.И.^{1,2}, Мухаметшина Э.И.³**

¹Казанский государственный медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница,

³Казанский (Приволжский) федеральный университет,
г. Казань

Актуальность. Псориатический артрит (ПсА) характеризуется гетерогенностью клинических проявлений и ассоциируется развитием коморбидной патологии (КП). КП при ПсА по сравнению с другими хроническими воспалительными артритами мало изучена, также как и ее влияние на активность основного заболевания.

Цель. Изучить структуру КП и ее связь с клинико-ультразвуковой и лабораторной активностью ПсА.



Материалы и методы. В исследование включено 63 пациента от 18 до 60 лет, с установленным диагнозом ПсА (CASPAR, 2009), среди которых было 33 (52,4%) женщины и 30 (47,6%) мужчин. Средний возраст – $42,9 \pm 10,3$ лет, продолжительность ПсА 7 (3; 10) лет, продолжительность псориаза 10 (8; 22) лет; DAPSA 16,5 (11,6; 25), PASI 6,1 (1,5; 14,4), NAPSI 42 (12; 73), вч-СРБ 8,7 (2,7; 20,8) г/л, СОЭ 20 (11; 30) мм/ч, ИМТ $27 \pm 4,7$ кг/м²; кожный псориаз – у 62 (98,4%), псориагическая ониходистрофия – у 54 (85,7%) пациентов. Всем пациентам проведено клиническое обследование (число припухших суставов, число болезненных суставов, число болезненных энтезисов), анализ КП (структура, число коморбидных заболеваний), ультразвуковое (УЗ) исследование крупных суставов и энтезисов верхних и нижних конечностей (882 сустава, 3402 энтезиса).

Результаты. Среди иммуноопосредованных заболеваний (12,8%) встречались воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона) (1,6%), аутоиммунный тиреоидит (4,8%), увеит (3,2%), сахарный диабет (СД) 1 типа (3,2%). Анемия (хронического воспаления+железодефицитная) у 20,6%, остеопороз – 9,5%, остеопения – у 1,6% пациентов. Наличие более 1 КП отмечалось у 56,3% пациентов. У 34,9% пациентов встречались сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертензия 34,9%, ИБС 4,8%, атеросклероз у 22,2% пациентов, ОНМК у 1,6% пациентов. Среди эндокринных заболеваний выявлены СД 2 типа (9,5%), гипотиреоз различной этиологии (6,3%). Заболевания ЖКТ имелись у 37,5% пациентов, среди которых преобладала ЖКБ (4,8%), язвенная болезнь желудка и ДПК (12,7%), НАЖБП (7,9%). Среди других заболеваний опорно-двигательной системы встречались подагра (3,2%), остеоартроз (17,5%). Заболевания ЛОР-органов встречались у 9,5% пациентов. Заболевания мочевыделительной системы имелись у 11,2% пациентов. Ожирение (ИМТ > 30 кг/м²) – у 27% пациентов.

Количество КП коррелировало с возрастом ($r=0,454$, $p<0,01$), с числом УЗ-синовитов ($r=0,308$, $p<0,05$). Связь количества КП с антропометрическими, клиническими данными не выявлена ($p>0,05$). Больше число КП достоверно чаще встречалось среди женщин ($p<0,05$).

Вывод. Наличие более 1 КП отмечалось у 56,3% пациентов. У большинства пациентов наблюдается КП, в первую очередь, ССЗ, заболевания ЖКТ и опорно-двигательного аппарата, а также и иммуноопосредованные состояния (12,8%). Количество КП увеличивалось с возрастом и чаще преобладало среди женщин ($p<0,05$). Количество КП не ассоциировалось с клиническими данными, в том числе с активностью ПсА и псориаза, лабораторными маркерами воспаления. Среди УЗ-данных выявлена связь числа КП с числом УЗ-синовитов.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Файрушина И.Ф.^{1,2}, Кириллова Э.Р.^{1,2}, Абдулганиева Д.И.^{1,2}, Сухорукова Е.В.²

¹Казанский государственный медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница,

г. Казань

Актуальность. Псориагический артрит (ПсА) характеризуется гетерогенностью клинических проявлений и тяжестью патологического процесса. В немногих ис-



следованиях изучались различия клинических и ультразвуковых (УЗ) данных среди мужчин и женщин с ПсА.

Цель. Изучить различия клинических и УЗ особенностей ПсА среди мужчин и женщин.

Материалы и методы. В исследование включен 61 пациент от 18 до 60 лет, с установленным диагнозом ПсА (CASPAR, 2009), среди которых было 31 (50,8%) женщина и 30 (49,2%) мужчин. Средний возраст – 42 (34; 50) лет, продолжительность ПсА 7 (3; 9,5) лет, продолжительность псориаза (Пс) 10 (7,5; 21,5) лет; DAPSA 16,5 (11,1; 24,8), PASI 6,4 (1,8; 14,4), NAPS1 42 (12; 72,8), вч-СРБ 9,3 (2,6; 21,8) г/л, СОЭ 20 (11; 31) мм/ч, ИМТ 25,6 (23,6; 30,3) кг/м²; кожный псориаз – у 60 (98,3%), псориазная ониходистрофия – у 52 (85,2%) пациентов. Проведено сравнение в группах по полу с расчетом U-критерия Манна Уитни. Группы были сопоставимы по возрасту, продолжительности Пс и ПсА, PASI, DAPSA, ИМТ.

Всем пациентам проведено клиническое обследование (число припухших суставов, число болезненных суставов, число болезненных энтезисов), УЗ исследование (УЗИ) крупных суставов и энтезисов верхних и нижних конечностей (854 сустава, 3294 энтезиса).

Результаты. По медико-демографическим показателям группы были сопоставимы ($p > 0.05$). При этом у женщин достоверно чаще встречались энтезиты, выявленные по УЗИ (снижение эхогенности и утолщение в месте прикрепления) ($p < 0.01$). Интересно, что по данным УЗИ признаки дегенеративных изменений в суставах (остеофиты) встречались у женщин достоверно чаще; при этом лабораторная активность и клинические проявления ПсА в группах статистически не различались. Частота избытка массы тела и ожирения (ИМТ > 30 кг/м²) в исследуемых группах была сопоставима ($p > 0.05$). Статистически достоверные различия обнаружены при оценке тяжести псориазной ониходистрофии и активности Пс (PASI), которые были выше у мужчин ($p < 0.01$).

Вывод. Энтезиты по данным достоверно чаще встречались у женщин, также как и признаки дегенеративных изменений (остеофиты по данным УЗИ), несмотря на то, что по ИМТ и возрасту группы были сопоставимы. Активность Пс (PASI) и тяжесть псориазной ониходистрофии выше у мужчин. Различий в клинических проявлениях, в том числе активности ПсА, и других УЗ-данных, не выявлено.

ОСОБЕННОСТИ ДИФфуЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ И ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Федорович С.Е.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить диффузионную способность легких (ДСЛ) и особенности легочной вентиляции у пациентов со спондилоартритами (СПА) в зависимости от подвижности позвоночника.



Материалы и методы. В исследовании принимали участие 82 пациента со СпА: 55 мужчин и 27 женщин. Возраст участников составил 43,0 (33,0-53,0) лет, длительность заболевания была 10,0 (5,0-15,0) лет. Для оценки подвижности позвоночника определяли модифицированный симптом Форестье, дыхательную экскурсию грудной клетки (ДЭГК), модифицированный тест Шобера. Вентиляционную функцию легких оценивали путем определения жизненной емкости легких (ЖЕЛ), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1) при проведении спирографии и бодиплетизмографии. Определение ЖЕЛ, ОФВ1 выполнили 80 пациентам, ФЖЕЛ – 48 пациентам со СпА. Функцию легочного газообмена оценивали путем определения ДСЛ при проведении диффузионного теста методом одиночного вдоха. Диффузионный тест выполнили 58 пациентам со СпА. К снижению ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, ДСЛ относили величину показателей 80% от должного значения и ниже. Статистический анализ проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.

Результаты и обсуждение. По результатам диффузионного теста снижение ДСЛ выявлено у 50% пациентов со СпА (29 человек из 58). Пациенты со СпА и сниженной и нормальной величиной ДСЛ были сравнимы по возрасту ($p=0,646$), росту ($p=0,069$). Женщины со СпА чаще имели сниженную ДСЛ, чем нормальную ($n=13/6$) с уровнем значимости $p=0,050$. Пациенты со снижением ДСЛ значимо чаще имели меньший вес в сравнении с пациентами с нормальным значением ДСЛ: 73,0 (62,0-82,0) vs 82,0 (75,0-90,0), $p=0,027$. Пациенты со СпА и сниженной и нормальной ДСЛ были сравнимы также по величине модифицированного симптома Форестье ($p=0,420$), ДЭГК ($p=0,504$), модифицированного теста Шобера ($p=0,601$). Значимой взаимосвязи ДСЛ с показателями подвижности позвоночника у пациентов со СпА выявлено не было.

Снижение ЖЕЛ было выявлено у 34% пациентов со СпА (27 человек из 80), снижение ФЖЕЛ обнаружено у 25% пациентов со СпА (12 человек из 48), снижение ОФВ1 обнаружено у 31% пациентов со СпА (25 человек из 80). Пациенты со СпА и сниженными и нормальными значениями ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1 не отличались по полу ($p=0,291$), возрасту ($p=0,373$), росту ($p=0,988$), весу ($p=0,321$). Однако у пациентов со снижением ЖЕЛ выявлено более высокое значение модифицированного симптома Форестье [14,5 (13,0-16,5) vs 12,0 (11,0-16,0); $p=0,043$], более низкое значение ДЭГК [2,0 (1,0-2,0) vs 2,0 (2,0-4,0); $p=0,019$] и модифицированного теста Шобера [2,5 (2,0-4,0) vs 4,0 (2,0-5,0); $p=0,043$]. Получена обратная средней силы взаимосвязь значения ЖЕЛ с величиной модифицированного симптома Форестье ($\rho=-0,42$; $p=0,001$), а также прямая средней силы взаимосвязь значения ЖЕЛ с величиной ДЭГК ($\rho=0,35$; $p=0,003$) и с величиной модифицированного теста Шобера ($\rho=0,35$; $p=0,006$). Для модифицированного симптома Форестье также получена обратная средней силы взаимосвязь с ФЖЕЛ ($\rho=-0,44$; $p=0,011$) и с ОФВ1 ($\rho=-0,32$; $p=0,015$). Уровень ОФВ1 имеет прямую средней силы взаимосвязь с величиной ДЭГК ($\rho=0,33$; $p=0,006$).

Выводы. Таким образом, снижение ДСЛ обнаружено у 50% пациентов со СпА, в то время как снижение ЖЕЛ, ФЖЕЛ и ОФВ1 отмечено у 25-34% пациентов со СпА. Ограничение подвижности позвоночника у пациентов со СпА значимо отражается на показателях легочной вентиляции (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1) и не связано с ухудшением легочного газообмена.



ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИЗКОЙ МЫШЕЧНОЙ МАССОЙ, У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Феклистов А.Ю., Добровольская О.В., Демин Н.В.,
Колхидова З.А., Козел А.Ю., Бобкова О.Р., Торопцова Н.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Установить частоту саркопении (СП) и факторы, ассоциированные со сниженной мышечной массой, в когорте женщин с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. 87 женщинам в возрасте 40-75 лет с подтвержденным РА выполнена двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия поясничного отдела позвоночника, проксимального отдела бедра и всего тела для определения минеральной плотности кости (МПК) в стандартных областях и количественной оценки мышечной массы. Определялась аппендикулярная мышечная масса (АММ) – сумма мышечной массы рук и ног и аппендикулярный мышечный индекс (АМИ) – отношение АММ к квадрату роста, при этом АММ<15 кг и/или АМИ<6кг/м² считали критериями снижения мышечной массы. Мышечная сила оценивалась по кистевой динамометрии и тесту «Встать со стула». Функциональное состояние мышц определялось по скорости ходьбы на 4 м, тесту «Встань и иди», по общему баллу краткого комплекса тестов оценки физической формы (ККТ ОФФ). СП диагностировали по критериям Европейской рабочей группой по изучению СП у пожилых людей (Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People, EWGSOP2, 2018). На основании корреляционного анализа изучены ассоциации между мышечной массой и клинико-анамнестическими и лабораторными данными.

Результаты. Вероятная СП (на основании снижения мышечной силы) установлена у 80 (92%) обследованных женщин. Достоверная СП (снижение мышечной силы в сочетании с низкой АММ и/или АМИ) выявлена у 20 (23%) пациенток, при этом 9 (10%) из них имели сниженное функциональное состояние мышц, что позволило диагностировать у этих женщин тяжелую СП.

При сравнительном анализе установлено, что пациентки с РА и достоверной СП по сравнению с женщинами без СП имели большую длительность РА ($p=0,006$), меньший ИМТ ($p=0,0001$), чаще принимали ГК ($p=0,04$), а также МПК в шейке бедра и проксимальном отделе бедра в целом у них была меньше ($p=0,049$ и $p=0,009$, соответственно). Мы провели корреляционный анализ между АММ, АМИ и клинико-лабораторными данными, в результате которого установлено, что АММ прямо коррелировала с ИМТ ($r=0,58$), дозой метотрексата ($r=0,26$), сывороточной концентрацией мочевой кислоты и креатинина ($r=0,56$ и $r=0,33$, соответственно), МПК во всех областях измерения (r от 0,36 до 0,5) и обратно коррелировала с кумулятивной дозой ГК. Помимо указанных параметров АМИ также обратно коррелировал с длительностью РА ($r=-0,32$) и количеством падений в предшествующем году ($r=-0,24$).



Заключение. Таким образом, четверть женщин из когорты больных РА имели достоверную СП, из них почти половина – тяжелую СП. Установлены факторы, ассоциированные со сниженной мышечной массой, как связанные непосредственно с РА (длительность РА, доза метотрексата, кумулятивная доза ГК), так и некоторыми общеклиническими параметрами (креатинин и мочевиная кислота сыворотки крови) и МПК.

РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕНСИТИЗАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СУСТАВНОЙ БОЛИ

Филатова Е.С.¹, Лиля А.М.^{1,2}

¹Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,

²Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,
Москва

Цель исследования. Установить роль центральной сенситизации (ЦС) в патогенезе хронической боли у пациентов с ревматоидным артритом (РА), остеоартритом коленных суставов (ОАК) и анкилозирующим спондилитом (АС).

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 208 пациентов с достоверным РА, 160 пациенток с ОАК и 150 пациентов с АС. Всем пациентам было проведено ревматологическое и неврологическое обследование для определения состояния соматосенсорной системы; диагностика дескрипторов боли, характерных для ЦС, осуществлялась с помощью опросников DN4 и Pain DETECT; с помощью альгометрии определялась вторичная гипералгезия, а также проводилась оценка функциональных, аффективных нарушений и качества жизни.

Результаты и обсуждение. Признаки ЦС выявлялись у 49% пациентов с РА, они достоверно чаще определялись у пациентов более старшего возраста, длительно болеющих, имеющих в основном позднюю рентгенологическую стадию, выше уровень тревоги и депрессии. Однако активность заболевания и уровень СОЭ не влияли на выраженность ЦС. Скрининг пациенток с ОАК определил у 38% признаки ЦС. У данной группы достоверно была более выраженная боль по ВАШ, хуже функциональное состояние, качество жизни и высокий уровень тревоги. В группе с АС признаки ЦС отмечались у 13%. Их наличие не зависело от возраста и длительности заболевания. В группе с наличием ЦС отмечались более высокие показатели активности заболевания, а также они имели более выраженный болевой синдром, хуже функциональное состояние и выше уровень депрессии. Показана эффективность прегабалина в комплексной терапии хронической суставной боли при РА и ОАК, что подтверждает роль ЦС в патогенезе болевого синдрома.

Выводы. Хроническая боль при РА, ОАК и АС у ряда пациентов имеет смешанный характер с участием, как воспалительных механизмов, так и ЦС. Пациентов необходимо скринировать на наличие признаков ЦС для лучшего контроля боли и назначения комплексной терапии.



КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ СТОПЫ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ВИЗУАЛИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПОДОМЕТРИИ

Финоженок В.Г.¹, Долгалева А.А.¹, Инамова О.В.¹, Гайдукова И.З.²

¹Клиническая ревматологическая больница №25,

²Северо-Западный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Стопа выполняет рессорную (способность к упругому распластыванию), балансирующую (ведущее участие в регуляции позиционной активности при стоянии и ходьбе) и толчковую (сообщение ускорения общему центру масс тела при локомоции) функции.

