



ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ДНИ РЕВМАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ – 2024

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

17-18 октября 2024
Санкт-Петербург



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Правительство Санкт-Петербурга
Санкт-Петербургское отделение РАН
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Ассоциация ревматологов России
Российское научное медицинское общество терапевтов
Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова
Клиническая ревматологическая больница №25
Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга»
Санкт-Петербургский Альянс ревматологов и пациентов
Санкт-Петербургская общественная организация «Человек и его здоровье»



ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ДНИ РЕВМАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ – 2024

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

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

17-18 октября 2024
Санкт-Петербург

Научное издание

Всероссийский конгресс с международным участием
ДНИ РЕВМАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ – 2024

Сборник тезисов: / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И.,
профессора Трофимова Е.А.
СПб.: 2024. – 234 с.

Рецензент: Тыренко В.В.

д.м.н., профессор, начальник кафедры и клиники факультетской терапии
им. С.П. Боткина Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

Подготовлено на основе материалов, присланных авторами.

Редакция не несет ответственности за содержание опубликованной информации.

ISBN 978-5-6051524-3-9



ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СОЧЕТАНИИ ОСТЕОАРТРОЗА И ОСТЕОПОРОЗА

Абдуазизова Н.Х., Алиева К.К., Норкулова М.Т.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Обоснование. Остеоартрит (ОА) и осложнения остеопороза (ОП) приводят к значительной функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата, а их сочетание усиливает это состояние. В связи с этим в последнее время отмечается интерес к изучению коморбидности ОА и ОП.

Цель. Выявить особенности поражения суставов у женщин с сочетанием остеоартроза и остеопороза.

Материалы и методы. Обследовано 46 пациенток с сочетанием остеоартроза и остеопороза в возрасте $62,5 \pm 3,8$ лет и 60 пациенток с ОА, средний возраст которых составил $61,5 \pm 2,6$ лет. Исследуемым пациенткам было проведено клиническое, рентгенологическое исследование, денситометрия.

Результаты и обсуждение. Нами выявлено, что у женщин с коморбидностью ОА и ОП достоверно чаще встречается сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов (в 34,1% и 1,6% случаев соответственно, $p \leq 0,001$), а также сочетанное поражение коленных суставов и мелких суставов кистей (23,5% и 17,2%, $p \leq 0,005$). В тоже время, у пациентов с ОА достоверно чаще встречается изолированное поражение коленных суставов (в 30,3% и 5,9% случаев соответственно, $p \leq 0,01$) и поражение коленных суставов в сочетании с I плюсне-фаланговым суставом (26,2% и 7,1%, $p \leq 0,05$). В группе с коморбидностью ОА и ОП достоверно чаще регистрировалась III рентгенологическая стадия.

Выводы. У женщин с коморбидностью ОА и ОП чаще встречается сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов, коленных суставов и мелких суставов кистей, а у женщин с ОА – изолированное поражение коленных суставов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ

Абдуллаев А.Х.¹, Аляви Б.А.¹, Раимкулова Н.Р.²,
Нуриддинова С.К.¹, Расулев Ё.Э.², Хан Т.А.¹

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

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценка эффективности комплексного подхода к реабилитации пациентов с метаболическим фенотипом остеоартрита (ОА).



Материалы и методы исследования. В исследование включили 36 пациентов с ОА (средний возраст 54,2±5,4 года) и метаболическим синдромом (МС). Комбинированный хондропротектор назначали – по 1 каплетте 1 раз в день, в течение 3 месяцев (10 дней в стационаре и далее – в амбулаторных условиях). Для купирования болевого синдрома во время пребывания в стационаре пациентам назначали получали нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) диклофенак натрия. Комплекс реабилитации включал массаж, ЛФК, способствующие укреплению мышц, улучшению подвижности суставов. Особое внимание уделяли поддержке нормального веса и устранению других факторов риска ОА и МС. Исходно и в конце исследования изучали общие и биохимические анализы крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), аланин- и аспартатаминотрансферазу (АЛТ, АСТ), общий билирубин, креатинин, С-реактивный белок (СРБ)). Эффективность лечения оценивали по интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ – 100 мм); объему движений; мышечно-тоническим проявлениям; оценке пациентами болевых ощущений. Обследования включали оценку функциональной активности по НАQ и оценку тяжести ОА по индексу Лекена в 1-й день, 10-й день, 60-й день исследования. СРБ до лечения и после пройденного курса лечения.

Результаты. В первый день обследования интенсивность боли по ВАШ составил в среднем 61,2±6,17 мм, на 10-й день интенсивность боли уменьшилась вдвое и составила 29,40±3,5 мм ($p<0,05$), на 60-й день интенсивность боли уменьшилась до уровня незначительной, что соответствовало 18,40±2,1 мм ($p<0,05$). Утренняя скованность в начале исследования составила 5,1±1,1 мин, сократившись вдвое на 10-й день, и сохранялась практически на том же уровне до 40-го дня исследования: 2,1±0,6 и 1,75±0,75 мин, соответственно ($p<0,05$) и почти у всех больных прошла к концу наблюдения. Оценка функциональной активности проводилась по опроснику НАQ, включающего в себя 20 вопросов (вставание, прием пищи, прогулки, гигиену, достижимый радиус действия, силу кистей и прочие виды деятельности) по 3 балльной системе, от 0 – без затруднений до 3 – когда пациент не может выполнить данное действие. В 1-й день функциональная активность пациентов составила 9,85±0,67 баллов, на 10-й день и на 90-й дни функциональная активность была 3,15±0,42 и 2,10±0,26 баллов, соответственно ($p<0,05$).