Любые дисфункции стопы влияют на опорные суставы и позвоночник, вызывая ударные перегрузки, избыточные патологические движения (смещение или скручивание сочленяющихся поверхностей), что является триггерным моментом, запускающим патологическое воспаление в субхондральной кости и околоуставных тканях.

Нарушение биомеханики стопы – это мышечная дисфункция, создающая условия для микротравматизации сухожилий мышц и связочного аппарата в местах прикрепления к кости в области суставов.

Оптимизация биомеханики стопы способствует уменьшению статической нагрузки на пораженный сустав, его стабилизации и улучшению обменных процессов в окружающих сустав тканях. Этот эффект связан с разгрузкой сустава.

Другой эффект направлен на нормализацию мышечного тонуса всего тела и реализуется при продолжительной динамической коррекции функции стопы, и связан с тренировкой оптимальных двигательных стереотипов и включении центральных механизмов регуляции положения тела в пространстве.

Цель исследования. Оценить особенности наложения кинезиотейпа и выраженность болевого синдрома по ВАШ у пациентов с патологией стопы.

Визуализация эффекта метода КТ оценивалась с применением подометрии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе СПб ГБУЗ КРБ №25.

Проведен анализ 43 амбулаторных карт пациентов с патологией стопы различной нозологии, в лечении которых применялся метод кинезиотейпирования (КТ).

В основе терапевтического действия метода КТ лежит активация микроциркуляции в коже и подкожной клетчатке, уменьшение болевых ощущений за счет лимфодренажной функции, восстановление функциональной активности мышц, нормализация функции суставов и эластических свойств фасций и сухожилий.

Кинезиотейп накладывался по стандартной методике. Перед процедурой КТ и через 10 мин после наложения кинезиотейпа проводили оценку боли по ВАШ (0-10 баллов), а также компьютерная подометрия (метод диагностики распределения давления под стопами), в сочетании с проведением функциональных динамических проб, позволяющих косвенно оценить поведение стоп при ходьбе.



Результаты. Нозологический состав включенных пациентов: первичный остеоартрит – 63%, ревматоидный артрит – 10%, псориатический артрит – 4%, аксиальный спондилоартрит – 3%, диабетическая стопа – 20% случаев.

Возрастная категория – 56 ± 10 лет, средние значения снижения боли по ВАШ \pm стандартное отклонение (до и после наложения кинезиотейпа) $22,3 \pm 8,0$ баллов.

При наличии плантарного фасциита снижение боли по ВАШ составило $30,1 \pm 5,0$ баллов.

Отмечено уменьшение давления на стопу, оптимизация перераспределения нагрузок.

Выводы. Кинезиотейпирование показало эффективность в лечении патологии стопы и может быть рекомендовано для широкого применения.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ ПО ДАННЫМ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОРОДСКОГО РЕГИСТРА ПОДАГРЫ И ГИПЕРУРИКЕМИИ ЗА 1997-2020 ГОДЫ

**Фонтуренко А.Ю.^{1,2}, Гайдукова И.З.^{1,2}, Петрова М.С.^{1,2},
Инамова О.В.², Мазуров В.И.^{1,2}**

¹Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Оценить частоту и выраженность поражения почек у пациентов с ревматическими заболеваниями и гиперурикемией согласно данным регистра подагры и гиперурикемии в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. На основании данных Санкт-Петербургского городского регистра больных подагрой и гиперурикемией проводилась оценка наличия гиперурикемии, частота и тяжесть поражения почек у больных ревматологического профиля. Гиперурикемию определяли при повышении уровня мочевой кислоты в крови >360 мкмоль/л у женщин и >420 мкмоль/л у мужчин.

Результаты. В настоящее исследование включены результаты обследования 565 пациентов с ревматическими заболеваниями и гиперурикемией: 220 мужчин (38,9%) и 345 женщин (61,1%) от 18 до 87 лет (средний возраст – 57 ± 13 лет). Средний уровень мочевой кислоты составил $488,9 \pm 85,7$ мкмоль/л, креатинина – $89,3 \pm 41,7$ мкмоль/л, повышение – у 85 (15%), суточной потери белка – $0,2 \pm 0,3$ г/сут, повышение – у 58 (14,43%), скорости клубочковой фильтрации – $87,8 \pm 30,7$ мм/ч, скорости оседания эритроцитов – $21,7 \pm 13,6$ мм/ч, ускорение – у 351 (62,1%), с-реактивного белка – $14,8 \pm 20,8$ мг/л, повышение – у 222 (39,3%). Мочекаменная болезнь выявлена у 94 (16,6%), хроническая болезнь почек – у 127 (22,5%) человек: 1 стадии – 19 (14,96%), 2 стадии – 22 (17,32%), 3а – 38 (29,92%), 3б стадии – 13 (10,24%), 4 стадии – 5 (3,94%),



стадия не определена – у 30 (23,62%) пациентов. Уратснижающую терапию получал 181 пациент (32,04%).

Выводы. У пациентов ревматологического профиля с гиперурикемией каждый пятый пациент имеет нарушение функции почек. В структуре хронической болезни почек преобладают стадии с незначительным и умеренным снижением скорости клубочковой фильтрации. Роль гиперурикемии в генезе хронической болезни почек и тактика уратснижающей терапии требуют дальнейшего изучения.

ГЕМОФАГОЦИТАРНЫЙ СИНДРОМ, РАЗВИВШИЙСЯ НА ФОНЕ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА

Халидуллина О.Ю.¹, Баштакова Е.А.², Ушакова С.А.¹, Степанова Л.Ю.²,
Исмагуллин Ф.У.², Перфилова О.В.¹, Ханипова Л.В.¹

¹Тюменский государственный медицинский университет,

²Областная клиническая больница №1,

г. Тюмень

Введение. Гемофагоцитарный синдром (ГФС) – опасное для жизни состояние, при котором идет неконтролируемое гипервоспаление. Первичный ГФС чаще встречается в практике врача гематолога, а врачи ревматологи и инфекционисты диагностируют вторичные варианты на фоне инфекций, ревматических и лимфопролиферативных заболеваний.

Цель. Представить клиническое наблюдение симптомокомплекса ГФС, развившегося на фоне верифицированной Эпштейн-Барр вирусной (ВЭБ) инфекции у девочки 9 лет.

Материалы и методы. Проведен анализ данных истории болезни и совместной курации врачами педиатром, ревматологом, инфекционистом и реаниматологом пациентки 9 лет, получавшей стационарное лечение в многопрофильном детском соматическом отделении ГБУЗ ТО «ОКБ №1».

Результаты и обсуждение. Девочка 9 лет поступила в детское отделение на 22-е сутки заболевания, переводом из инфекционного стационара с диагнозом «Лихорадка неясного генеза». Жалобы при поступлении на лихорадку до фебрильных цифр, головные боли, выраженную слабость, увеличение живота, боли в правом подреберье и эпигастрии. Из анамнеза известно, что заболела остро, отмечена лихорадка, головные боли, двусторонняя шейная лимфаденопатия, нарастающая в динамике, в последующем присоединился кашель, выраженная заложенность носа. Лечилась амбулаторно, получала курсы антибактериальной терапии без эффекта. На 13-е сутки болезни госпитализирована в стационар по месту жительства, где была выявлена гепатомегалия, лабораторно признаки цитолиза – аланинаминотрансфераза (АЛТ) 293 Ед/л (9 норм), аспартатаминотрансфераза (АСТ) 427 Ед/л (12 норм), в анализе периферической крови анемия легкой степени тяжести (Hb 102 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$), скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 15 мм/ч, уровень лейкоцитов



– $12 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитов $167 \times 10^9/\text{л}$ (в динамике снижение до $129 \times 10^9/\text{л}$, расцененное как вторичная тромбоцитопения на фоне инфекции), 46% атипичных мононуклеаров. С подозрением на инфекционный мононуклеоз на 16-е сутки девочка была переведена в инфекционный стационар, где был верифицирован диагноз ВЭБ инфекции. В анализе крови выросла панцитопения (уровень лейкоцитов – $3.4 \times 10^9/\text{л}$, нейтропения $1.2 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитопения до $84 \times 10^9/\text{л}$, снижение Hb – 79 г/л и эритроцитов – $3.1 \times 10^{12}/\text{л}$), снизилось СОЭ до 5 мм/час, увеличились уровни С-реактивного белка до 15 норм и билирубина до 38,8 мкмоль/л за счет прямой фракции, сохранялись признаки цитолиза, уровень фибриногена снизился до 0,8 г/л, вырос уровень триглицеридов до 4,6 ммоль/л (2 нормы), уровень ферритина составил 5258 нг/мл (45 норм). При компьютерной томографии выявлены лимфаденопатия, асцит, гепатоспленомегалия, признаки двустороннего гидроторакса и гидроперикарда. Пациентка получала меропенем, дезинтоксикационную терапию, однократно преднизолон в дозе 1 мг/кг. В динамике прогрессировали симптомы интоксикации, печеночной недостаточности с появлением нарушения сознания до оглушенности на фоне ежедневного повышения температуры тела до фебрильных цифр. Девочка была переведена в соматическое отделение для исключения неинфекционных причин сохраняющейся лихорадки. В день перевода междисциплинарным консилиумом заподозрен гемофагоцитарный синдром. Тяжесть ребенка и ограниченность времени не позволили сразу дифференцировать первичный от вторичного ГФС. В дальнейшем после получения результатов назначенного в день поступления обследования, включавшего проведение костномозговой пункции, осмотра гематолога, всестороннего исключения других причин: гематоонкологических, ревматологических – ГФС был признан вторичным на фоне подтвержденной ВЭБ инфекции, осложненной полиорганной недостаточностью – печеночной, церебральной, ДВС синдромом. Интенсивная терапия проведена в условиях отделения реанимации: пульс-терапия метилпреднизолоном 30 мг/кг №3 с переводом на дексаметазон 20 мг/м²/сутки, коррекция гемостаза – сеансы плазмообмена, трансфузии свежезамороженной плазмы, гепарин, внутривенный иммуноглобулин 2 г/кг/24 часа, гепатопротекторы. На фоне терапии состояние стабилизировалось, симптомы полиорганной недостаточности постепенно купировались полностью, уровень клеток периферической крови и трансаминаз нормализовался. По данным доплерографии сохранялись признаки портальной гипертензии, вследствие остроты и тяжести перенесенного процесса, требующие динамического наблюдения гастроэнтеролога.

Обсуждение. Развитие у длительно лихорадящего ребенка с верифицированной серологически инфекцией ВЭБ симптомокомплекса, включающего ухудшение общего состояния с нарастанием интоксикации, нарушения сознания, сохранение лихорадки при «мнимом» улучшении лабораторных данных в виде снижения СОЭ, количества лейкоцитов, тромбоцитов, наряду с уменьшением уровня гемоглобина и эритроцитов, в последующем при прогрессировании процесса развитие панцитопении, гиперферритинемии, нарастание цитолиза и коагулопатии потребления, снижение уровня фибриногена, позволило диагностировать вторичный гемофагоцитарный синдром. Настороженность специалистов разных профилей способствует выявлению ГФС на ранней стадии для своевременного проведения дифференциального диагноза и адекватного лечения для предотвращения неблагоприятного исхода.



РОЛЬ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СУСТАВОВ

Хозяинова С.С.^{1,2}, Абусева Г.Р.^{1,2}, Адхамов Б.М.¹, Иващев В.В.¹

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

²Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Анализ доказательных исследований, содержащих обобщенные данные применения кинезиологического тейпирования у пациентов с патологией суставов в реабилитационной практике.

Материалы и методы. Поиск в отечественных и зарубежных базах данных рандомизированных клинических исследований и систематических обзоров по применению кинезиологических тейпов у пациентов с патологией суставов.

Результаты и обсуждение. Метод кинезиотейпирования в последние годы стал широко использоваться в ортопедической, травматологической и неврологической практике.

Термин «кинезиотейпирование» образован из двух слов – «kinezio» (движение) и «tape» (лента). Известен так же, как «кинезиологическое тейпирование» и «кинезиотейпинг». Этот метод не ограничивает свободу движения и в то же время оказывает терапевтическое действие. Сам тейп представляет собой эластичную хлопковую ленту (различной ширины, формы, длины и пр.), покрытую гипоаллергенным клеящим гелем на акриловой основе. Не аллергенен. Может много дней держаться на теле, не причиняя дискомфорта, даже при контакте с водой. В реабилитационной практике каждому пациенту с патологией суставов разрабатывается индивидуальная программа реабилитации (в зависимости от тяжести заболевания). В разработке программы принимают участие мультидисциплинарная бригада, куда входят травматолог-ортопед, ревматолог (по показаниям), врач-физиотерапевт, врач ЛФК, врач-рефлексотерапевт и т.д. Для усиления противовоспалительного, лимфодренажного и анальгетического эффектов реабилитационных мероприятий, некоторым пациентам может проводиться кинезиотейпирование эластичными тейпами. Кинезиотейпирование помогает стабилизировать сустав, принимает на себя часть нагрузки, облегчает движение в суставе, усиливает кровоток и лимфоток.

Были проанализированы более 200 публикаций, посвященных кинезиотейпированию за период с 2000 по 2019 г. В основном, кинезиотейпирование использовалось при заболеваниях крупных суставов (коленных, тазобедренных, плечевых, локтевых), однако встречаются публикации, где тейпы успешно применяются и при патологических состояниях кистей рук и стоп. Так в исследовании на 11 пациентах при остеоартрите пальцев кистей рук, метод кинезиотейпирования показал снижение боли по ВАШ на 6%, увеличении объема движений в суставе и улучшении показателей по опроснику WOMAC по сравнению с контрольной группой ($p=0,04$) (Wade RG, Rahman SB и др, 2018 г.). В РКИ, посвященных применению тейпов у пациентов с патологией коленных суставов, пациенты, получавшие данный метод, демонстрировали



значительное снижение боли по ВАШ и улучшение показателей ходьбы по сравнению с группой плацебо ($p=0,009$ и $p<0.001$ соответственно) и через 1 месяц ($p=0,007$ и $p<0.001$ соответственно). В группе пациентов с кинезиотейпированием наблюдалось кратковременное улучшение показателей вазодилатации и сгибания коленного сустава после месячного наблюдения ($p<0.05$) (Rajasekar S и др., 2018г.).

Выводы. Использование метода кинезиологического тейпирования снижает болевые ощущения, улучшает показатели ходьбы, увеличивает объем движения в суставах, отмечается выраженное снижение отека. Метод может дополнять реабилитационную терапию, а также потенцировать действие методов ЛФК. Однако, необходимы дальнейшие надежные, плацебо-контролируемые и последовательные исследования, чтобы доказать, является ли оно более эффективным, чем реабилитационные вмешательства без тейпирования.

ПЕРЕЛОМЫ У МУЖЧИН СТАРШЕ 45 ЛЕТ: МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА

Храмцова Н.А.^{1,2}, Орлова Е.Ю.²

¹Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования – филиал «Российской медицинской академии
непрерывного профессионального образования»,

²Иркутский государственный клинико-консультативный диагностический центр,
г. Иркутск

Цель исследования. Изучить механизмы возникновения, частоту и факторы риска переломов у мужчин старше 45 лет.

Материалы и методы. В исследование включено 111 мужчин в возрасте $55,6\pm 6,0$ лет. Всем было проведено анкетирование с целью установления частоты переломов и условий их возникновения, факторов риска остеопороза, сопутствующей патологии, осуществлялась оценка уровня 25(OH)D и свободного и биодоступного тестостерона, двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакетов прикладных программ «Epi info ver.6», «Biostatistica 4.0 McGraw – Hill», Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Частота переломов составила 27,9% (31 чел.), средний возраст пациентов с переломами – $56,3\pm 4,8$ лет. Низкоэнергетические переломы у обследованных мужчин возникали в более старшем возрастном периоде (ср. возраст $61,2\pm 3,5$ лет), и их частота составила 9,0% (10 чел.). Более одного перелома отмечалось у 20,7% (23 чел.). Установлена разнообразная локализация переломов, с наиболее часто встречаемым переломом предплечья и голени, а также переломами плечевой кости, ключицы и позвонков.

Среди пациентов с переломами достоверно чаще встречались мужчины с дефицитом и/или недостаточностью витамина D (18 чел. 58,1% и 4 чел. 5,0% в группе без переломов, $p=0,000$), повышенным индексом массы тела ($26,5\pm 3,3$ кг/м² против



24,1±4,5 кг/м², p=0,008), абдоминальным ожирением (ОТ 104,1±7,0 см и 100,1±6,2, p=0,004), сахарным диабетом (4 чел. 12,9% и 2 чел. 2,5%, p=0,029) и андрогенодефицитом (7 чел. 22,6% против 7 чел. 8,7% соответственно, p=0,048). Переломы у обследованных мужчин были ассоциированы с тяжелым физическим трудом и низкой минеральной плотностью костной ткани, при этом свыше 40% травматических переломов возникали при отсутствии остеопороза, что требует обсуждения других причин повышенной хрупкости костей. Частота остеопороза вне зависимости от наличия переломов среди обследованных мужчин в среднем составила 24,3% (27 чел.), остеопения – 18,9% (21 чел.). Нормальные показатели минеральной плотности костной ткани были установлены у 63 чел., что составило 56,8% от числа всех обследованных пациентов. Наиболее значимыми факторами риска переломов явились дефицит и/или недостаточность 25(OH)D (OR 26,3, 6,83<OR<111,0, p<0,01), возраст старше 50 лет (OR 7,8, 2,49<OR<26,0, p<0,01), переломы в анамнезе (OR 5,06, 1,73<OR<15,0, p<0,01), андрогенодефицит (OR 3,04, 0,85<OR<10,9, p<0,05), низкая минеральная плотность костной ткани (OR 2,99, 1,00<OR<8,95, p<0,05) и тяжелый физический труд (OR 2,44, 0,93<OR<6,57, p<0,05). Не установлено статистически значимого влияния сопутствующей, в том числе кардиоваскулярной патологии на риск развития переломов у мужчин. Так, сочетание с ИБС, АГ не повышало вероятность переломов, хотя не исключено, что коморбидные состояния могут быть факторами риска падений.

Выводы. Всем мужчинам с переломами в возрасте старше 45 лет целесообразно проведение рентгеновской остеоденситометрии, контроля уровня 25(OH)D и тестостерона, для необходимой и своевременной медикаментозной коррекции и профилактики повторных переломов.

ВЫБОР НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ПОЗИЦИИ СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Хрипунова И.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет,
г. Ставрополь

Введение. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) остаются препаратами первой линии для лечения боли и воспаления различного генеза. Несмотря на доказанную эффективность НПВП для устранения боли и воспаления, зачастую их применение связано с некоторыми неблагоприятными побочными эффектами. Преобладающими побочными эффектами при приеме НПВП являются осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель. Изучить эффективность и безопасность применения НПВП у пациента с коморбидной гастроэнтерологической патологией.



Материалы и методы. Проведен анализ современных клинических рекомендаций по применению НПВП у пациентов, имеющих риск развития гастроэнтерологических осложнений.

Результаты и обсуждения. Результаты метаанализа, проведенного для сравнения профиля гастро-безопасности различных типов НПВП подтвердили, что относительный риск (ОР) варьирует в зависимости от лекарственной формы, однако любые НПВП, независимо от типа и состава, могут привести к нежелательным явлениям.

Наиболее низкий ОР наблюдается при применении ацеклофенака, целекоксиба и ибупрофена, а наиболее высокий – при применении пироксикама, кеторолака и азапропазона. При этом было выявлено, что рофекоксиб, сулиндак, мелоксикам, нимесулид, кетопрофен, теноксикам, напроксен, индометацин и дифлунисал демонстрируют средний уровень риска.

Согласно клиническим рекомендациям 2018 г. «Рациональное применение НПВП», эторикоксиб реже вызывает симптомы диспепсии и нетяжелые ЖКТ-осложнения. По развитию тяжелых осложнений препарат не отличается от неселективных НПВП (диклофенака).

Нимесулид, обладая высокой R_q , имеет хороший профиль желудочно-кишечной безопасности. Однако, продолжительность непрерывного приема данного НПВС не должна превышать 15 дней (согласно инструкции) и противопоказано при патологии печени.

Одновременное применение или смена двух и более НПВП разных производителей, применение высоких доз НПВП, повышают риск тяжелых ЖКТ-осложнений (кровотечений) как минимум в шесть раз. Возраст свыше 65 лет и сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе повышают риск гастроэнтерологических осложнений в 2-3 раза. Инфекция *H. pylori* достоверно повышает риск развития НПВП-индуцированной гастропатии.

Для быстрого купирования воспаления могут применяться парентеральные формы НПВП (например, диклофенак, теноксикам, мелоксикам). При этом, для каждого препарата нужно соблюдать принцип короткого использования (не более 1-2 дней) с последующим ступенчатым переходом на пероральные для предупреждения развития НПВП – индуцированных осложнений.

Согласно клиническим рекомендациям 2018 г. «Рациональное применение НПВП», при наличии гастроинтестинальных факторов риска, НПВП необходимо сочетать с ингибиторами протонной помпы (ИПП). Кроме этого, для профилактики развития НПВП – индуцированных энтеропатий можно использовать препараты коллоидного висмута; НПВП – индуцированных колонопатий – сульфасалазин. Для предупреждения поражения слизистой ЖКТ на всем ее протяжении рекомендуется назначение ребамипида.

Метаанализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) показал, что представитель нового класса НПВП амтолметин-гуацил (АМГ), демонстрируя высокие противовоспалительные и обезболивающие эффекты, стимулирует выработку в слизистой ЖКТ оксида азота (NO) и обладает дополнительными мукопротективными свойствами, являясь по сути гастропротекторным средством. Данный



препарат при возможности длительного непрерывного применения (до 6 месяцев согласно инструкции) назначается натошак, без ИПП, что снижает стоимость терапии.

Вывод. Таким образом, назначение НПВП у гастроэнтерологических пациентов проводится только при наличии четких показаний. Сопутствующие факторы риска и профиль риска каждого конкретного пациента – важные параметры, которые следует учитывать перед назначением НПВП. Можно существенно ослабить риск развития НПВП-индуцированных гастроэнтерологических осложнений, выбирая НПВП с более высоким профилем ЖКТ-безопасности в сочетании со средствами профилактики.

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА У ДЕТЕЙ

Худайназарова С.Р., Курьязова Ш.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) – системное заболевание соединительной ткани, при котором ведущими диагностическими критериями являются кардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема и ревматические узелки (И.А. Даукш et al., 2016г).

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторную характеристику ОРЛ у детей.

Материалы и методы исследования. Было изучено 50 истории болезней детей в возрасте от 8 до 15 лет, которые находились на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии клиники ТашПМИ с диагнозом ОРЛ, средняя длительность заболевания составила от 6 месяцев до 1,5 года. Диагноз ОРЛ устанавливался в соответствии с критериями Киселя-Джонсона в модификации АРР (2003 г.). Изучены клинико-anamnestические, лабораторные (ОАК, уровень АСЛ-О, С-РБ, КФК, ЛДГ), инструментальные методы (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография ОГК).

Результаты и обсуждения. Из анамнеза у 61,0% случаев имелась связь с ангиной; в дебюте у 56,1% больных был артрит, у 24,4% кардиалгии, у 12,2% гипертермия. Объективно кардит был у 90,2%, при этом в 51,4% случаев имелся сформировавшийся порок; артралгия (63,4%), артрит (43,9%), интоксикация (56,1%), хорея (4,9%). В структуре ревмокардита у детей с ОРЛ – эндомиокардит (73,1%), реже миокардит (17,1%). По данным ЭхоКГ отмечались: краевое уплотнение и утолщение створок клапанов у 53,3% больных, регургитация у 50,0%, гипертрофия МЖП у 22,6%, гипертрофии ЗСЛЖ у 9,7%, дилатации левого желудочка у 32,3%. На ЭКГ было выявлено: нарушение процессов реполяризации в 35,0%, синусовая тахикардия в 45,0%, нарушение проводимости миокарда в 42,5%. Анализ лабораторных исследований показал что, ускоренная СОЭ в 26,8%, лейкоцитоз (17,1%) с нейтрофилезом (63,4%), повышение уровней СРБ (41,2%), КФК (90,9%), ЛДГ (52,9%). Диагностические уровни АСЛО имели высокие значения – у 62,5%; у детей с наличием клапанного поражения сердца высокие показатели титра АСЛО определялись у 74,0% случаев.



Выводы. Высокая частота суставного синдрома в дебюте ОРЛ, а также данное заболевание приводит к тяжелому течению ревмокардита с развитием пороков сердца.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УВЕИТА DE-NOVO У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**Чахалян М.И., Гайдар Е.В., Исупова Е.А., Чикова И., Дубко М.Ф.,
Масалова В.В., Лихачева Т., Сантимов А.В., Никитина Т.Н.,
Снегирева Л.С., Костик М.М.**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Введение. Увеит de novo – это новые случаи увеита, которые возникли после начала биологического лечения. Чаще всего увеит de-novo встречался у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом и после приема этанерцепта.

Цели. Целью нашего исследования было оценить клинические особенности увеита de novo и сравнить его с другими аутоиммунными увеитами.

Методы. В ретроспективное исследование включено 225 педиатрических аутоиммунных увеитов. Начальный возраст колебался от 1 до 16 лет, 144 девочки (64%) и 81 мальчик (36%), позитивность ANA была в 106/180 (58,9%), HLA B27 была в 23/107 (21,4%). Связанный с ЮИА увеит был у 90% (59,2% – олигоартрит, 21,6% – полиартрит, 9,2% – артрит, связанный с энтезитом), и у 10% пациентов был только увеит. Распределение увеитов по типам: передний 78%, периферический и задний увеит по 2,8% каждый и панувеит у 16,4%. Односторонний увеит в начале заболевания был у 34,7% и двусторонний у 65,3%.

Результаты. Увеит de-novo возник у 12 (5,3%) пациентов со всеми увеитами через 1-48 месяцев (медиана=26 месяцев, 25-75%: 17-41 месяц) после начала лечения биопрепаратом. Распределение по полу: 4 мальчика (33,3%) и 8 девочек (66,7%). Передний увеит был у 11/12 (91,7%) пациентов, а у 1/12 (8,3%) был панувеит; одностороннее вовлечение у 5 (41,7%) и двустороннее у 7 пациентов (58,3%). Антиген HLA B27 был у 3/10 (30%) при увеите de novo и в 20/98 (20,4%) при других увеитах ($p=0,366$), позитивность ANA в 4/12 (33,3%) при увеите de novo и в 102/171 (59,7%) при других увеитах ($p=0,366$). Все случаи развития увеита de-novo развились под действием этанерцепта (100%), и 4 из них (33,3%) прекратили прием метотрексата до увеита. До увеита 10/12 (83,3%) имели ремиссию при артрите. Все пациенты прекратили прием этанерцепта, и 10 пациентов переключили этанерцепт на адалимумаб: восемь пациентов получали метотрексат и 2 пациента – монотерапию адалимумабом. У двух оставшихся пациентов один прекратил прием этанерцепта и продолжил прием метотрексата с легкими обострениями и с применением топических стероидов, а второй пациент прекратил прием этанерцепта и возобновил прием метотрексата. Ремиссия при увеите достигнута у 6/10 (60%), которые переключили этанерцепт на



адалимумаб, у 4/10 (40%) были обострения, несмотря на лечение адалимумабом и метотрексатом (n=3).

Вывод. Уевит de novo является сложной проблемой, связанной с биологическим лечением. Требуется дальнейшее исследование для поиска предикторов этого состояния.

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА ХОНДРОЦИТОВ В РАЗРУШЕНИИ СУСТАВНОГО ХРЯЩА И ПОДДЕРЖАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

Чегина Е.В., Маркова Г.А., Нарышкин Е.А., Макаров С.А.

Научно-исследовательского институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучить молекулярные механизмы деструкции суставного хряща, сопровождающиеся воспалением и ассоциированные с нарушениями энергетического метаболизма хондроцитов у больных ОА.

Материалы и методы. Эксплантаты коленного хряща больных ОА культивировали в присутствии инсулина или хелатора железа – дефероксамина (ДФО). Активность расщепления коллагена 2 типа и концентрации АМПК измеряли посредством иммуоферментного анализа (ELISA). Экспрессию генов в хряще и крови оценивали в количественной ПЦР в режиме реального времени.

Результаты и обсуждение. Инсулин контролирует экспрессию и активность более 150 генов в суставных хондроцитах, способен активировать анаболические реакции и ингибировать деструктивные процессы. Так, нами показано значительное снижение активности расщепления коллагена 2 типа (COL2A1) при культивировании эксплантатов суставного хряща больных ОА в присутствии инсулина. Это сопровождалось ингибированием экспрессии коллагеназ MMP-13 и -9, провоспалительных цитокинов интерлейкина (IL) -1 β и фактора некроза опухолей (TNF) α и коллагена 10 типа (COL10A1)-индикатора эндохондральной дифференцировки хондроцитов.

Однако, высокие концентрации инсулина в крови разрушительны, являются признаком инсулинорезистентности (ИР), связанной с неспособностью клеток усваивать глюкозу, и способствуют деградациии суставного хряща. Состояние ИР сопровождается снижением активности аэробного метаболизма (цикла Кребса). Это приводит к энергетическому затору, который блокирует анаболическую активность хондроцитов, активирует разрушение ими внеклеточного матрикса, ингибирует АМФ-активируемую протеинкиназу (АМПК) и повышает внутриклеточную концентрации АТФ вследствие недостаточного ее использования. Так, низкую экспрессию АМПК мы наблюдали в хондроцитах хряща больных ОА на поздней стадии заболевания. С другой стороны, эти изменения обратимы, поскольку при культивировании эксплантатов хряща больных ОА в присутствии ДФО снижалась активность расщепления



коллагена 2 типа, подавлялась экспрессия MMP-1,-13, IL-1 β , TNF α , и COL10A1. При этом, экспрессия генов, связанных с митохондриальным циклом Кребса, АМПК, и COL2A1 – маркера биосинтеза коллагена 2 типа, значительно усиливалась.

Однако, экспрессия АМПК была значительно повышена в клетках крови тех же больных ОА на поздней стадии заболевания, что свидетельствует о дефиците энергетических субстратов в этих клетках. Поэтому хроническое воспаление при ОА может служить адаптивным процессом и связано с перенаправлением энергетических субстратов из богатых энергией компартментов, таких как суставные хондроциты в клетки иммунной системы, поскольку синтез белка и пролиферация иммунных клеток являются энергозатратными процессами.

Выводы. Метаболические функции в клетке находятся под жестким контролем центральных регуляторных молекул, в частности инсулина, определяющих прежде всего переключение процессов роста/пролиферации и деградации/клеточной гибели, в зависимости от наличия достаточного количества доступной энергии. Поэтому компенсация нарушений клеточного энергетического метаболизма может быть новым подходом в терапии мультифакториальных заболеваний, таких как ОА.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИСТУПОВ АРТРИТА ПРИ ИНИЦИАЦИИ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ

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

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Сравнение эффективности и безопасности различных противовоспалительных препаратов, используемых в качестве профилактики приступов артрита при назначении уратснижающей терапии.

Материалы и методы. Исследование является проспективным, одноцентровым. Включено 97 пациентов с подагрой (91 (94%) мужчина). Период наблюдения – не менее 24 недель. При инициации уратснижающей терапии назначался аллопуринол по 100 мг в сутки, с последующим титрованием дозы препарата до достижения целевого уровня мочевой кислоты (МК) (<360 мкмоль/л для пациентов без тофусов, <300 мкмоль/л при наличии тофусной подагры), при развитии нежелательных реакций (НР) препарат был заменен на фебуксостат в начальной дозе 80 мг/сут, с титрованием до 120 мг/сут при недостижении целевого уровня МК.

В качестве профилактики приступов артрита препаратом выбора являлся колхицин 0,5 мг/сут, в случае наличия противопоказаний и/или плохой переносимости назначались НПВП в минимальной эффективной противовоспалительной дозе, при их непереносимости или наличия противопоказаний – ГК (преднизолон 7,5 мг/сут).



Пациенты, имевшие противопоказания к назначению всех противовоспалительных препаратов вошли в группу контроля.

Анализ данных включал сравнительную 3-х и 6-ти месячную оценку эффективности противовоспалительной терапии (НПВП, колхицин или ГК) по следующим параметрам: частота обострения артрита, длительность приступов артрита, интенсивность боли по ВАШ при приступе артрита.