Для анализа степени функциональной способности суставов применяли альгофункциональный индекс Лекена, позволяющий оценить тяжесть ОА по ряду показателей (боль, утренняя скованность, функциональная активность, по балльной системе). Средний балл в 1-й день исследования составил 9,45±0,58, что соответствует выраженной степени тяжести ОА, на 10-й день – 2,75±0,35 баллов, что свидетельствует о снижении тяжести до слабой ($p<0,05$), и данное состояние сохранилось до 90-го дня исследования, 2,5±0,25 ($p<0,05$). После 10 дневного лечения в стационаре только 6 (21,4%) пациентов продолжали применять НПВП наружно, у 23 (78,6%) необходимости в применении НПВП не было. Показатели общего и биохимического анализов крови не претерпели значительных изменений на 1-й и 90-й дни ($p<0,05$), что свидетельствует о безопасности хондропротектора в состав которого входят глюкозамина гидрохлорид, хондроитина сульфат, кальций, магний, витамины С, D и К, цинк, медь, бор, и марганец. Эти природные соединения стимулируют иммунитет и синтез кол-



лагена, участвуют в процессах энергообразования, синтезе костей и соединительной ткани, восстанавливают поврежденные клетки соединительной ткани, повышают их эластичность, улучшают кровоснабжение суставов и тканей, стимулируют иммунитет. В ходе клинического испытания 2 пациента (7,1%) отметили неприятный вкус препарата. Побочных эффектов зарегистрировано не было. С целью замедления прогрессирования дегенеративных процессов целесообразно включение в терапию у таких больных препаратов из группы хондропротекторов.

Выводы. Представленные клинические исследования хондропротектора у пациентов с метаболическим фенотипом ОА показывают эффективность и необходимо начинать лечение этой категории пациентов хондропротекторами уже при первых симптомах заболевания. Такая терапия должна быть длительной с учетом ее безопасности и снижения риска развития осложнений. Поддержание активного образа жизни и нормального веса способствуют снижению симптомов и прогрессирования заболевания.

О КОМОРБИДНОМ ФОНЕ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

**Абдуллаев А.Х.¹, Аляви Б.А.¹, Нуритдинова С.¹, Расулев Ё.Э.²,
Хан Т.А.¹, Ачилова Ж.Г.¹, Утемуратов Б.Б.¹**

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

²Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение некоторых показателей воспаления, липидов и состояния сосудистой стенки у больных ревматоидным артритом (РА) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС).

Материал и методы. В исследование включили больных РА (42 пациента в возрасте от 26 до 50 лет) с АГ и МС (индекс массы тела в пределах 27-32), нарушениями углеводного, липидного, пуринового обмена и АГ – 150/94-178/103). Изучали липиды (холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) и низкой плотности (ХСЛПНП), маркеры воспаления (С-реактивный белок (СРБ), интерлейкины – 6, 1, 10 (ИЛ-6,1,10), фактор некроза опухоли- α (ФНО α)). Проводили доплеровское исследование сосудов, мониторинг артериального давления (АД), Узи-исследование почек, денситометрия.

Результаты. Выявлена высокая частота кардиоваскулярных заболеваний у пациентов с РА (60,4% – АГ, 30,2% – другие кардиоваскулярные осложнения). Воспаление сосудистой стенки снижает ее эластичность независимо от уровня АД. У пациентов с РА ухудшается эндотелиальная функция и уменьшается эластичность сосудов. При этом наиболее важный и решающий вклад оказывают показатели воспаления, особенно СРБ. АГ у пациентов с РА ассоциировалась с субклиническими и клини-



ческими проявлениями атеросклероза сонных артерий. АГ выявлена у 18 больных РА без клинических проявлений МС. Выявление АГ и ее частота зависела от продолжительности РА. У большинства больных РА с АГ уже в начале болезни выявляются атерогенная дислипидемия, утолщение комплекса интима-медия сонных артерий, эндотелиальная дисфункция (ЭД). Сочетание с эссенциальной АГ сопровождалось более высокими показателями СРБ, ИЛ-6 и ФНО α . На развитие РА влияли факторы, связанные с самим заболеванием (длительность и тяжесть РА, повышение уровней воспалительных маркеров). Течение РА, повышение АД имели тесную связь не только с хроническим воспалением и аутоиммунным процессом, но и с метаболическими нарушениями. Выявлена важная роль между степенью системного воспалительного процесса и показателями липидного обмена при РА. Отмечена тенденция корреляции между уровнем СРБ, провоспалительных цитокинов и вероятностью развития и прогрессии дислипидемии. Наблюдали увеличение значения ХС, ХСЛПНП и ТГ, а также снижение ХСЛПВП. 54,8% пациентов с зафиксированными ранними стадиями ревматоидного артрита имели то или иное нарушение липидного обмена. Длительный прием нестероидных противовоспалительных средств сопровождался негативными изменениями суточного АД и увеличением числа пациентов нон-дипперов. Установлена тесная связь между уровнем АД, его вариабельностью в течение суток и концентрацией изученных показателей воспаления. Повышение уровня АД и метаболические нарушения, особенно липидного обмена, усиливают механическое повреждение не только стенки артерий, способствует быстрому развитию ЭД, но также оказывают неблагоприятное влияние и на суставы. Фактором, отягощающим коморбидный фон при РА, является остеопороз, который увеличивает частоту патологических переломов в два раза. Сочетание заболеваний определяет появление специфических особенности в течении, патогенезе и клинической картине как АГ, так и РА, а МС требует выработки своевременной и адекватной тактики лечения этой категории пациентов. Еще одним фактором, существенно отягощающим коморбидный фон пациентов с ревматоидным артритом, является остеопороз. Он выявлен у 57% обследованных. РА является частым фоном для развития почечной патологии (до 84,7%) пациентов с системным ревматологическим поражением имеет то или иное поражение почек. Данные особенности обусловлены несколькими факторами: традиционные факторы риска (артериальная гипертензия, сахарный диабет, курение, абдоминальное ожирение и т.д.), хроническим процессом системного воспаления, нежелательными явлениями терапии ревматических заболеваний (терапия глюкокортикоидами, нестероидными и базисными противовоспалительными препаратами).

Выводы. Пациенты с РА в 80% подвержены высокому риску развития одного или нескольких коморбидных состояний. Коморбидный фон – важный аспект наблюдения и коррекции у больных с РА, в виду своего значительного влияния на протекающие заболевания и его исход. Своевременная коррекция нарушений у больных РА в сочетании с АГ на фоне МС является одним из основных компонентов профилактики и лечения кардиоваскулярных осложнений у этой категории больных. Информация может быть использована ревматологами для оптимизации стратегии управления РА и риском коморбидных состояний.



ОСОБЕННОСТИ СУБПОПУЛЯЦИИ CD28 Т-КЛЕТОК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Аболёшина А.В.¹, Алексанкин А.П.^{1,2,3}, Авдеева А.С.¹,
Зоткин Е.Г.¹, Мовсесян А.А.¹, Молова К.М.¹, Макоева М.А.¹

¹НИИР им. В.А. Насоновой,

²НИИМЧ им. акад. А.П. Авцына,

³РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского,

Москва

Введение. Заболеваемость ревматоидным артритом (РА) в пожилом возрасте увеличивается, а средний возраст начала РА изменился с 50 до 60 лет. РА, дебютировавший в пожилом возрасте, отличается от такового в более раннем возрасте характером начала, активностью заболевания, тяжестью течения, ответом на терапию и исходами. Эти данные послужили основанием предположить наличие особого фенотипа РА с поздним дебютом. Врожденная и адаптивная иммунная система пациентов с РА подвергается ускоренному и преждевременному старению, при этом его признаки проявляются уже на ранних стадиях заболевания и не зависят от длительности болезни. Одним из множества факторов, которые способствуют возрастным изменениям Т-клеток у человека, является потеря экспрессии CD28, который играет важную роль в механизме иммунологической толерантности, пролиферации и выживании Т-клеток. Изучение CD28- Т-клеток необходимо для разработки методов предотвращения иммунного старения у пожилых людей.

Цель исследования. Изучить субпопуляции CD28 Т-клеток периферической крови у пациентов с ревматоидным артритом с началом болезни в пожилом возрасте методом проточной цитометрии.

Материалы и методы. В исследование включено 100 пациентов с достоверным диагнозом РА (согласно критериям ACR/EULAR 2010): средний возраст 60 [38,0; 68,0] лет, длительность заболевания 1,3 [1; 2,0] года. Также было включено 20 здоровых доноров, сопоставимых с пациентами по полу и возрасту. Для определения CD8+CD28[±] Т-клеток использовались готовые коммерческие наборы мышиных моноклональных антител: CD4-FITC, CD28-PE, CD3-PerCP/Cyanine5.5, CD8a-PE/Cyanine7, CD45-APC (Elabscience Bionovation Inc., Китай).

Результаты. Сравнительный анализ здоровых доноров и пациентов с РА выявил достоверные отличия между процентным количеством (ПК) CD8+CD28- и ПК CD8+CD28+ (* p < 0,05). Анализ доноров и пациентов с РА старше 60 лет выявил достоверные отличия между ПК и абс. значением CD8+CD28- и ПК и абс. значением CD8+CD28+ (**p < 0,05). Анализ пациентов с РА до 60 лет и старше 60 лет выявил достоверные отличия между ПК и абс. значением CD8+CD28- и ПК и абс. значением CD8+CD28+ (***) p < 0,05).

Выводы. Уровень CD8+CD28[±] Т-клеток был выше у пациентов с РА, что подчеркивает роль данной субпопуляции на ранних стадиях заболевания. Была выявлена



прямая зависимость количества CD8+CD28- Т-клеток от возраста пациента, что может свидетельствовать о потенциально ускоренном иммунном старении у пациентов с РА.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА -174 G/C (RS1800795) ГЕНА IL6 С ВОЗРАСТОМ ДЕБЮТА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Аболёшина А.В., Гусева И.А., Демидова Н.В., Самаркина Е.Ю.,
Зоткин Е.Г., Мовсесян А.А., Молова К.М., Макоева М.А.
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Интерлейкин 6 – важнейший цитокин с плеiotропным механизмом действия, играющий значительную роль в патогенезе воспалительных, в частности, аутоиммунных заболеваний. Функциональный полиморфизм гена IL6 -174 G/C (rs1800795) в ряде исследований ассоциирован либо с развитием ювенильного идиопатического артрита, либо с возрастом дебюта ревматоидного артрита (РА) у пациентов старше 18 лет. Развитие заболевания в позднем возрасте (старше 60 лет) сопровождается клинико-иммунологическими особенностями по сравнению с более ранним дебютом РА (до 45 лет).

Цель исследования. Изучить ассоциацию полиморфизма -174 G/C (rs1800795) гена IL6 с возрастом дебюта ревматоидного артрита.