Результаты. Получали НПВП 16 (17%), колхицин 60 (62%), ГК 9 (9%), группу контроля составили 12 (12%) пациентов. У 55 из 85 пациентов (65%), получавших противовоспалительную терапию, не было ни одного приступа. Среди 12 пациентов, которым не была назначена противовоспалительная терапия не было приступов артрита у 3 (25%) пациентов ($p=0,008$). Интенсивность боли по ВАШ при возникновении приступа артрита, а также длительность приступов была достоверно меньшей у пациентов кому была назначена любая противовоспалительная терапии как через 3, так и через 6 месяцев терапии ($p<0,05$ в обоих случаях).

Отсутствие приступов артрита регистрировались чаще при приеме НПВП, как через 3 (63%), так и через 6 (81%), чем при приеме колхицина и ГК ($p<0,05$ в обоих случаях). Интенсивность боли по ВАШ через 3 месяца при развитии приступов артрита была меньшей у пациентов получавших НПВП, чем при приеме колхицина и ГК ($p<0,05$ в обоих случаях), а через 6 месяцев наблюдения не различалась между группами (НПВП, колхицин, ГК). Длительность приступов артрита была одинаковой при приеме НПВП, колхицина и ГК в первые 3 месяца наблюдения, через 6 месяцев она оказалась наименьшей при НПВП ($p<0,05$). НР во время приема НПВП были зарегистрированы в 2 случаях, колхицина в 5 случаях, терапия ГК не была прекращена ни в одном случае. Немотивированный отказ от терапии самим пациентом был зарегистрирован в 13 (15%) случаях (при приеме НПВП – 2, колхицина – 10, ГК – 1 случая).

Выводы. Предложенный алгоритм назначения противовоспалительных препаратов с целью профилактики позволяет снизить риск развития приступов артрита при хорошей переносимости данной терапии. В отношении частоты приступов артрита, а также интенсивности боли по ВАШ и длительности приступов наиболее эффективно применение НПВП, в сравнении с колхицином и ГК.

ФОРМА ОБУЧЕНИЯ И ПРОФОРИЕНТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ВОЗРАСТА 16-17 ЛЕТ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Шелепина Т.А.

Научно-исследовательского институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Анализ уровня образования и профориентацию пациентов с ЮИА возраста 16-17 лет.

Материалы и методы. Обследовано 79 пациентов (пц) с различными вариантами ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) в возрасте 16-17 лет, находившихся на



стационарном лечении в детском отделении ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, соотношение девушки/юноши 56/24. Использовался авторский опросник, включавший данные о диагнозе, проводимой терапии, давности заболевания, форме и месте обучения, перспективе его продолжения и выборе профессии; показателя степени ограничения жизнедеятельности СНАQ и выраженности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты и обсуждение. Юноши 16 лет – 8 пц, из них имели диагноз ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) – 6 пц, ювенильный анкилозирующий спондилит (ЮАС) – 2 пц. средняя давность заболевания 6,7 лет (min – 1 год, max – 13 лет), низкое значение СНАQ – 5 пц, среднее – 3 пц, ВАШ боли 1,9 мм (min – 0 мм, max – 5 мм). Форма обучения: В 9 классе училось 3 пц, в 10 – 3 пц, 11 класс – 1 пц, колледж – 1 пц. Выбрали профессию 3 пц (37%) – программист, компьютерное дело, механик.

Юноши 17 лет – 15 пц, из них имели диагноз ЮРА – 9 пц, ЮАС – 3 пц, псоритический артрит – 1 пц. Средняя давность заболевания – 5,7 лет (min – 1 год, max – 14 лет), низкое значение СНАQ – 15 пц, ВАШ боли 0,6 мм (min – 0 мм, max – 4 мм), форма обучения: 9 класс – 1 пц, 11 класс – 9 пц (один на домашнем обучении), колледж – 2 пц, ВУЗ – 3 пц. Выбрали профессию 9 пациентов (60%): торговое дело, экономист, программист (2), филолог, инженер (2), сельское хозяйство.

Суммарные данные 23 пц. Средняя давность заболевания 6,2 года, низкое значение СНАQ – 18 (78%) пц, среднее – 5 (22%) пц, ВАШ боли – 1,25 мм; 9 класс – 4 пц (16%), 10 класс – 3 (13%), 11 кл – 10 пц (50%), колледж – 3 пц (8%), ВУЗ 3 пц (12,5%). Выбрали профессию – 12 пц (52%).

Девушки 16 лет – 26 пц, ЮА сист. – (2 пц), ЮРА поли – (17 пц), ЮРА олиго- с поражением глаз (6 пц), ЮАС – 1 пц, средняя давность заболевания – 7,7 лет (min – 1 год, max – 15 лет), низкое значение СНАQ – 20 пц (77%), среднее – 3 (11,5%) пц, высокое значение СНАQ – 3 (11,5%) пц, ВАШ боли – 3,3 мм (min – 0 мм, max – 6 мм). Форма обучения: 9 класс – 2 пц, 10 класс – 12 пц, 11 класс – 4 пц, интернат для слабовидящих – 1, колледж – 7. Выбрали профессию – 13 пц (50%).

Девушки 17 лет – 30 пц, ЮРА поли – 21 пц, ЮРА и системная красная волчанка (СКВ) – 1 пц, ЮРА и синдром Шегрена 1 пц, ЮРА олиго- с поражением глаз – 6; низкое значение СНАQ – 20 (67%) пц, среднее – 6 (20%) пц, высокое значение СНАQ – 3 (13%) пц; ВАШ боли средний – 3,1 мм (min – 0 мм, max – 5 мм). средняя давность заболевания – 7,4 лет (min – 2 года, max – 15 лет). Форма обучения: 9 класс – 1 пц, 10 класс – 1 пц, 11 класс – 18 пц, колледж – 6, ВУЗ – 3, интернат для слабовидящих – 1 пц. Выбрали профессию 18 пц (60%). Одна пациентка окончила школу год назад и в течении года не учится и не работает с диагнозом ЮРА поли-, синдром Шегрена с тяжелой степенью ограничения жизнедеятельности (СНАQ-1,5).

Суммарные данные 56 пациенток. Средняя давность заболевания – 7,5 лет, низкое значение СНАQ – 47 (84%) пц, среднее – 9 (16%) пц, высокое значение СНАQ – 6 (10,7%) пц. Форма обучения: 9 класс – 3 пц (5,3%), 10 класс – 13 пц (23%), 11 класс – 22 пц (39%), колледж 13 (23%), ВУЗ – 3 (5,3%) пц, интернат для слабовидящих – 2 (3,6%) пц. Выбрали профессию – 31 пц (55%).

Данные по всей обследованной группе (N=79). Средняя давность заболевания – 6,1 лет. Форма обучения: 9 класс – 7 пц (9%), 10 класс – 16 пц (20%), 11 класс – 42 пц



(53%), колледж 16 пц (20%), интернат для слабовидящих – 2 (2,5%), ВУЗ – 6 (7,5%). Выбрали профессию – 43 пц (54%).

Предполагаемые профессии юношей 16 лет – 3 пцг – компьютерные технологии, программист, механик. Выбор профессии среди юношей: 17 лет – сельское хозяйство (1), инженер (2), программист (2), юрист, экономист, филолог, торговое дело, слесарь. Выбор профессии среди девушек 16 лет: юрист (2 пц), гостиничное дело, лингвист, дрессировщик, медсестра (3 пц), учитель начальных классов, ветеринар (2 пц), эколог. Предполагаемые профессии выбор среди девушек 17 лет: биотехнолог, юрист (2 пц), учитель начальных классов (2 пц), программист (2 пц), фотограф, врач (2 пц), журналист, госслужащий, преподаватель-политолог, ветеринар, эколог, врач-педиатр (2).

Таким образом, пациенты с ЮИА имеют возможность обучения, в том числе и при тяжелой степени ограничения жизнедеятельности, используя дистанционный метод обучения. Большинство обследованных обучалось в школе – 82%. В колледже обучалось 20%, в ВУЗе – 6 пц (7,5%). Число пациентов, думающих о выборе профессии было больше среди 17-летних, многообразие выбора несколько шире среди девушек. Предположительно выбрали профессию чуть более половины пациентов.

Выводы. 1. При мотивации на активный образ жизни пациенты с ЮИА имеют возможность получения полноценного образования. 2. Пациенты-старшеклассники должны сами выбирать форму обучения для получения выбранной профессии. 3. Помощь при выборе профессии могут оказать совместные обсуждения с участием врачей, пациентов, родителей и представителей различных профессиональных сообществ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Шишкин А.Н., Николаева А.А., Смирнова И.О., Гураченкова К.А.

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург

Принимая во внимание распространенность псориатического артрита (ПсА), хроническое, зачастую тяжелое течение, недостаточную осведомленность врачей-дерматологов в диагностике на ранней стадии, имеющихся методов, до конца невыясненные этиологию и патогенез, можно заключить, что проблема псориатического артрита и в настоящее время остается одной из актуальных в ревматологии. Наличие при псориазе (ПС) и ПсА коморбидных заболеваний снижает качество жизни больных и уменьшает продолжительность жизни в среднем на 5-7 лет по сравнению с популяцией. Поздняя диагностика ПсА уменьшает ответ на терапию базисными препаратами и приводит к ранней инвалидизации пациентов.

Основной настоящей работы, с целью изучения особенностей суставного синдрома у пациентов, страдающих псориазом, явилось клиническое обследование 52 больных различными формами псориаза в среднем возрасте начала ПсА $47,5 \pm 11,3$ лет, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ ГорКВД в 2020 г. в стадии обострения заболевания.



В среднем длительность псориаза на момент постановки диагноза псориатического артрита составила $10,4 \pm 2,9$ лет. Самой распространенной формой течения псориатического артрита в исследуемой группе является асимметричный олигоартрит. При изучении сопутствующей патологии у пациентов с ПсА и без суставного синдрома было выявлено более частое возникновение ишемической болезни сердца, синдрома артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа. Этот факт подтверждает гипотезу о повышении риска возникновения перечисленных заболеваний в группе больных с ПсО и ПсА. При проведении корреляционного анализа индексов PASI и DAS28-3 была обнаружена положительная зависимость, что позволяет говорить о взаимосвязи тяжести течения псориаза и тяжести псориатического артрита.

В структуре рентгенологических изменений у больных, разделенных по группам по наличию или отсутствию признака, была также выявлена корреляция со степенью тяжести псориаза.

Таким образом, связь между тяжестью ПсО и возникновением и течением ПсА имеет место. Это объясняется тем, что возникает неспецифический системный воспалительный ответ, индуцирующий локальный воспалительный процесс в суставах. Именно у пациентов с тяжелым течением псориаза повышена частота выявления не только ПсА, но и других заболеваний, связанных с хроническим воспалением.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СМЕНЫ ТАРГЕТНОЙ ИММУНОСУПРЕССОРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ЭТАНЕРЦЕПТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Шмидт Е.И.¹, Жилиев Е.В.^{2,3}, Кольцова Е.Н.^{4,5}, Лукина Г.В.⁵, Лыткина К.А.⁶

¹Городская клиническая больница №1 имени Н.И. Пирогова,

²АО «Юропиан медикал сентер»,

³Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,

⁴Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента,

⁵Московский клинический научный центр,

⁶Городская клиническая больница №4,

Москва

Цель исследования. Оценка эффективности переключения пациентов с ревматоидным артритом с терапии этанерцептом на терапию другими селективными иммуносупрессорами.

Методы. В анализ были включены пациенты с ревматоидным артритом из Московского единого регистра артритов (MEPA), диагностированным в соответствии с критериями EULAR (1987) или ACR /EULAR (2010), получавшие терапию этанерцептом (ЭТА), которая была прекращена по любым причинам и заменена на терапию другим таргетным препаратом. Переключение считали успешным, если применение



второго препарата было не менее 6 месяцев, и при этом была достигнута ремиссия или низкая активность заболевания (DAS28 (СОЭ) <3.2).

Результаты. ЭТА принимали 195 из 757 включенных в регистр пациентов. Среди 33 пациентов, которые были переведены на другой таргетный препарат, у 4 пациентов было 2 переключения после прекращения приема ЭТА. 16 пациентов были переведены на другой ингибитор фактора некроза опухоли (иФНО), 16 пациентов были переведены на генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) других классов и 5 – на синтетический таргетный препарат (тофацитиниб). 27 пациентов были женщины, средний возраст составил 53,4±13,7 года, средняя продолжительность лечения ЭТА – 732±571 день. Причинами прекращения ЭТА были: побочные эффекты в 4 случаях (10,5%), неэффективность – 23 (60,5%) и другие причины – 11 (29%). Среди пациентов с неэффективностью ЭТА чаще происходило переключение на другие классы ГИБП – у 16 пациентов (66,7%). В группе отмены этанерцепта по другим причинам переключение на другой ингибитор ФНО произошло в 10 из 18 случаев ($p=0,086$). Уровень DAS-28 снижался после переключения более значимо в группе неэффективности ЭТА, чем в группе с нежелательными явлениями. Среди пациентов, которые были переведены с этанерцепта на не-ФНО, вероятность успеха была выше ($p=0,001$). Ремиссия по DAS-28 была достигнута у 6 из 21 пациентов. Среди пациентов, которые были переведены на иФНО, ремиссия не наблюдалась.

Вывод. Результаты исследования дают основания считать предпочтительным переход на препараты других классов в случае отмены ЭТА по любой причине.

КРИОГЛОБУЛИНЕМИЯ – КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С-АССОЦИИРОВАННЫМ АРТРИТОМ

Шукурова Ф.Н.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние криоглобулинемии (КГЕ) на клиническое течение хронического вирусного гепатита С, ассоциированного артритом.

Материалы и методы. Данные этого исследования основаны на клинических исследованиях, проведенных у больных с диагнозом хронический вирусный гепатит С, проходивших лечение в клинике научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и инфекционных болезней (НИИЭМИЗ) Республики Узбекистан за 2018-2020 годы. В исследование были включены в общей сложности 52 пациента с диагнозом хронический вирусный гепатит С ассоциированный артритом. Больные распределены на 2 группы. В 1-ю группу вошли пациенты с криоглобулинемией, во 2-ю группу без КГЕ. Каждая группа состояла из 26 больных. В каждой группе был проведен анализ выраженности клинических признаков HCV-ассоциированного артрита при наличии и отсутствии КГЕ.



Результаты. Исследования показали, что в обеих исследуемых группах больные жаловались на артралгию в 100% случаев. У 20 пациентов (76,9%) из 1-группы, т.е. с КГЕ, изменения суставов проявлялись в виде полиартрита, а во 2-й группе, т.е. у 16,5-61,5% пациентов без КГЕ, был диагностирован олигоартрит коленных суставов. У 65,3% пациентов с КГЕ, то есть у 17 пациентов, была визуальна отмечалась симметрично отечность в суставах, включая мелкие суставы кистей, ступней, в группе больных без КГЕ у 4 (15,3%) было визуализирована только припухлость. Из 1 группы пациентов скованность при движении сустава было выявлено у 11 пациентов (42,3%), преимущественно в мелких суставах кистей, из 2 групп пациентов, у которых не было КГЕ, наблюдалась только 3 (11,5%).

Вывод. Таким образом, данные нашего исследования показали, что выявление КГЕ у пациентов с диагнозом артрит, ассоциированный с хроническим вирусным гепатитом С, может быть прогностическим фактором, отражающим тяжесть поражения суставов при гепатите.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГЕНОТИПОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В УЗБЕКИСТАНЕ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ С ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Шукурова Ф.Н.¹, Парпибаева Д.А.², Каримов М.Ш.²

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель работы. Изучение распространения генотипов вирусного гепатита С в Узбекистане и их связь с HCV-ассоциированным артритом.

Материалы и методы. За период 2018-2020 гг. нами было проведено молекулярно-клиническое исследование пациентов с диагнозом вирусный гепатит С, проходивших лечение в клинике НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Республики Узбекистан (НИИЭМИЗ). Клинические исследования проводились в 2 группах, группа сравнения 52 пациента с диагнозом артрит, ассоциированный вирусным гепатитом С, и группа сравнения 36 пациентов с диагнозом хронический вирусный гепатит С без симптомов артрита. В общей сложности 88 HCV-позитивных пациентов прошли генотипирование методом ПЦР и нуклеотидное секвенирование для определения взаимодействия вирусных генотипов с течением HCV-ассоциированного артрита.