Материалы и методы. В исследование включены 174 пациента с РА, которые составили 2 подгруппы: с дебютом болезни от 18 до 45 лет включительно – 99 пациентов и с дебютом в 60 лет и старше – 75 пациентов. Контрольной группой служили образцы ДНК 301 здорового донора крови без аутоиммунных заболеваний. У всех пациентов при поступлении в клинику были взяты образцы венозной крови в пробирки с K2ЭДТА и хранились в замороженном виде при -70°C до момента выделения ДНК и проведения генотипирования. Генотипирование выполнено методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с использованием оригинальных сиквенс-специфических праймеров и проб, меченных различными флюоресцентными метками (производитель - НПК «Синтол»).

Результаты. Распределение генотипов полиморфизма гена IL6 было следующим: генотип GG наблюдался в подгруппе 1 – у 37 (37,4%) человек, в подгруппе 2 – у 26 (34,7%), в контрольной группе – у 85 (28,3%); генотип GC в подгруппе 1 – у 49 (49,5%), в подгруппе 2 – у 25 (33,3%), в контрольной группе – у 162 (53,8%) человек; генотип CC в подгруппе 1 – у 13 (13,1%), в подгруппе 2 – у 24 (32,0%), в контрольной группе – у 54 (17,9%) человек. Распределение аллелей полиморфизма гена IL6: аллель G в подгруппе 1 наблюдался у 123 (62,1%) человек, в подгруппе 2 – у 77 (51,3%), в контрольной группе – у 332 (55,1%); аллель C в подгруппе 1 – у 75 (37,9%), в подгруппе 2 – у 73 (48,7%), в контрольной группе – у 270 человек (44,9%).



Распределение генотипов CC, CG и GG статистически значимо различалось в двух подгруппах пациентов ($p=0,01$), причем минорный генотип CC чаще выявлялся в подгруппе пациентов с дебютом ≥ 60 лет по сравнению с пациентами с дебютом ≤ 45 лет (32,0% и 13,1% vs 68,0% и 86,9% $p=0,003$). При сравнении с контрольной группой у больных РА, носителей генотипа CC, риск развития заболевания в возрасте 60 лет и старше был выше в 2 раза по сравнению с носителями генотипов GG+GC (OR=2,15 [1,17; 3,94], $p=0,01$).

Заключение. В результате проведенного исследования выявлена статистически значимая взаимосвязь полиморфизма гена IL6 с возрастом дебюта РА. Минорный генотип CC ассоциирован с поздним дебютом РА в возрасте 60 лет и старше.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ С РЕЗУЛЬТАТАМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

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

Введение. Воспаление тазобедренных суставов (ТБС) или коксит может привести к ранней потере трудоспособности у пациентов с аксиальным спондилоартритом (аксСпА).

Цель исследования. Сравнить, как меняется клиническая картина коксита и данные рентгенологического исследования ТБС у пациентов с аксСпА.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 62 пациента с диагнозом аксСпА согласно критериям ASAS 2009, которые наблюдались не менее двух лет. Диагноз коксита ставили на основе клинических признаков: боли в паховой области и/или ограничения движения в ТБС. Средний возраст участников составил $29,2 \pm 6,4$ года, средняя длительность болезни – $23,8 \pm 16,2$ месяца. У 92% пациентов был положительный результат теста на HLA-B27.

Результаты. В начале наблюдения у 35 из 62 пациентов (56%) были выявлены клинические признаки коксита, а через два года активного наблюдения – у 13 (21%). На момент включения в исследование у одного пациента из 62 (2%) был выявлен рентгенологический коксит (BASRI hip ≥ 2). За время наблюдения количество пациентов с рентгенологическим кокситом составило 13 человек (21%), а рентгенологическое прогрессирование в тазобедренных суставах было обнаружено у 23 пациентов (37%). Из 35 пациентов, которые изначально отмечали боль в ТБС, у 16 человек в течение 24 месяцев наблюдалось рентгенологическое прогрессирование коксита. Через год наблюдения боль в тазобедренном суставе сохранялась только у семи человек, а спустя 24 месяца болевые ощущения отмечались лишь у четырех.



У семи из 27 пациентов, не испытывавших боли в области ТБС на момент начала исследования, было выявлено развитие и прогрессирование коксита по данным рентгенологического исследования.

Заключение. У половины пациентов с ранним аксиальным спондилоартритом (аксСпА) выявляются клинические признаки поражения тазобедренных суставов (ТБС). В половине случаев болевой синдром в ТБС при аксСпА сопровождается рентгенологическим прогрессированием, а у 12% пациентов оно протекает без симптомов.

СЛУЧАЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И ТУБЕРОЗНЫМ СКЛЕРОЗОМ, ИЛИ БОЛЕЗНЬЮ БУРНЕВИЛЛЯ-ПРИНГЛА

Акулинушкина Е.Ю.