Результаты. Анализ показал, что генотип 1 b вирусного гепатита С был наиболее распространенным среди населения, то есть генотип 1 b был выявлен у 30 пациентов (57,69%) в основной группе и 13 пациентов (36,11%) в группе сравнения. Среди субъектов исследования генотипы 3a и b заняли 2-е место по распространенности: они были выявлены у 15 пациентов в основной группе (28,84%) и у 15 пациентов в группе сравнения (41,66%). Генотипы HCV 1 a и 2 a/b были выявлены в 1,92% и 7,69% случаев в основной группе соответственно, а также в 2,77% и 11,11% случаев в группе сравнения соответственно.



Вывод. Таким образом, цель исследования имеет важное практическое значение, в результате которого было установлено, что генотип 1b ВГС по распространенности среди населения нашего региона выше, чем процентное соотношение других генотипов. Генотип 1b инфекции ВГС был обнаружен у 57,69% пациентов с диагнозом артрит, ассоциированный с ВГС, но генотип 1b вируса был зарегистрирован у 36,11% пациентов в группе сравнения. Таким образом, по результатам исследования можно сделать вывод, что данный генотип 1b ВГС может являться мотивирующим фактором HCV-ассоциированного артрита.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ИМЕЮЩИХ И НЕ ИМЕЮЩИХ АНЕМИЮ

Щербаков Г.И.

Кемеровский областной медицинский колледж,
г. Кемерово

Исследования психосоматической проблематики в ревматологии в основном ограничиваются «классическим» психосоматическим заболеванием – ревматоидным артритом – (30-75%), системной красной волчанкой – (50-83%), системной склеродермией – (36-65%), болезнью Шегрена – (20-50%), в связи с чем изучение психосоматических соотношений при заболеваниях ревматологического профиля является одной из актуальных проблем современной ревматологии. Установлено, что тревога и депрессия, являясь коморбидным состоянием, развивается параллельно системному аутоиммунному заболеванию и имеет с ним общие звенья патогенеза.

Цель исследования. Изучение эмоционально-личностных характеристик у больных анкилозирующим спондилитом, имеющих и не имеющих анемию.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 97 мужчин с АС, диагностированным на основании модифицированных Нью-Йоркских критериев. Все пациенты были разделены на 2 группы. Из них у 47 (48,5%) пациентов была анемия легкой степени тяжести (средний уровень гемоглобина $117,87 \pm 11,94$ г/л); у 50 (51,5%) пациентов анемии не было, средний уровень гемоглобина в данной группе составил $144,92 \pm 12,72$ г/л. Больные АС с анемией и без нее были сопоставимы по возрасту, образованию, степенью функциональной недостаточности, активностью болезни. Уровень тревоги и депрессии оценивался по шкале HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), Спилбергер-Ханина. Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при $p \leq 0,05$. Каждый больной подписал «Информированное согласие» на участие в исследованиях.

Результаты и их обсуждение. В группе пациентов с анемией выявлена отрицательная связь между уровнем тревоги и Hb ($r = -0,720$, $p = 0,05$), MCV ($r = -0,835$, $p = 0,03$), MCHC ($r = -0,791$, $p = 0,03$), СРБ ($r = -0,725$, $p = 0,05$). Также выявлена корреляционная связь между депрессией и MCHC ($r = -0,710$, $p = 0,05$), СРБ ($r = -0,924$, $p = 0,014$). В группе пациентов без анемии аналогичные корреляционные связи между уровнем тревоги и Hb, MCV, MCHC, СРБ не выявлены.



В группах обследованных лиц реактивная тревожность не превышала умеренной степени выраженности: 32 (29;37) балла в группе с анемией, 34 (29,38) балла – в группе пациентов без анемии. Различия между данными показателями были статистически незначимы ($p=0,260$).

Наряду с этим, личностная тревожность в группе больных АС с анемией была достоверно выше, чем аналогичный показатель пациентов группы без анемии: соответственно 37 баллов (32;39,5) и 31,5 балла (28,25;37), $p=0,001$. В группе пациентов с анемией прослеживалась отрицательная корреляционная связь ЛТ с Hb ($r=-0,276$, $p=0,05$), MCV ($r=-0,344$, $p=0,03$), MCHC ($r=-0,475$, $p=0,04$). Также выявлена отрицательная корреляционная связь между СРБ и ЛТ ($r=-0,827$, $p=0,032$), СРБ и РТ ($r=-0,725$, $p=0,05$). В группе пациентов без анемии корреляционных связей между ЛТ и Hb, MCV, MCHC, СРБ и РТ не выявлено.

Выводы. Высокие показатели личностной тревожности среди пациентов АС с анемией свидетельствовали о большей выраженности психологического стресса. Учитывая триггерную роль психотравмы в обострениях АС, высокая личностная тревожность может формировать предпосылки для формирования более тяжелого течения заболевания с частыми рецидивами. Шкала HADS может быть использована для оценки уровня тревоги и депрессии.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И СТАДИИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ

Юдин В.А.¹, Один В.И.¹, Жигулина А.И.¹,

Кувшинников А.В.¹, Инамова О.В.², Тыренко В.В.¹

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

²Городская клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Среди ревматических заболеваний ревматоидный артрит (РА) относится к категории наиболее важных социально-значимых заболеваний, о чем свидетельствует статистика временной и стойкой нетрудоспособности, как в нашей стране, так и за рубежом (Лила А.М., 2001; Насонов Е.Л., 2004). В связи с этим представляется актуальным исследовать качество жизни (КЖ) у больных в зависимости от пола и стадии инвалидизации.

Цель исследования. Изучение качества жизни (КЖ) больных ревматоидным артритом (РА) в зависимости от пола и стадии инвалидизации.

Материалы и методы. Обследовано 20 больных (средний возраст составлял $62,5 \pm 12,6$ лет, женщин 12, мужчин 8), удовлетворивших критериям включения: возраст старше 18 лет; достоверный диагноз РА (критерии Американской ассоциации ревматологов, 2010). Устанавливали частоту встречаемости инвалидности и анализ потери трудоспособности у больных РА. Оценивали активность РА с помощью индекса DAS28. Для оценки КЖ больных РА применялся опросник SF36. Статистическая обработка результатов проведена с применением пакета Statistica 10.0.



Результаты и обсуждение. При анализе стойкой потери трудоспособности 55% больных были инвалиды. Из них III группа инвалидности отмечена у 25% и II – у 30%.

Длительность болезни РА в среднем составляла $9,6 \pm 8,2$ года. Количество пациентов, страдающих РА до 1 года составило 4 больных (20%), от 1 до 10 лет – 4 больных (20%), от 10-ти и более лет – 12 больных (60%). Преобладали серопозитивные по РФ – 15 (75%) больных. Индекс активности РА – DAS28 у больных страдающих РА в общей группе составлял $6,05 \pm 1,18$. При рентгенологическом исследовании определялась чаще III стадия – 45% (II стадия у 20% больных, IV стадия у 20% больных, I стадия у 15%). Показатели КЖ у мужчин в выборке были снижены больше, чем у женщин, по шкалам ролевого эмоционального функционирования оценивающего степень, с которой эмоциональное здоровье мешает выполнению работы или иной повседневной деятельности ($36,3 \pm 12,5$ и $64,5 \pm 35,9$) и по шкалам физического функционирования ($34,8 \pm 4,1$ и $43,2 \pm 12,2$, $p < 0,05$), по остальным шкалам показатели не различались ($p < 0,05$).

Показатели физического здоровья снижаются с увеличением стадии инвалидизации ($47,0 \pm 11,6$ и $51,0 \pm 13,5$ в третьей группе инвалидности и $34,7 \pm 3,2$ и $38,2 \pm 6,6$ во второй группе инвалидности соответственно ($p < 0,05$), а также снижаются показатели ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием $33,3 \pm 28,1$ и $7,5 \pm 11,7$, но статистически значимых различий не получено. Среди больных РА со II группой инвалидности наиболее низкие показатели КЖ отмечены по шкалам социального функционирования и психического здоровья.

Выводы. На качество жизни больных РА влияют пол и стадия инвалидизации. У пациентов мужского пола имеются более выраженные нарушения ролевого эмоционального и физического функционирования. С увеличением степени инвалидности, снижаются показатели КЖ в физической и социальной сферах. С увеличением степени инвалидизации возрастает потребность к адаптации функциональных систем организма, связанная с изменившимися функциональными возможностями и психологической нагрузкой. Данные пациенты нуждаются в оказании психологической помощи.

МЕТОД ВИДЕОКАПИЛЛЯРОСКОПИИ В ОЦЕНКЕ СОСУДИСТЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Юджина Н.Н., Волков А.В.

Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) является одним из основных проявлений вовлечения сосудов микроциркуляторного русла при системной склеродермии (ССД). Предполагается связь ЛАГ с синдромом Рейно и дигитальными ишемическими нарушениями. Учитывая тяжесть течения ЛАГ при ССД и низкую выживаемость пациентов, изучение возможной взаимосвязи патогенетически близких процессов может нести предикторную роль в ранней диагностике ЛАГ и дигитальных ишемических нарушений методом видеокапилляроскопии околонегтевого ложа.



Материал и методы. 116 пациент с ССД (51 пациент с ЛАГ (ССД-ЛАГ) и 65 больных с без ЛАГ). Синдром Рейно выявлен в 100% случае в обеих группах. У всех пациентов диагноз ССД был достоверен по критериям ACR-EULAR 2013 года. Диагноз ЛАГ устанавливался путем проведения катетеризации правых отделов сердца. Всем пациентам обеих групп проведена видеокапилляроскопия ногтевого ложа. Тест оценивал наличие капилляроскопических изменений околоногтевого ложа на 2-5 пальцах обеих кистей. Нормальный капилляроскопический паттерн характеризовался наличием на 1 мм 7-11 капилляров в виде шпилек. Патологические паттерны характеризовались морфологическими и структурными изменениями, такими как расширенные и гигантские капилляры, геморрагии, аваскулярные поля, неоангиогенез. Паттерн капилляроскопии (нормальный/ранний/активный/поздний) был определен качественно. Снижение плотности капилляров, расширенные, гигантские или разветвленные капилляры, микрогеморрагии были оценены полуколичественно.

Результаты и обсуждение. При анализе капилляроскопических типов изменений в обеих группах преобладали ранний и поздний склеродермический типы изменений, однако достоверных различий не отмечено. У 51 пациента с ССД-ЛАГ выявлены типичные склеродермические изменения. У 3 больных с ССД без ЛАГ изменения рассматривались как неспецифические, у 1 пациента выявлены признаки синдрома Рейно. Ранний склеродермический тип диагностирован у 17 больных ССД-ЛАГ и у 16 с ССД без ЛАГ. Активный склеродермический тип выявлен у 14 больных ССД-ЛАГ и у 8 с ССД без ЛАГ. Поздний склеродермический тип диагностирован у 30 больных ССД-ЛАГ и у 27 с ССД без ЛАГ. Помимо синдрома Рейно, с одинаковой частотой в анамнезе отмечалось развитие дигитальных язв (у 25 больных ССД-ЛАГ и 32 с ССД без ЛАГ). Также было одинаковым время до их появления от первого симптома ССД (56 (16;84) мес и 44 (23;72) мес соответственно). Тяжелые формы дигитальных ишемических нарушений отмечались редко и с одинаковой частотой в исследуемых группах. Ишемия у 2 больных ССД-ЛАГ и у 5 пациентов с ССД без ЛАГ, ампутация у 1 из каждой группы, гангрена у 2 пациентов только в группе ССД без ЛАГ.

Выводы. В ходе проведенного исследования не удалось выявить различия между выраженностью капилляроскопических изменений, частотой и тяжестью дигитальных ишемических нарушений в сравниваемых группах. Что не позволяет использовать метод видеокапилляроскопии ногтевого ложа в качестве ранней диагностики ЛАГ при ССД, а также прогнозировать развитие дигитальных ишемических нарушений.

РАННИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ С ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Юлдашева Ш., Абдуразакова З.К., Ташметова Б.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность исследования. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) остается одной из актуальных проблем современной детской ревматологии и педи-



атрии в целом, поскольку является наиболее распространенной патологией среди воспалительных ревматических заболеваний детского возраста. Изучению ЮРА в течение последних десятилетий были посвящены труды многих ревматологов (А.А. Яковлева, 1971; А.В. Долгополова, 1973; Е.И. Шахбазян, 1976; Кузьмина Н.Н., И.М. Воронцов, 2001; Е.И. Алексеева, 2007; E.J. Brewer, 1982; J.T. Cassidy, 2005).

Цель исследования. Явилось изучение рентгенологических признаков при диагностике ЮИА у детей.

Результаты исследования. Обследовано 38 детей, больных ювенильным идиопатическим артритом. Исследование проводилось в кардиоревматологическом отделении клиники ТашПМИ. Период наблюдения составил от 6 месяцев до 3 лет. В соответствии с критериями классификации ЮИА (ILAR, 2001) были выделены 3 группы больных в зависимости от варианта дебюта заболевания: системный, олигоартикулярный и полиартикулярный (18, 12 и 8 человек соответственно). Возраст больных детей составил от 7 до 17 лет. Ювенильный идиопатический артрит чаще встречался у девочек, чем у мальчиков. Среди них преобладали дети среднего и старшего школьного возраста. Из всех обследованных нами больных детей с ЮИА, рентгенологические изменения в суставах у 55% пациентов характеризовались умеренно выраженным эпифизарным остеопорозом, что соответствует I рентгенологической стадии, в 34% случаев определена II, а в 9% – III рентгенологическая стадия. Лишь у 1 (2,6%) больного с полиартикулярным поражением суставов при рентгенологическом исследовании отмечалось формирование фиброзного анкилоза, что соответствует IV стадии.

Таким образом, в диагностике ЮИА у детей большое значение имеют данные рентгенологических признаков заболевания в комплексе с лабораторно-инструментальными методами исследования.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА ERAP1 И ДИСБАЛАНСА ZN В ОРГАНИЗМЕ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Якубова У.А., Бугрова О.В.

Оренбургский государственный медицинский университет,
г. Оренбург

Цель исследования. Изучить ассоциацию однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) rs10050860 и rs17482078 гена ERAP1 и дисбаланса эссенциального Zn с особенностями клинического течения анкилозирующего спондилита (АС).

Материалы и методы. Обследовано 58 пациентов (39 мужчин и 19 женщин в среднем возрасте 38 [31; 48] лет) с достоверным клиническим диагнозом АС. Медиана индекса BASDAI в среднем составила 5,05 [3,6; 6,9] баллов, ASDAScoз – 3,1 [2,4; 4,1], MASES – 2 [0; 4], BASFI – 5,25 [3,1; 7,3]. HLA-B27-антиген имелся у подавляющего числа пациентов – 91,37%. Помимо общепринятого обследования, у всех пациентов было проведено генотипирование ОНП rs10050860 и rs17482078 гена ERAP1 методом



аллель-специфической гибридизации в формате полимеразной цепной реакции с флуоресцентной детекцией в режиме реального времени (TaqMan) с помощью наборов праймеров (НПО Синтол, Россия) на детектирующем амплификаторе DTlite (ДНК-Технология, Россия). Оценка содержания Zn в волосах проводилась методом атомно-адсорбционной спектрофотометрии на аппарате КОРТЭК «КВАНТ-2А». Контрольную группу составили 14 относительно здоровых лиц, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета программ «STATISTICA 10».

Результаты и обсуждение. В ходе нашего исследования мы обнаружили, что гетерозиготный [С/Т] генотип ОНП rs10050860 гена ERAP1 в 1,6 раз чаще выявлялся у пациентов с периферическим артритом; $\chi^2=4,82$, $p=0,029$, чем у пациентов без данного внеаксиального проявления. Полученные результаты были подтверждены факторным анализом, согласно которому ОНП rs10050860 гена ERAP1 вносил наибольший вклад в развитие внеаксиальных проявлений АС – периферический артрит (0,16877), коксит (0,20425), дактилит (0,27602), внескелетных проявлений – увеит (0,29707), болезнь Крона (0,17124) и значимый вклад в значение индекса BASFI (0,27308).

Гетерозиготный [С/Т] генотип ОНП rs17482078 гена ERAP1 в 1,5 раза чаще встречался у пациентов с периферическим артритом, при этом уровень достоверности был близок к значимым значениям; $\chi^2=3,37$, $p=0,067$, и, согласно факторному анализу, влиял на возникновение периферического артрита (0,22494) и коксита (0,18238), а также был ассоциирован с развитием увеита (0,31885) и вносил значимый вклад в значение функционального индекса BASFI (0,18709).