Республиканский клинико-диагностический центр,
г. Ижевск

Обоснование. Туберозный склероз (ТС), или болезнь Бурневилля-Прингла является тяжелым наследственным факотомозом с аутосомно-доминантным типом наследования, для которого характерно развитие туберов с поражением кожных покровов, нервной системы, внутренних органов, различных тканей. Наиболее частыми проявлениями поражения кожи признаны ангиофибромы лица, встречающиеся до 90% больных. Они проявляются плотными шаровидными (опухолеподобными) очагами лица, реже – туловища, конечностей цветом от розового до красного. Также характерны дисхромии кожи, представленные множественными гипопигментациями тела, депигментации сетчатки, радужки глаз. У больных ТС часто наблюдаются судороги, развивается эпилепсия с умственной отсталостью. Встречаются кисты, ангиофибромы легких, печени, почек, мышечной ткани (скелетных мышц, миокарда). В литературе приводятся сведения 50% болеющих наблюдается летальный исход в детском возрасте и чаще всего обусловлен почечной недостаточностью и патологией центральной нервной системы. Диагноз устанавливается на основании обновленных в 2012 году критериев ТС, которые включают в себя генетический и клинические (большие и малые) критерии. При необходимости выполняется гистологическое подтверждение по кожному материалу, чаще ангиофибром, при которых гистологически обнаруживаются образования с нормальным или гиперпластическим эпидермисом, в дерме присутствует гипертрофия коллагеновых и сосудистых структур, в более старых образованиях коллаген уплотняется и подвержен склерозу; сосудистый компонент представлен широко расширенными венулами по всему очагу поражения. Лечение симптоматическое. Приводятся сведения о нередкой резистентности пациентов с ТС к противосудорожной терапии.

Цель исследования. Представить клинический случай ТС и проведение дифференциальной диагностики между ТС и системной красной волчанкой (СКВ).



Материалы и методы. Пациентка 56 лет направлена терапевтом к ревматологу с целью исключения СКВ.

Результаты. Активно предъявляет жалобы на плотные образования на лице розовато-красного цвета; отрицает повышение температуры тела, язвочки на видимых слизистых, избыточное выпадение волос, фотосенсибилизацию, признаки синдрома Рейно. Анамнез заболевания: указанные высыпания на лице впервые отметила в возрасте 10 лет. Анамнез жизни: с детства страдает эпилепсией, поликистозом почек (с исходом в хроническую болезнь почек 5 стадии (ХБС С5)). Объективно: крупные и мелкие суставы без деформаций, безболезненные, плотные шарообразные образования лица цветом от розоватого до красного, преимущественно расположенные в области носогубных складок, крыльев носа, подбородке, не вызывают субъективных ощущений. Лабораторно: АНФ мене 1:80, СОЭ 18 мм/ч, лейкоциты $6,9 \times 10^9$ /л, эритроциты $4,12 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 116 г/л, креатинин 320 мкмоль/л, мочевина 8,4 ммоль/л, мочевая кислота 601 мкмоль/л. Инструментально: УЗИ органов брюшной полости, почек: небольшая гематомегалия, признаки поликистоза почек, кистозно-солидных образований левой почки, селезеночного угла толстого кишечника по типу НЕО. КТ органов брюшной полости: единичные ангиомиолипомы, образование в S4 левой доли печени, умеренная гематомегалия, признаки лимфангиолейомиоматоза базальных отделов легких. Диагноз СКВ исключен. При междисциплинарном консилиуме на основании характерной клинической картины установлен диагноз ТС.

Выводы и обсуждение. Представлен клинический случай ТС и опыт дифференциального диагноза между ТС и СКВ. В приведенном нами клиническом случае диагноз ТС установлен в первую очередь на основании клинической характерны - характерных образований кожи лица в сочетании с поражением нервной системы и данными КТ и УЗИ внутренних органов. Исключение СКВ основано на отсутствии клинических и лабораторных данных. Несмотря на данные литературы о высокой детской и подростковой смертности среди страдающих ТС, нашей пациентке диагноз ТС установлен в возрасте 56 лет, однако, грозным осложнением болезни выступает ХБП С5. От гистологического подтверждения пациентка отказалась. Пациентке рекомендовано наблюдение профильных специалистов: дерматолога, невролога, нефролога, офтальмолога (при необходимости).

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Алиахунова М.Ю.

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

Цель исследования. Изучение состояние плазменного и тромбоцитарно-сосудистого звеньев системы гемостаза и научное обоснование эффективности их применения у больных ревматоидным артритом (РА).



Материалы и методы. Агрегацию тромбоцитов определяли методом светорассеяния, предложенным Борном (1962), с помощью анализатора агрегации «AP-2110» Степень агрегации эритроцитов определяли с помощью метода оптической микроскопии с последующей регистрацией и анализом изображения Для оценки состояния системы свертывания крови на двухканальном автоматическом коагулометре “HUMACLOT-DUO” с использованием тест – наборов фирмы «Ренам» определяли протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частичное тромбо-пластиновое время (АЧТВ). Уровень фибриногена в крови рассчитывали методом Clauss. Для расчета международного нормализованного отношения (МНО) возводили ПВ (протромбиновое время (ПВ) больного/протромбиновое время (ПВ) контрольной нормальной плазмы) в степень международного индекса чувствительности (МИЧ=1,25), который указан в маркировке фирмой – изготовителем.

Результаты и обсуждение. При изучении показателей агрегации тромбоцитов, индуцированной АДФ, у 40 больных РА в зависимости от активности воспалительного процесса, выявлены значимые различия. При первой степени активности РА показатель степени агрегации увеличен на 15,0%, а при второй степени на 22,5% ($p<0,05$). Скорость агрегации при второй степени агрегации увеличилась в 1,3 раза, при первой степени скорость агрегации повышалась в 1,1 раза. Максимальная степень агрегации при первой степени повысилась на 14,2%, при второй степени данный показатель достиг 18,6% ($p<0,05$). Показатель агрегации эритроцитов достоверно увеличился при первой степени активности в 2 раза, при второй степени в 2,7 раза по сравнению с контрольной группой. Число эритроцитов вовлеченных в агрегаты возросло на 41,5% и 95% соответственно. Индекс АААСС была ниже на 25,7%, чем у здоровых ($p<0,05$), что свидетельствует об уменьшении синтеза эндотелиальными клетками веществ с антиагрегационной активностью (простаглицлин, оксид азота). Все показатели коагуляционного гемостаза у больных с первой степенью активности РА, кроме показателя ТВ, достоверно отличались от показателей контрольной группы. У больных со второй степенью выявило наличие определенной гиперкоагуляционной активности, что согласуется с литературными данными. В группе больных с первой степенью активности процесса показатели АЧТВ, ПТИ и ТВ не изменялись, хотя имелась тенденция к гиперкоагуляции. Была повышена концентрация фибриногена до $3,76\pm 0,21$ г/л ($p<0,05$). По мере нарастания степени активности происходит снижение АЧТВ до $30,7\pm 1,78$ сек ($p<0,05$), и более существенное понижение МНО ($p<0,05$). У больных РА выявляются нарушение в системе гемостаза отражающие активацию внутрисосудистого свертывания крови, что подтверждается изменениями коагуляционного гемостаза: увеличением концентрации фибриногена, сдвигами базисных коагуляционных тестов (АЧТВ, ПТИ), что свидетельствует о дисфункции системы гемостаза. Частота и выраженность этих нарушений зависит от клинических особенностей процесса-формы, степени активности, стадии болезни. Доказано, что у больных РА снижены антиагрегационная и фибринолитическая активность. На фоне сниженной противотромбогенной активности эндотелия могут создаваться условия для адгезии и агрегации тромбоцитов, образования и отложения фибрина на сосудистой стенке при появлении в сосудистом русле индукторов агрегации. Значение



обнаруженных сдвигов в системе гемостаза заключается не в создании тромбогенной ситуации в общем кровотоке, а в нарушении микроциркуляции. Повышение агрегации тромбоцитов и секреция ими биологически активных веществ могут усиливать развитие воспалительной реакции как локально, так и во всем кровотоке.

Выводы. У больных РА установлена выраженная активация коагуляционного звена гемостаза, характеризующаяся снижением величины МНО, укорочением АЧТВ, увеличением протромбинового индекса и уровня фибриногена крови. Выявлены признаки повреждения эндотелия и нарушения его функциональных свойств – снижение анти-агрегационной активности сосудистой стенки и активация тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза, проявляющаяся в повышении степени индуцированной АДФ агрегации тромбоцитов, эритроцитов, выраженность которых возрастает при развитии активности воспалительного процесса.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТЕОАРТРИТА В СОЧЕТАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Алиахунова М.Ю.

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

Цель исследования. Определить факторы риска прогрессирования остеоартрита, обусловленные коморбидностью и обосновать возможность выделения вариантов течения заболевания в зависимости от сопутствующих заболеваний.

В соответствии с имеющейся в регистре информацией о сопутствующей патологии выделены пациенты с генерализованным ОА и сопутствующим ожирением и МС. Диагноз ОА у всех пациентов соответствовал критериям OARSI. Всего включено в исследование 100 чел. (30% мужчин и 70% женщин), из которых у 25 больных поставлен диагноз ожирение (7 мужчин и 18 женщин), 28 пациентов имели МС (100% женщин).

Группу сравнения составили пациенты с генерализованным ОА без ожирения, МС, состоящие на учете у ревматолога – 40 больных (15% мужчин и 85% женщин). Для уточнения и верификации диагноза ОА всем больным проводилась рентгенография коленных, тазобедренных суставов и суставов кистей, с последующей оценкой по шкалам Kellgren-Lawrence.

Материалы и методы. Оценка функционального статуса суставов проводилась по шкалам FHOA (Functional Index of Hand OA), KOOS, HOOS (Knee/Hip injury and Osteoarthritis Outcome Score), WOMAC Knee, Hip. ВАШ (визуально-аналоговая шкала), PHQ-9, CSQ. При изучении болевого синдрома и функционального статуса суставов по шкалам ВАШ, KOOS, HOOS, WOMAC Knee, WOMAC Hip показано, что пациенты с ОА и ожирением достоверно различаются большей выраженностью симптомов ОА коленных суставов ($p < 0,001$).