Оценка микроэлементного статуса показала, что по сравнению с контролем при АС обнаружено достоверное уменьшение содержания эссенциального Zn на 41,32% с 217,8 [163,8;309] мкг/г до 127,8 [100,5;161,1] мкг/г; $p=0,0002$. Известно, что дефицит Zn в организме и снижение поступления Zn в аппарат Гольджи приводит к дисфункции белка-шаперона ERp44 и увеличению секреции аминопептидазы 1, кодируемой ОНП гена ERAP1 [Watanabe S., 2019], что играет одну из ключевых ролей в патогенезе АС [Lee Y.H., 2011; Cortes A., 2015; Lee Y.H., 2016] и может отразиться на особенностях клинического течения заболевания. При этом нами была обнаружена достоверная обратная корреляционная связь между функциональным индексом BASFI и уровнем Zn в волосах исследуемых пациентов с АС; $r=-0,299$, $p=0,023$ и, согласно факторному анализу, Zn ассоциировался с периферическим артритом (0,10118) и вносил вклад в показатель индекса BASFI (0,05011).

Выводы. Таким образом, носительство гетерозиготных [С/Т] генотипов полиморфизмов rs10050860 и rs17482078 гена ERAP1 совместно с дефицитом эссенциального Zn в организме определяют функциональное состояние пациентов с анкилозирующим спондилитом и ассоциированы с развитием некоторых внеаксиальных проявлений заболевания.



АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абдиева К.Е.	5
Абдужаппарова Н.Э.	7
Абдуганиева Д.И.	198, 199
Абдуллаев А.Х.	8, 160
Абдуллаев М.А.	143
Абдуразакова З.К.	9, 225
Абдурашитова Д.И.	117
Абусева Г.Р.	10, 44, 208
Аверкиева Ю.В.	54, 56, 151, 152
Аврусин И.С.	176, 177
Агафонова Е.М.	11, 12, 14, 158
Адхамов Б.М.	10, 208
Азизова Р.И.	37, 38
Азизов Н.Н.	37, 38
Азизов С.В.	37, 38
Алекберова З.С.	13, 14, 49
Алексеева Е.А.	43
Алексеева Л.И.	15, 87
Алексейчик С.С.	16
Алиахунова М.Ю.	8, 160
Аллаярова Р.М.	48, 195
Аляви Б.А.	8
Амирджанова В.Н.	149
Ананьева Л.П.	140, 141
Аникина О.С.	62
Аникин С.Г.	15
Анищенко И.Х.	48
Арипова Н.А.	17, 62
Арипов Б.С.	160
Аронова Е.С.	18, 19, 57, 58, 101, 102, 180
Артемьев И.А.	20
Асадов Н.З.	160
Асатуллаев Г.К.	22
Атаханова Л.Э.	23
Ахмедов М.А.	196
Ахунова Г.Р.	24
Ахунова Р.Р.	24

Б

Баймеева Н.В.	58
Баймухамедов Ч.Т.	25
Баранова М.М.	26
Барсукова Н.А.	40
Барышева О.Ю.	45, 174
Башкинов Р.А.	27
Башкова И.Б.	28
Баштакова Е.А.	206
Бедина С.А.	125
Бедина С.А.	29, 179
Белкина Г.А.	95
Белов Б.С.	26, 66, 108, 130
Белолипецкая Ю.Р.	30
Беневоленская С.С.	32
Бешимова Р.К.	95
Бибулатова Ф.Х.	15
Благинина И.И.	33
Блудова Н.Г.	33
Бобкова О.Р.	202
Богданов А.Н.	34
Болдуева С.А.	35
Болтабоев С.А.	37
Болтобаев С.А.	38
Бугрова О.В.	226
Будкова А.И.	32
Буре И.В.	43
Былино В.В.	33

В

Василевский И.В.	39
Васильева Л.В.	40
Везикова Н.Н.	174
Вельямидова Д.М.	42
Ветчинкина Е.А.	43
Вознюк К.О.	129
Волков А.В.	224
Волков К.Ю.	164
Волошина Н.И.	44
Воронина А.А.	45

**Г**

Гайдар Е.В.	176, 177, 213
Гайдукова И.З.	27, 204, 205
Гандалоева З.М.	99, 100
Ганиева Н.А.	17
Гарзанова Л.А.	140, 141
Гарипова Н.Т.	176, 177
Гаффарова А.С.	147
Герасимова Е.В.	47, 133
Гильмутдинова Л.Т.	48, 86
Гильмутдинов Б.Р.	48
Глухова С.И.	18, 19, 99, 100, 101, 102, 118, 129, 180
Голева О.В.	113
Головина О.А.	129
Голоева Р.Г.	13, 14, 49
Горбунова Ю.Н.	50, 96
Гордиенко А.В.	163
Горохова В.А.	52
Грехов Р.А.	53
Гречухин А.И.	143
Григорьева И.И.	54, 56, 151
Григорьева И.Н.	32
Григорьев М.А.	163
Гриднева Г.И.	18, 19, 57, 58, 101, 102
Гриднева Р.И.	59
Громова М.А.	61
Грузманов А.К.	114
Гураченкова К.А.	218

Д

Давыдов Д.А.	119
Дворовкин А.Э.	143
Дёмина А.Б.	99, 100
Демин Н.В.	50, 62, 63, 64, 70, 71, 202
Демьяненко Н.Ю.	73
Десинова О.В.	140, 141
Джураева Э.Р.	17, 62, 76, 81, 82, 83
Добровольская О.В.	62, 63, 64, 70, 71, 202

Долгалева А.А.	204
Дубинина Т.В.	12, 14, 99, 100
Дубко М.Ф.	103, 176, 177, 213

Е

Евстигнеева Л.П.	66
Евстратова Е.Ф.	40
Егорова Е.А.	122
Егорова Е.В.	132
Егорова О.Н.	66
Елисеев М.С.	72, 78, 79, 118, 133, 215
Ермакова Ю.А.	67, 69
Ефремова А.О.	62, 63, 64, 70, 71

Ж

Желябина О.В.	72, 78, 79, 133, 215
Жигулина А.И.	73, 223
Жиляев Е.В.	75, 92, 110, 111, 219
Жихарь Н.А.	16

З

Зазулина О.В.	59
Заммоева Д.Б.	32
Зарицкий А.Ю.	32
Зверева О.Н.	136, 137
Зияева Ф.К.	62, 76, 81, 82, 83

И

Ибрагимов А.Ю.	196, 197
Иващев В.В.	10, 208
Извозчиков С.Б.	77
Ильиных Е.В.	72, 78, 79, 118, 133, 215
Инамова О.В.	27, 162, 204, 205, 223



Ирисов А.П.	117
Исмагуллин Ф.У.	206
Исмоилов У.И.	81, 82, 83
Исправникова А.А.	174
Исупова Е.А.	176, 177, 213
Исхакова Г.Р.	48
Ищук В.Н.	84
Ищук Ю.В.	84

К

Казакова И.А.	157
Казаков С.П.	163
Кайбышев В.Т.	195
Камолова М.А.	167
Капустина Н.В.	85
Карабахцян М.М.	176, 177
Каратеев А.Е.	149
Каримов М.Ш.	221
Карпова Е.С.	86
Карпов А.С.	86
Карпова Т.Н.	97
Карпухина Е.П.	40
Катюхин Л.Н.	119
Кашеварова Н.Г.	15, 87
Кильдебекоева Р.Н.	195
Кириллова И.Г.	47
Кириллова Э.Р.	198, 199
Кирсанов В.А.	89
Кирсанов Д.В.	89
Кисляк О.А.	61
Кожевников А.Н.	90
Козел А.Ю.	62, 64, 202
Колхидова З.А.	64, 202
Кольцова Е.Н.	75, 92, 110, 219
Кольцов Е.Н.	111
Комарова Е.Б.	95
Комаров В.Т.	93
Кондратьева Л.В.	50, 96
Конева О.А.	140, 141
Коноплянкин И.В.	97
Коняева Е.И.	122
Коротаева Т.В.	26, 130
Корсакова Ю.О.	78

Космачев В.В.	93
Костик М.М.	103, 113, 176, 177, 213
Коценко В.П.	98
Коценко Ю.И.	98
Красненко С.О.	158
Крашенинников А.Е.	122
Кричевская О.А.	99, 100
Крюков Е.В.	163
Кувшинников А.В.	223
Кудрявцева А.В.	18, 19, 57, 58, 101, 102
Кудрявцев И.В.	32
Кузнецова Е.Б.	43
Кукушкина В.А.	95
Кулчинова Г.А.	116
Купреева А.Д.	103
Курьязова Ш.М.	104, 212
Кусевич Д.А.	15
Кучинская Е.М.	103

Л

Лаврищева Ю.В.	105
Лапин С.В.	32, 103
Ларина Л.Е.	5
Латыпов Ф.И.	86
Лебедева В.В.	129
Левашова О.А.	106
Левашов С.Ю.	106
Леонова И.А.	35
Летаева М.В.	54, 56
Ли́ла А.М.	15, 50, 166, 180, 203
Литвинова М.А.	108, 129
Литвяков А.М.	126, 145, 168, 170, 172
Лихачева Т.	213
Лихачева Т.С.	176, 177
Лукашкова В.В.	109
Лукина Г.В.	18, 19, 75, 92, 101, 102, 110, 111, 130, 219
Лыткина К.А.	75, 92, 110, 111, 219
Любимова Н.А.	113

**М**

Мадянов И.В.	28
Мазинг А.В.	103
Мазуренко С.О.	114
Мазуров В.И.	27, 189, 191, 192, 205
Майко О.Ю.	115
Макаров С.А.	214
Максимов М.В.	30, 127
Малыгин А.Н.	174
Малышева Н.В.	61
Малышенко О.С.	152
Мамасайдов А.Т.	116, 117
Мамасайдов Ф.А.	116, 117
Мамус М.А.	29, 125
Маркелова Е.И.	78, 118
Маркова Г.А.	214
Мартынова А.В.	47
Марченко В.Н.	119
Масалова В.В.	176, 177, 213
Маслинская Л.Н.	121
Маслянский А.Л.	32
Матвеев А.В.	122
Мирахмедова Х.Т.	22
Мисько К.В.	28
Митушева Э.И.	24
Михайленко Д.С.	43
Михневич Э.А.	123
Михнович Е.Р.	16
Мозговая Е.Э.	29, 125, 179
Морозова К.П.	127
Мороз О.К.	126, 168, 170, 172
Моторина Т.В.	197
Моторин Д.Б.	32
Муравьева Н.В.	26, 108, 130
Муравьев Ю.В.	57, 58, 129
Мухаметшина Э.И.	198

Н

Назарова Э.М.	86
Нарышкин Е.А.	214
Насонов Е.Л.	50
Немцова М.В.	43

Никитин А.В.	131
Никитина Н.М.	132
Никитина Т.Н.	213
Никитин М.С.	90
Николаева А.А.	218
Никулина С.Ю.	184, 185, 186
Новик Г.А.	90
Новикова А.М.	72, 78, 79, 133, 215
Новикова Д.С.	78
Носанова М.Н.	93
Носивец Д.С.	134
Носков С.М.	52
Носович Д.В.	163
Нуруллин Ш.Н.	148
Нутрихина Н.Н.	136, 137

О

Образцова М.Р.	138, 139
Обухова И.В.	136
Овсянникова О.Б.	140, 141
Один В.И.	73, 143, 223
Омонова З.Т.	167
Орлова Е.А.	143
Орлова Е.Ю.	209
Осипова Е.А.	136, 137

П

Павлович Т.П.	123
Пальгуева А.Ю.	145
Парпибаева Д.А.	221
Перфилова О.В.	206
Петров А.А.	146
Петров А.В.	146, 147
Петрова М.С.	27, 205
Пикуза А.В.	148
Погожева Е.Ю.	149
Подберезкина Л.А.	44
Подряднова М.В.	158
Поздеева Н.А.	90
Полторак А.П.	98
Попкова Т.В.	50, 96, 118



Притуло О.А.	146
Пронин В.Д.	84

Р

Раимкулова Н.Р.	160
Раскина Т.А.	54, 56, 151, 152
Расулев Е.Э.	8
Раупов Р.К.	176, 177
Реброва О.А.	33
Решетняк Т.М.	166
Решетова Т.В.	109
Ризамухамедова М.З.	23, 154, 155
Ротару Л.А.	156
Руденко И.Б.	157
Рукавицын О.А.	163
Румянцева Д.Г.	158
Русановская И.Л.	59

С

Сагитова Э.Р.	159
Садикова А.С.	167
Садькова Г.А.	160
Сайфутдинов Р.Г.	24
Сакибаев К.Ш.	117
Салахов Э.М.	86
Салиева Р.Ш.	117
Самаркина Е.Ю.	63
Сантимов А.В.	213
Сатыбалдыев А.М.	180
Сафонова Ю.А.	162
Сахин В.Т.	163
Свинцицкая И.С.	164
Седельникова М.А.	129
Серебрякова М.К.	32
Середавкина Н.В.	166
Сибиркина М.В.	167
Сивкова М.А.	136
Сизова Л.В.	159
Сиротко В.В.	168, 170, 172
Сиротко О.В.	126, 168, 170, 172
Скопец И.С.	174

Смирнов А.В.	12, 50, 101, 102
Смирнова И.О.	218
Смоленский А.В.	85
Снегирева Л.С.	176, 177, 213
Собинова Э.А.	104
Соколова Л.В.	146
Сорокина Л.С.	103, 176, 177
Сотников А.В.	163
Спасова А.П.	45
Спиваковская А.Ю.	178
Спиваковский Ю.М.	178
Спицина С.С.	29, 125, 179
Старкова А.С.	158
Старовойтова М.Н.	140, 141
Степанова Л.Ю.	206
Стребкова Е.А.	15
Стукалова Л.В.	59
Суслова Е.Ю.	40
Сухорукова Е.В.	199
Сыгырта В.С.	58, 180

Т

Табачков Д.В.	47
Талако Т.М.	182
Тарасова Д.Д.	183
Таскина Е.А.	15, 87
Ташметова Б.Р.	225
Тихомирова Е.А.	29, 125
Ткаченко О.А.	103
Толстокорова Ю.А.	184, 185, 186
Толстых Е.М.	40
Тополянская С.В.	187
Топчиева Л.В.	174
Торопцова Н.В.	62, 64, 70, 71, 202
Трофименко А.С.	29, 125, 179
Трофимов Е.А.	189, 191, 192
Турсунбаев А.К.	8
Тыренко В.В.	73, 164, 223

У

Уразбахтин Р.К.	195
-----------------	-----



Урумова М.М.	158
Усова Е.В.	151, 152
Ушакова С.А.	206

Ф

Фазылов А.В.	196, 197
Файрушина И.Ф.	198, 199
Федорович С.Е.	200
Феклистов А.Ю.	64, 202
Феоктистова А.В.	183
Феоктистова В.С.	35
Филатова Е.С.	203
Филатова М.А.	93
Финоженко В.Г.	204
Фонтуренко А.Ю.	27, 205
Фридман И.В.	113
Фролова И.В.	93
Фурсова В.А.	147

Х

Халидуллина О.Ю.	206
Ханипова Л.В.	206
Харит С.М.	113
Хичина Н.С.	93
Хозяинова С.С.	10, 97, 208
Хомец Д.О.	123
Хомуло А.Д.	35
Храмцова Н.А.	209
Хрипунова И.Г.	210
Хрыпов С.В.	176, 177
Худайназарова С.Р.	9, 104, 212
Хусанов А.М.	196

Ц

Цурко В.В.	61
------------	----

Ч

Чахалян М.И.	213
Черкасова М.В.	13, 63, 130
Черненко Ю.В.	178
Чернова А.А.	184, 185, 186
Четина Е.В.	214
Чикина М.Н.	72, 78, 79, 133, 215
Чикова И.	213
Чикова И.А.	176, 177

Ш

Шалаева Е.В.	22
Шарапова Е.П.	15
Шаяхметова Р.У.	140, 141
Шевнина Я.О.	147
Шелепина Т.А.	216
Шепеляева Л.С.	52
Шилова Л.Н.	179, 183
Широкова Л.Ю.	52
Шишкин А.Н.	218
Шмидт Е.И.	75, 92, 110, 111, 219
Шукурова Ф.Н.	220, 221