Результаты и обсуждение. Все обследованные пациенты имели избыточную массу тела и испытывали боль при движениях. Пациенты с ОА и ожирением имеют более низкие показатели КЖ по опроснику SF-36 (SF-MH Me-52), чем пациенты с ОА без данной сопутствующей патологии (Me-64). Пациенты с ОА и МС имеют большую массу и ИМТ, что обусловлено текущей патологией нарушения липидного и углеводного обмена. При анализе параметров болевого синдрома и функционального статуса по соответствующим шкалам в сравниваемых группах показано, что больные ОА с наличием или отсутствием МС достоверно различаются по показателям общего самочувствия (ВАШ $p = 0,0372$) и здоровья (SF-GH – $p 0,0069$), утренней скованности ($p = 0,0010$), оценки болезни врачом (ВАШ – $p 0,0122$), уровню боли в коленных суставах (KOOS боль – $p = 0,0156$), симптомам ОА в коленных суставах (KOOS симптомы – $p = p < 0,0001$), функциональному статусу кистей (FHOA – $p = 0,0425$) и коленных суставов (KOOS ADL $p 0,0017$). Больные ОА в сочетании с МС характеризуются выраженным снижением показателей функциональной активности в суставах кистей и коленных суставах. Оценка тяжести заболевания врачом по шкале ВАШ также выше у пациентов с коморбидностью. В группах больных ОА с наличием или отсутствием сопутствующего МС показано, что все пациенты имели сниженные показатели психоэмоционального здоровья, которые достоверно превалируют в группе больных ОА и МС. Избыточная масса тела определена как дополнительный фактор риска формирования ОА для опорных (коленных и тазобедренных) суставов. При корреляционном анализе выявлена достоверная взаимосвязь между показателями СРБ и симптомов ОА коленных суставов (KOOS симптомы $r = 0,8256$, $p 0,0410$) у больных с сопутствующим ожирением. Пациенты с ОА и сопутствующим МС отличались более высоким уровнем СРБ от больных изолированным ОА. В группе пациентов с поражением тазобедренных суставов выявлена негативная ассоциация между повышением СРБ и характеристикой боли по опроснику HOOS в группе с сопутствующим МС. У больных ОА в сочетании с ожирением показана большая выраженность симптомов ОА коленных суставов и боли в тазобедренных суставах в соответствии с оценкой по опросникам KOOS и HOOS. Учитывая отсутствие различий по параметрам других шкал (ВАШ, WOMAC, SF-36), отражающим боль и функциональные способности, можно предположить, что выраженные нарушения повседневной функциональной активности пациентов с ОА, страдающих ожирением, ведут к изменению восприятия болевых ощущений, в том числе и в опорных суставах. Показано, что у больных ОА с МС преобладают нарушения общего самочувствия/здоровья, утренняя скованность, функциональный статуса кистей и коленных суставов (по индексам ВАШ, KOOS, FI HOA). Оценка тяжести заболевания по шкале ВАШ более высока у пациентов с сочетанным МС. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь между показателями болевого синдрома, общего самочувствия, симптомами ОА коленных суставов. Достоверные различия между показателями СОЭ и СРБ не выявлены, что может косвенно отражать незначительную роль указанных маркеров при диагностике воспаления у данной категории пациентов.

Выводы. Пациенты с ОА и сопутствующим ожирением, МС в сравнении с больными ОА без коморбидности отличаются тяжестью болевого синдрома, нарушением функции коленных суставов и суставов кистей, изменением качества жизни.



ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПОРАЖЕНИЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СОЧЛЕНЕНИЙ

Алиахунова М.Ю.

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

Цель. Изучение эффективности клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики серонегативных спондилоартритов на ранних сроках заболевания. Возраст обследованных больных колебался от 15 до 40 лет. Наибольшую группу составили пациенты в возрасте от 18-25 лет. При поступлении все пациенты предъявляли жалобы на боли в позвоночнике или периферических суставах. Длительность болевого синдрома оценивалась в месяцах. Наибольшее количество пациентов (69 человек) жаловались на боли в позвоночнике или периферических суставах более 12 месяцев. 88 пациентов (77,88%) из 113 жаловались на боли в позвоночнике. 25 больных (22,12%) отмечали боли только в периферических суставах, болей в позвоночнике у этой группы пациентов не было. Из 85 человек, наибольшее количество пациентов – 77 человек (87,5%) предъявляли жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника. Положительные результаты нагрузочных тестов были выявлены у 43 пациентов (38,05%). Признаки поражения периферических суставов имели 104 человека (92,04%). При лабораторном исследовании было выявлено повышение скорости оседания эритроцитов более 10 мм в час у 52 пациентов (46,02%). Всем 113 пациентам были проведены термография и КТ КПС. 109 больным (96,5%) была выполнена рентгенография КПС. Остеосцинтиграфия была проведена 83 пациентам (73%). Сопоставление ряда клинических симптомов сакроилеита (наличие болевого синдрома, положительные результаты нагрузочных тестов, повышение СОЭ, наличие антигена HLA-B27) с результатами лучевых методов исследования.

Рентгенографическое исследование было выполнено 109 пациентам (96,5%). Всем пациентам проводили рентгенографию КПС в стандартных косых проекциях. У 27 человек (25%) была описана картина сакроилеита. у 21 больного из 27 (78%) были выявлены признаки двустороннего СИ, у 6 человек (22%) – признаки одностороннего СИ. При описании рентгенограмм оценивались следующие признаки, по совокупности которых, определялось наличие СИ: ширина суставной щели, наличие или отсутствие субхондрального склероза сочленяющихся костей, четкость или нечеткость суставных поверхностей, наличие или отсутствие узурации суставных поверхностей, отсутствие или наличие анкилоза в сочленении. Сужение суставных поверхностей и признаки субхондрального склероза были найдены на рентгенограммах у всех 27 человек с наличием СИ, описанного рентгенологически. Также у всех 27 на рентгенограммах были выявлены признаки субхондрального склероза суставных краев костей. У 15 человек рентгенологически определялась неровность суставных поверхностей, что, по-видимому, обусловлено наличием узурации суставных поверхностей. Признаки