Щ

Щербаков Г.И.	222
---------------	-----

Э

Эрдес Ш.	158
Эрдес Ш.Ф.	11, 12
Эшбаева Ч.А.	117

Ю

Югай Л.А.	8
Юдин В.А.	73, 223
Юдкина Н.Н.	224



Юлдашева Ш.	225	L	
Юнусова Р.Т.	9		
			Lei Ye 3
Я			
		M	
Яковенко А.А.	105		
Якубова У.А.	226		
			Mark C Genovese 4
			Maya H Buch 4
A			
		R	
Alan Kivitz 3			
Alena Pechonkina 4			
			Roberto Caporali 4
			Robin Besuyen 3, 4
B			
		S	
Bernard Combe 3			
			Shangbang Rao 4
			Susan Lee 3
G			
		T	
Grace C Wright 4			
			Tsutomu Takeuchi 4
H			
		Y	
Hao Hu 3			
			Ying Guo 4
			YingMeei Tan 4
			Yoshiya Tanaka 3
J			
Jacques-Eric Gottenberg 4			
K			
Kenneth Kalunian 4			



СОДЕРЖАНИЕ

ТЕРАПИЯ ФИЛГОТИНИБОМ ОБЕСПЕЧИВАЕТ БЫСТРОЕ И УСТОЙЧИВОЕ УЛУЧШЕНИЕ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛИ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ И УТОМЛЯЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И НЕДОСТАТОЧНЫМ ОТВЕТОМ НА ТЕРАПИЮ МЕТОТРЕКСАТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ FINCH 1 Alan Kivitz, Yoshiya Tanaka, Susan Lee, Lei Ye, Hao Hu, Robin Besuyen, Bernard Combe.....	3
ПОДГРУППОВОЙ АНАЛИЗ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ НИЗКОЙ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РЕМИССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ИССЛЕДОВАНИИ III ФАЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЛГОТИНИБА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И С НЕДОСТАТОЧНЫМ ОТВЕТОМ НА ТЕРАПИЮ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ Jacques-Eric Gottenberg, Maya H Buch, Roberto Caporali, Grace C Wright, Tsutomu Takeuchi, Kenneth Kalunian, Alena Pechonkina, Ying Guo, Shangbang Rao, YingMeei Tan, Robin Besuyen, Mark C Genovese.....	4
ТРОМБОЗ КАК ПЕРВОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У МАЛЬЧИКА Абдиева К.Е., Ларина Л.Е.....	5
НОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ АУТОИММУННОГО ПРОЦЕССА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Абдужаппарова Н.Э.....	7
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Алиахунова М.Ю., Югай Л.А., Турсунбаев А.К., Расулев Е.Э.....	8
РОЛЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ЮВЕНИЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИХ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ Абдуразакова З.К., Юнусова Р.Т., Худайназарова С.Р.....	9



ПЕРСПЕКТИВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ БЕЗОПАСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ HI LT (HIGH INTENSITY LASER THERAPY – ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ) У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СУСТАВОВ Абусева Г.Р., Хозяинова С.С., Адхамов Б.М., Иващев В.В.	10
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НПВП НА ПОРАЖЕНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф.	11
ДИНАМИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ ПРИ РАННЕМ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ Агафонова Е.М., Дубинина Т.В., Смирнов А.В., Эрдес Ш.Ф.	12
АНТИМЮЛЛЕРОВ ГОРМОН У ПАЦИЕНТОК С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Алекберова З.С., Голоева Р.Г., Черкасова М.В.	13
СОЧЕТАНИЕ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ: СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ Алекберова З.С., Дубинина Т.В., Голоева Р.Г., Агафонова Е.М.	14
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ СУБХОНДРАЛЬНОЙ КОСТИ КАК ФАКТОР РИСКА БЫСТРОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кусевич Д.А., Кашеварова Н.Г., Аникин С.Г., Шарапова Е.П., Стребкова Е.А., Бибулатова Ф.Х., Лиля А.М.	15
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Алексейчик С.С., Михнович Е.Р., Жихарь Н.А.	16
ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Арипова Н.А., Джураева Э.Р., Ганиева Н.А.	17



ВЫЖИВАЕМОСТЬ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЛЕЧЕНИЯ Аронова Е.С., Лукина Г.В., Глухова С.И., Гриднева Г.И., Кудрявцева А.В.	18
ПРЕДИКТОРЫ УДЕРЖАНИЯ НА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЛЕЧЕНИЯ Аронова Е.С., Лукина Г.В., Глухова С.И., Гриднева Г.И., Кудрявцева А.В.	19
РАД-ФЕРМЕНТЫ: КЛЮЧЕВАЯ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Артемьев И.А.	20
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПОТЕНЦИАЛЬНО СПОСОБСТВУЮЩИХ ПОВЫШЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Асатуллаев Г.К., Мирахмедова Х.Т., Шалаева Е.В.	22
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН ОСТЕОПОРОЗОМ В КЛИМАКТЕРИИ Атаханова Л.Э., Ризамухамедова М.З.	23
IGG4 АССОЦИИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ – БОЛЕЗНЬ МИКУЛИЧА Ахунова Р.Р., Сайфутдинов Р.Г., Митушева Э.И., Ахунова Г.Р.	24
СКВ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПО ВНЕШНИМ ПРИЗНАКАМ Баймухамедов Ч.Т.	25
КОМОРБИДНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ) Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Коротаева Т.В.	26
АНАЛИЗ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО РЕГИСТРА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА Башкинов Р.А., Мазуров В.И., Гайдукова И.З., Петрова М.С., Инамова О.В., Фонтуренко А.Ю.	27



ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРА НА ТЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА Башкова И.Б., Мадянов И.В., Мисько К.В.....	28
ФОРМИРОВАНИЕ ВНЕКЛЕТочНЫХ ЛОВУШЕК НЕЙТРОФИЛАМИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Мамус М.А., Спицина С.С., Трофименко А.С., Тихомирова Е.А.....	29
СИСТЕМНЫЙ ВАСКУЛИТ И ВРОЖДЕННАЯ АНГИОДИСПЛАЗИЯ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ) Белолипецкая Ю.Р., Максимов М.В.....	30
СУБПОПУЛЯЦИИ В-ЛИМФОЦИТОВ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Беневоленская С.С., Кудрявцев И.В., Серебрякова М.К., Григорьева И.Н., Будкова А.И., Заммеева Д.Б., Моторин Д.Б., Зарицкий А.Ю., Лапин С.В., Маслянский А.Л.....	32
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРОНЕГАТИВНЫМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ Благинина И.И., Блудова Н.Г., Реброва О.А., Былино В.В.....	33
АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ Богданов А.Н.....	34
АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ КАК ПРИЧИНА ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ОБСТРУКТИВНОГО АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Болдуева С.А., Феоктистова В.С., Хомуло А.Д., Леонова И.А.....	35
ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Болтабоев С.А., Азизов С.В., Азизова Р.И., Азизов Н.Н.....	37



ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Болтобаев С.А., Азизов С.В., Азизова Р.И., Азизов Н.Н.	38
ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ Василевский И.В.	39
ПРИМЕНЕНИЕ ДОЗИРОВАННОЙ, ФИЗИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ СПОНДИЛИТОМ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Карпухина Е.П., Барсукова Н.А., Сулова Е.Ю., Толстых Е.М.	40
ПАННИКУЛИТ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА Вельямидова Д.М.	42
ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Ветчинкина Е.А., Михайленко Д.С., Кузнецова Е.Б., Алексеева Е.А., Буре И.В., Немцова М.В.	43
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАБОТНИКОВ МЕТРОПОЛИТЕНА Волошина Н.И., Подберезкина Л.А., Абусева Г.Р.	44
ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ И РИСК ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5Д СТАДИИ Воронина А.А., Барышева О.Ю., Спасова А.П.	45
КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ РЕЦЕПТОРОВ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Герасимова Е.В., Мартынова А.В., Кириллова И.Г., Табаков Д.В.	47



ГАЗОПАРОТЕРМАЛЬНЫЕ ВАННЫ И АМПЛИПУЛЬСТЕРАПИЯ ПРИ ПОЯСНИЧНЫХ ДОРСОПАТИЯХ Гильмутдинова Л.Т., Исхакова Г.Р., Анищенко И.Х., Гильмутдинов Б.Р., Аллаярова Р.М.	48
МАНИФЕСТАЦИЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА Голоева Р.Г., Алекберова З.С.	49
КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Горбунова Ю.Н., Кондратьева Л.В., Попкова Т.В., Дёмин Н.В., Смирнов А.В., Насонов Е.Л., Лила А.М.	50
КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ПИРОФOSФАТНОМ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Горохова В.А., Носков С.М., Широкова Л.Ю., Шепеляева Л.С.	52
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНА АГРЕССИВНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Грехов Р.А.	53
ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САРКОПЕНИЕЙ Григорьева И.И., Раскина Т.А., Летаева М.В., Аверкиева Ю.В.	54
САРКОПЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ МУЖСКОГО ПОЛА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Григорьева И.И., Раскина Т.А., Летаева М.В., Аверкиева Ю.В.	56
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОТРЕКСАТА ПАРЕТНЕРАЛЬНО (ПОДКОЖНО) У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ СТАРШЕ 60 ЛЕТ Гриднева Г.И., Муравьев Ю.В., Аронова Е.С., Кудрявцева А.В.	57
КОНЦЕНТРАЦИЯ ПОЛИГЛУТАМАТОВ МЕТОТРЕКСАТА В МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТКАХ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Гриднева Г.И., Муравьев Ю.В., Аронова Е.С., Кудрявцева А.В., Сыгырта В.С., Баймеева Н.В.	58



НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ Гриднева Р.И., Зазулина О.В., Русановская И.Л., Стукалова Л.В.	59
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ОБОСТРЕНИЙ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОДАГРОЙ Громова М.А., Цурко В.В., Кисляк О.А., Малышева Н.В.	61
ОЦЕНИТЬ ЧАСТОТУ И СТРУКТУРУ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Джураева Э.Р., Зияева Ф.К., Арипова Н.А.	62
ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКА SARC-F ДЛЯ СКРИНИНГА САРКОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Добровольская О.В., Ефремова А.О., Аникина О.С., Козел А.Ю., Демин Н.В., Торопцова Н.В.	62
ОСТЕОПОРОЗ И САРКОПЕНИЯ И ИХ СВЯЗЬ С ВИТАМИНОМ D И ПОТРЕБЛЕНИЕМ КАЛЬЦИЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Добровольская О.В., Ефремова А.О., Демин Н.В., Черкасова М.В., Самаркина Е.Ю.	63
ЗНАЧЕНИЕ ТЕСТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ САРКОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Добровольская О.В., Ефремова А.О., Козел А.Ю., Колхидова З.А., Демин Н.В., Феклистов А.Ю., Торопцова Н.В.	64
СИНДРОМ ФЕЛТИ, ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ Евстигнеева Л.П.	66
СИНДРОМ ЛЕФГРЕНА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА Егорова О.Н., Белов Б.С.	66
ОСНОВЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-РЕВМАТОЛОГА Ермакова Ю.А.	67
ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ «OFF-LABEL» В РЕВМАТОЛОГИИ Ермакова Ю.А.	69



СОСТАВ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Ефремова А.О., Добровольская О.В., Демин Н.В., Торопцова Н.В.....	70
ДИНАМИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ (ОДНОГОДИЧНОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Ефремова А.О., Добровольская О.В., Демин Н.В., Торопцова Н.В.....	71
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ПОДАГРОЙ, ПОЛУЧАВШИХ КАНАКИНУМАБ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 5 ЛЕТНЕГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА Желябина О.В., Чикина М.Н., Новикова А.М., Ильиных Е.В., Елисеев М.С.....	72
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ «ПОРТРЕТ» ПАЦИЕНТА С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ КАК МОДЕЛЬ НЕКОМПЛАЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) Жигулина А.И., Тыренко В.В., Один В.И., Юдин В.А., Демьяненко Н.Ю.....	73
О ВОЗМОЖНОСТИ ПРЯМОГО АНАЛГЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА У ТОФАЦИТИНИБА. ДАННЫЕ РЕГИСТРА МЕРА Жиляев Е.В., Лукина Г.В., Кольцова Е.Н., Шмидт Е.И., Лыткина К.А.....	75
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ Зияева Ф.К., Джураева Э.Р.....	76
«НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ» ПАТОЛОГИИ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОГО СУСТАВА Извозчиков С.Б.....	77
СРАВНЕНИЕ НАЛИЧИЯ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ДЕПОНИРОВАНИЯ КРИСТАЛЛОВ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ И ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ МЕТОДОМ МСКТ Ильиных Е.В., Новикова Д.С., Маркелова Е.И., Корсакова Ю.О., Чикина М.Н., Новикова А.М., Желябина О.В., Елисеев М.С.....	78



АНАЛИЗ «БОЛЬШИХ ДАННЫХ» И ОБРАБОТКИ НЕСТРУКТУИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИИ (ПЛАТФОРМА SEMANTIC HUB) С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ПОДАГРОЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Ильиных Е.В., Чикина М.Н., Новикова А.М., Желябина О.В., Елисеев М.С.	79
ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ Исмоилов У.И., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.	81
ПРОЯВЛЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Исмоилов У.И., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.	82
ПРОЯВЛЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Исмоилов У.И., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.	83
АПРОБАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ДЕЗАДАПТОЗОВ И ОПРЕДЕЛЕНИИ НУЖДАЮЩИХСЯ ЛИЦ С ОСТЕОАРТРОЗОМ В МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ Ищук В.Н., Ищук Ю.В., Пронин В.Д.	84
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ХОНДРОПАТИЕЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Капустина Н.В., Смоленский А.В.	85
ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ И УЛЬТРАФОНОФЕРЕЗА ПРИ ГОНАРТРОЗАХ Карпова Е.С., Гильмутдинова Л.Т., Назарова Э.М., Салахов Э.М., Латыпов Ф.И., Карпов А.С.	86
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ – ПРЕДИКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Алексеева Л.И.	87
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА Кирсанов В.А., Кирсанов Д.В.	89



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОЛИГОАРТРИТА Кожевников А.Н., Поздеева Н.А., Никитин М.С., Новик Г.А.	90
ПОИСК ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ТАРГЕТНЫЕ СИНТЕТИЧЕСКИЕ БАЗИСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПО ДАННЫМ МОСКОВСКОГО ЕДИНОГО РЕГИСТРА АРТРИТОВ (МЕРА) Кольцова Е.Н., Лукина Г.В., Шмидт Е.И., Лыткина К.А., Жилиев Е.В.	92
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АБАТАЦЕПТОМ (АБЦ) РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (РА) Комаров В.Т., Носанова М.Н., Космачев В.В., Фролова И.В., Хичина Н.С., Филатова М.А.	93
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАЦЕРЕИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Комарова Е.Б., Белкина Г.А., Бешимова Р.К., Кукушкина В.А.	95
ОЖИРЕНИЕ И КАХЕКСИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Кондратьева Л.В., Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В.	96
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБЕРТЫВАНИЙ THALASSO BRETAGNE ПРИ КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ Коноплянкин И.В., Карпова Т.Н., Хозяинова С.С.	97
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ВТОРИЧНОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ВАСКУЛИТЕ В РАМКАХ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ Коценко Ю.И., Коценко В.П., Полторац А.П.	98
НЕДОСТАТКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАТСКОГО ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ Кричевская О.А., Гандалоева З.М., Глухова С.И., Дёмина А.Б., Дубинина Т.В.	99



ПРЕДИКТОРЫ АКТИВНОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ Кричевская О.А., Гандалоева З.М., Глухова С.И., Дёмина А.Б., Дубинина Т.В.	100
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЧЕТАНИЯ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ И ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ КОСТНОЙ ДЕСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Кудрявцева А.В., Лукина Г.В., Глухова С.И., Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Смирнов А.В.	101
УРОВЕНЬ В-КЛЕТОЧНОЙ ДЕПЛЕЦИИ В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОГО И АНТИДЕСТРУКТИВНОГО ЭФФЕКТОВ РИТУКСИМАБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Кудрявцева А.В., Лукина Г.В., Глухова С.И., Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Смирнов А.В.	102
КАК НЕ ПРОПУСТИТЬ СИСТЕМНУЮ КРАСНУЮ ВОЛЧАНКУ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Купреева А.Д., Кучинская Е.М., Сорокина Л.С., Дубко М.Ф., Мазинг А.В., Ткаченко О.А., Лапин С.В., Костик М.М.	103
РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Курыязова Ш.М., Худайназарова С.Р., Собирова Э.А.	104
ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ПАЦИЕНТКИ С АНЦА-СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Лаврищева Ю.В., Яковенко А.А.	105
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ 20-ЛЕТНЕГО МОНИТОРИРОВАНИЯ Левашова О.А., Левашов С.Ю.	106
КОМОРБИДНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ) Литвинова М.А., Муравьева Н.В., Белов Б.С.	108



АРТРИТ КАК МАСКА ДЕПРЕССИИ УТРАТЫ Лукашкова В.В., Решетова Т.В.....	109
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОАНАЛОГА РИТУКСИМАБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ МОСКОВСКОГО ЕДИНОГО РЕГИСТРА АРТРИТОВ (МЕРА) Лукина Г.В., Жияев Е.В., Кольцова Е.Н., Шмидт Е.И., Лыткина К.А.....	110
ДЕЙСТВИЕ ТАРГЕТНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА РАЗЛИЧНЫЕ ДОМЕНЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА, ДАННЫЕ РЕГИСТРА МЕРА Лыткина К.А., Шмидт Е.И., Лукина Г.В., Кольцов Е.Н., Жияев Е.В.....	111
ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ, КАК ПРЕДИКТОР НЕСОБЛЮДЕНИЯ ГРАФИКА ВАКЦИНАЦИЙ, РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Любимова Н.А., Фридман И.В., Голева О.В., Харит С.М., Костик М.М.....	113
САРКОПЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Мазуренко С.О., Грузманов А.К.....	114
К ВОПРОСУ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Майко О.Ю.....	115
В-КЛЕТОЧНАЯ АКТИВАЦИЯ И АНТИ-В-КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ Мамасаидов А.Т., Кулчинова Г.А., Мамасаидов Ф.А.....	116
В-КЛЕТОЧНАЯ АКТИВАЦИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ БРОНХИОЛИТЕ И ГЕПАТИТЕ И РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ Мамасаидов А.Т., Салиева Р.Ш., Абдурашитова Д.И., Ирисов А.П., Сакибаев К.Ш., Эшбаева Ч.А., Мамасаидов Ф.А.....	117
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ Маркелова Е.И., Елисеев М.С., Ильиных Е.В., Попкова Т.В., Глухова С.И.....	118



ОЦЕНКА ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МЕМБРАНЫ У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Марченко В.Н., Катюхин Л.Н., Давыдов Д.А.....	119
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАЦЕРЕИНА У ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ Маслинская Л.Н.....	121
ИЗУЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА КАРТ-ИЗВЕЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Егорова Е.А., Коняева Е.И.....	122
МОЖЕТ ЛИ ПОМОЧЬ NIJMEGEN SCORE В ДИАГНОСТИКЕ СЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ ДЕБЮТИРУЮЩЕЙ ПОДАГРЫ? Михневич Э.А., Хомец Д.О., Павлович Т.П.....	123
АКТИВНОСТЬ КСАНТИНОКСИДАЗЫ И КСАНТИНДЕГИДРОГЕНАЗЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЭНЗИМНЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Трофименко А.С., Тихомирова Е.А., Мамус М.А., Спицина С.С.....	125
РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С CHLAMYDIA TRACHOMATIS, CHLAMYDIA PNEUMONIAE: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ Мороз О.К., Сиротко О.В., Литвяков А.М.....	126
ДИАГНОСТИКА СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: ОДНА МИШЕНЬ – РАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ) Морозова К.П., Максимов М.В.....	127
ПРИМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТНОШЕНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ И ТРОМБОЦИТОВ К ЛИМФОЦИТАМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Муравьев Ю.В., Лебедева В.В., Глухова С.И., Литвинова М.А., Головина О.А., Вознюк К.О., Седельникова М.А.....	129



ИММУНОГЕННОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ) Муравьева Н.В., Белов Б.С., Черкасова М.В., Лукина Г.В., Коротаева Т.В.	130
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСИСТЕМНОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ Никитин А.В.	131
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Никитина Н.М., Егорова Е.В.	132
ОЦЕНКА УРОВНЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С БДПК В СРАВНЕНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ПОДАГРОЙ, АНАЛИЗ ЕГО КОЛЕБАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСПОЛЪЗУЕМОЙ ШКАЛЫ ДЛЯ РАСЧЕТА: АТР III И REYNOLDS RISK SCORE Новикова А.М., Желябина О.В., Герасимова Е.В., Ильиных Е.В., Чикина М.Н., Елисеев М.С.	133
PRP-ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА Носивец Д.С.	134
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ОСТЕОАТРОПАТИИ Нутрихина Н.Н., Обухова И.В., Зверева О.Н., Осипова Е.А., Сивкова М.А.	136
ГИДРОФИЛЬНАЯ ЦЕЛЛУЛАЛГИЯ В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА Нутрихина Н.Н., Осипова Е.А., Зверева О.Н.	137
СИНДРОМ СУХОГО ГЛАЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ (ЛИТОБЗОР) Образцова М.Р.	138
ПЕРЕДНИЙ УВЕИТ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА (ЛИТОБЗОР) Образцова М.Р.	139



ФОРМУЛА ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Десинова О.В., Шаяхметова Р.У., Старовойтова М.Н.	140
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ШКАЛ ОЦЕНКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ, ЗА ГОДОВОЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У., Ананьева Л.П., Десинова О.В., Старовойтова М.Н.	141
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА Один В.И., Дворовкин А.Э.	143
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО КЛАССУ «БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ» Орлова Е.А., Гречухин А.И., Абдуллаев М.А.	143
ВОЗМОЖНЫЕ ИСТОЧНИКИ БОЛИ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИОМ Пальгужева А.Ю., Литвяков А.М.	145
КЛИНИЧЕСКАЯ И УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕЗИТОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И ПСОРИАЗОМ Петров А.В., Притуло О.А., Петров А.А., Соколова Л.В.	146
ОТМЕНА ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЕСЛИ МАВР СДЕЛАЛ СВОЕ ДЕЛО, МОЖЕТ ЛИ МАВР УЙТИ? Петров А.В., Фурсова В.А., Шевнина Я.О., Гаффарова А.С.	147
ДОРСАЛГИЯ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА ВИТАМИНОМ D Пикуза А.В., Нуруллин Ш.Н.	148



НАСКОЛЬКО ЭФФЕКТИВНА ОБЕЗБОЛИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ? ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПАС (КАЧЕСТВО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПО МНЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТРИТОМ И БОЛЬЮ В СПИНЕ) Погожева Е.Ю., Каратеев А.Е., Амирджанова В.Н.	149
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С МЫШЕЧНОЙ СИЛОЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА Раскина Т.А., Аверкиева Ю.В., Усова Е.В., Григорьева И.И.	151
ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА Раскина Т.А., Аверкиева Ю.В., Усова Е.В., Малышенко О.С.	152
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОПОРОЗОМ Ризамухамедова М.З.	154
ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕНИЙ АР-РАЗИ И ИБН СИНЫ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ АРТРОЛОГИИ Ризамухамедова М.З.	155
АССОЦИАЦИЯ ПОДАГРЫ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК Ротару Л.А.	156
ОБЪЕКТИВНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ: КАК МЕНЯЕТСЯ КЛИРЕНС КРЕАТИНИНА У БОЛЬНЫХ С АРТРИТАМИ, ПРИНИМАЮЩИХ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ Руденко И.Б., Казакова И.А.	157
ВТОРИЧНЫЙ АА-АМИЛОИДОЗ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ Румянцева Д.Г., Агафонова Е.М., Красненко С.О., Подряднова М.В., Старкова А.С., Урумова М.М., Эрдес Ш.	158
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ Сагитова Э.Р., Сизова Л.В.	159



НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Садыкова Г.А., Абдуллаев А.Х., Алиахунова М.Ю., Арипов Б.С., Раимкулова Н.Р., Асадов Н.З.	160
ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ СТАРЕНИИ. ФОКУС НА САРКОПЕНИЮ Сафонова Ю.А., Инамова О.В.	162
ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ ЦИТОКИНОВ ПРИ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Сахин В.Т., Крюков Е.В., Григорьев М.А., Сотников А.В., Гордиенко А.В., Носович Д.В., Казаков С.П., Рукавицын О.А.	163
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОАРТРИТА Свинцицкая И.С., Волков К.Ю., Тыренко В.В.	164
ГЛОБАЛЬНЫЙ ТЕСТ ИССЛЕДОВАНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ТРОМБОДИНАМИКА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ Середавкина Н.В., Решетняк Т.М., Лиля А.М.	166
АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Сибиркина М.В., Омонова З.Т., Камолова М.А., Садикова А.С.	167
ОБОСТРЕНИЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ИЛИ COVID-19 ИНФЕКЦИЯ НА ФОНЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА: ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ Сиротко О.В., Мороз О.К., Сиротко В.В., Литвяков А.М.	168
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА УЛЬТРАЗВУКОВЫМ МЕТОДОМ Сиротко О.В., Мороз О.К., Сиротко В.В., Литвяков А.М.	170
ВОПРОС ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ Сиротко О.В., Мороз О.К., Сиротко В.В., Литвяков А.М.	172



ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ ВСЛЕДСТВИЕ РЕСТЕНОЗА ИЛИ ТРОМБОЗА КОРОНАРНОГО СТЕНТА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ Скопец И.С., Везикова Н.Н., Барышева О.Ю., Малыгин А.Н., Топчиева Л.В., Исправникова А.А.	174
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ СИСТЕМНЫХ И СУСТАВНЫХ ФОРМАХ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Сорокина Л.С., Аврусин И.С., Раупов Р.К., Гарипова Н.Т., Карабахян М.М., Хрыпов С.В., Исупова Е.А., Гайдар Е.В., Чикова И.А., Дубко М.Ф., Масалова В.В., Лихачева Т.С., Снегирева Л.С., Костик М.М.	176
СИСТЕМНАЯ КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ФАКТОР РИСКА КОКСАРТРОЗА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ АРТРИТЕ Сорокина Л.С., Аврусин И.С., Раупов Р.К., Гарипова Н.Т., Карабахян М.М., Хрыпов С.В., Исупова Е.А., Гайдар Е.В., Чикова И.А., Дубко М.Ф., Масалова В.В., Лихачева Т.С., Снегирева Л.С., Костик М.М.	177
СПЕКТР ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ Спиваковская А.Ю., Спиваковский Ю.М., Черненко Ю.В.	178
ДИСЛИПИДЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ Спицина С.С., Шилова Л.Н., Трофименко А.С., Мозговая Е.Э., Бедина С.А.	179
ПРИЧИНЫ ОТМЕНЫ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С РЕФРАКТЕРНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Сыгырта В.С., Глухова С.И., Аронова Е.С., Сатыбалдыев А.М., Лиля А.М.	180
ГИПОВИТАМИНОЗ D У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРОЯТНЫМ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ Талако Т.М.	182



ЧАСТОТА ВНЕКИШЕЧНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ Тарасова Д.Д., Шилова Л.Н., Феоктистова А.В.....	183
РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Толстокорова Ю.А., Чернова А.А., Никулина С.Ю.....	184
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА I/D ГЕНА CCR5 В РЕАЛИЗАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Толстокорова Ю.А., Чернова А.А., Никулина С.Ю.....	185
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА rs11697325 ГЕНА MMP9 В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Толстокорова Ю.А., Чернова А.А., Никулина С.Ю.....	186
ГИПЕРУРИКЕМИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ Тополянская С.В.....	187
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ АРТРИТОМ Трофимов Е.А., Мазуров В.И.....	189
МЕСТО ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ В СТРУКТУРЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ Трофимов Е.А., Мазуров В.И.....	191
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ДО, В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ Трофимов Е.А., Мазуров В.И.....	192
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСПЕРГИРОВАННОГО БИОМАТЕРИАЛА «АЛЛОПЛАНТ» ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА Уразбахтин Р.К., Кильдебеква Р.Н., Кайбышев В.Т., Аллаярова Р.М.....	195
ОСОБЕННОСТИ ВНЕКИШЕЧНЫХ-СУСТАВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Ахмедов М.А., Хусанов А.М.....	196



ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА СРЕДИ РАБОТНИКОВ АКЦИОНЕРНОЙ КОМПАНИИ Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Моторина Т.В.....	197
СТРУКТУРА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ И ЕЕ СВЯЗЬ С КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Файрушина И.Ф., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И., Мухаметшина Э.И.....	198
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Файрушина И.Ф., Кириллова Э.Р., Абдулганиева Д.И., Сухорукова Е.В.....	199
ОСОБЕННОСТИ ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ И ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ Федорович С.Е.....	200
ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИЗКОЙ МЫШЕЧНОЙ МАССОЙ, У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Феклистов А.Ю., Добровольская О.В., Демин Н.В., Колхидова З.А., Козел А.Ю., Бобкова О.Р., Торопцова Н.В.....	202
РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕНСИТИЗАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СУСТАВНОЙ БОЛИ Филатова Е.С., Лиля А.М.....	203
КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ СТОПЫ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ВИЗУАЛИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПОДОМЕТРИИ Финоженко В.Г., Долгалева А.А., Инамова О.В., Гайдукова И.З.....	204
ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ ПО ДАННЫМ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОРОДСКОГО РЕГИСТРА ПОДАГРЫ И ГИПЕРУРИКЕМИИ ЗА 1997-2020 ГОДЫ Фонтуренко А.Ю., Гайдукова И.З., Петрова М.С., Инамова О.В., Мазуров В.И.....	205



ГЕМОФАГОЦИТАРНЫЙ СИНДРОМ, РАЗВИВШИЙСЯ НА ФОНЕ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА Халидуллина О.Ю., Баштакова Е.А., Ушакова С.А., Степанова Л.Ю., Исмагуллин Ф.У., Перфилова О.В., Ханипова Л.В.	206
РОЛЬ КИНЕЗИОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СУСТАВОВ Хозяинова С.С., Абусева Г.Р., Адхамов Б.М., Иващев В.В.	208
ПЕРЕЛОМЫ У МУЖЧИН СТАРШЕ 45 ЛЕТ: МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА Храмцова Н.А., Орлова Е.Ю.	209
ВЫБОР НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ПОЗИЦИИ СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ Хрипунова И.Г.	210
ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА У ДЕТЕЙ Худайназарова С.Р., Курьязова Ш.М.	212
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УВЕИТА DE-NOVO У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Чахалян М.И., Гайдар Е.В., Исупова Е.А., Чикова И., Дубко М.Ф., Масалова В.В., Лихачева Т., Сантимов А.В., Никитина Т.Н., Снегирева Л.С., Костик М.М.	213
РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА ХОНДРОЦИТОВ В РАЗРУШЕНИИ СУСТАВНОГО ХРЯЩА И ПОДДЕРЖАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ Четина Е.В., Маркова Г.А., Нарышкин Е.А., Макаров С.А.	214
ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИСТУПОВ АРТРИТА ПРИ ИНИЦИАЦИИ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ Чикина М.Н., Желябина О.В., Ильиных Е.В., Новикова А.М., Елисеев М.С.	215



ФОРМА ОБУЧЕНИЯ И ПРОФОРИЕНТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ВОЗРАСТА 16-17 ЛЕТ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Шелепина Т.А.....	216
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ Шишкин А.Н., Николаева А.А., Смирнова И.О., Гураченкова К.А.....	218
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СМЕНЫ ТАРГЕТНОЙ ИММУНОСУПРЕССОРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ЭТАНЕРЦЕПТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Шмидт Е.И., Жилиев Е.В., Кольцова Е.Н., Лукина Г.В., Лыткина К.А.....	219
КРИОГЛОБУЛИНЕМИЯ – КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С-АССОЦИИРОВАННЫМ АРТРИТОМ Шукурова Ф.Н.....	220
РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГЕНОТИПОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В УЗБЕКИСТАНЕ И ИХ КОРРЕЛЯЦИЯ С ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С Шукурова Ф.Н., Парпибаева Д.А., Каримов М.Ш.....	221
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ИМЕЮЩИХ И НЕ ИМЕЮЩИХ АНЕМИЮ Щербаков Г.И.....	222
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И СТАДИИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ Юдин В.А., Один В.И., Жигулина А.И., Кувшинников А.В., Инамова О.В., Тырленко В.В.....	223
МЕТОД ВИДЕОКАПИЛЛЯРОСКОПИИ В ОЦЕНКЕ СОСУДИСТЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Юдкина Н.Н., Волков А.В.....	224



РАННИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ С ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ Юлдашева Ш., Абдуразакова З.К., Ташметова Б.Р.	225
ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА ERAP1 И ДИСБАЛАНСА ZN В ОРГАНИЗМЕ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ Якубова У.А., Бугрова О.В.	226