анкилоза были описаны рентгенологически у 3 пациентов. У 82 пациентов изменений в области КПС на рентгенограммах не было выявлено. Рентгеновская КТ проведена всем 113 пациентам. Патологические изменения в КПС были выявлены у 85 человек (75,2%). В 77 случаях обнаружены признаки СИ, в 8 случаях – признаки дегенеративно-дистрофического поражения КПС. У остальных 28 человек изменений КПС при КТ не выявлено. Признаки двустороннего СИ выявили у 29 человек из 77 (37,7%). Картина правостороннего СИ была обнаружена у 40 пациентов (52%), картина левостороннего СИ – у 8 больных (10,4%). При исследовании лучевыми методами диагностики (рентгенографии, рентгеновской КТ) для определения состояния КПС были получены следующие результаты. Рентгеновская КТ позволяет в 75,2% выявить изменения в КПС по сравнению с другими методами лучевой диагностики. Самым чувствительным симптомом явилось наличие повышенной СОЭ – 81,2% (95% ДИ 72,9-89,5%), самым специфичным – клинические признаки поражения илеосакральных сочленений, выявляемые при использовании нагрузочных тестов – 89,3% (77,8-100,7%), самым точным наличие болевого синдрома в области КПС 75,2% (95% ДИ 67,3-83,2%). Самые низкие показатели среди сравниваемой группы: чувствительность – положительные результаты нагрузочных проб 60% (95% ДИ 49,6-70,4%), специфичность – ускорение СОЭ – 42,9% (95%), точность – наличие НЛА – В27 60,2% (95% ДИ 51,2-69,2%).

Вывод. Наибольшее количество расхождений диагностических заключений рентгенографии и КТ было допущено в возрастной группе от 15 до 25 лет и при наличии СИ I стадии. Эти результаты свидетельствуют о низких диагностических возможностях рентгенографического метода в выявлении начальных признаков поражения КПС. Совпадения заключений КТ и рентгенографии были выявлены у 44 пациентов (38,9%). У 60 больных описана нормальная картина КПС, при КТ были выявлены признаки СИ. Самым специфичным признаком являются положительные нагрузочные пробы (89,3%), самым точным – наличие болевого синдрома (75,2%).

ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Амандурдыева Ш.О., Курбанов В.А.

Государственный медицинский университет Туркменистана им. Мурада Каррыева,
Ашхабад, Туркмения

Актуальность. Системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующаяся гиперпродукцией органоспецифических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра с развитием иммуновоспалительного повреждения тканей и внутренних органов.

По данным исследований, СКВ чаще болеют женщины репродуктивного возраста (15-49 лет), заболевание может дебютировать и в более старшей возрастной группе – в 10-20% дебют СКВ приходится на возраст более 50 лет, при этом течение



заболевания ассоциируется с неблагоприятным прогнозом, который связан с коморбидными состояниями и высоким индексом повреждения внутренних органов.

Цель работы. Выявить частоту сопутствующих заболеваний у женщин с развернутой формой СКВ.

Материалы и методы. В отделении взрослой ревматологии научно-клинического центра Кардиологии обследована 30 женщин репродуктивного возраста с СКВ. Средний возраст больных был $36,1 \pm 5,3$. Длительность заболевания составляла $5,3 \pm 2,1$ лет. Диагноз СКВ устанавливали согласно диагностическим критериям, используя индексы SLEDAI, SLAM и ECLAM.

Результаты. По нашим данным коморбидная патология была диагностирована у 25 (83,3%) обследованных больных. У женщин с СКВ заболевания ЖКТ (хронический гастродуоденит, ГЭРБ, ЖКБ, хронический панкреатит, язвенная болезнь 12-перстной кишки) встречались у 15 (60%) случаев. Патология скелетно-мышечной системы (дегенеративно дистрофические заболевания позвоночника, артралгии, фибромиалгия) встречалась у 10 (40%) пациентов. Нарушения со стороны мочевыделительной системы, включая хроническую болезнь почек, хронический пиелонефрит, мочекаменную болезнь диагностировались у 8 (32%) женщин. Цереброваскулярные нарушения встречались у 8 (32%) больных с СКВ.

Выводы. Тенденцию к частой встречаемости коморбидной патологии у больных с развернутой СКВ мы связываем как с более активным и длительным течением основного заболевания, так и с проводимой терапией с применением глюкокортикоидов, НПВП и иммуносупрессантов. Таким образом, коморбидные состояния при СКВ являются достаточно актуальной проблемой, так как могут быть причиной как ограничений в назначении иммуносупрессивной терапии, так и отмены базисных препаратов.

ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДОВ КРОВИ У ЖЕНЩИН СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Амандурдыева Ш.О., Курбанов В.А., Танрыбердиева Т.О.

Государственный медицинский университета Туркменистана им. Мурада Каррыева,
Ашхабад, Туркмения

Актуальность. В настоящее время воспаление эндотелия сосудистой стенки у больных системной красной волчанкой (СКВ) рассматривается как основной решающий фактор в ускоренном развитии у них атеросклероза и, таким образом, появлении сердечно-сосудистых осложнений, в том числе инфаркта миокарда и инсульта.

Цель исследования. Изучить липидного спектра крови у женщин СКВ.

Материалы и методы. Было обследовано 58 женщин с подтвержденным диагнозом СКВ в возрасте $25,7 \pm 6,8$ лет с длительностью болезни $5,9 \pm 4,3$ лет, находившихся на стационарном лечении в Госпитале с научно-клиническим центром Кардиологии и Ашхабадской городской больнице. Контрольная группа состояла из



30 здоровых женщин соответствующего возраста. Больные СКВ были разделены на три группы: 1) 10 женщин (17,2%), не принимавших глюкокортикостероидные (ГКС) препараты; 2) 16 женщин (27,6%), принимавшие преднизолон в дозе 10 мг и гидроксихлорохин по 200 мг в день; 3) 32 женщины (55,2%), получавшие преднизолон более 10 мг в день. У всех обследованных женщин был проведен общий анализ крови, а именно тромбоциты (ТБ) и скорость оседания эритроцитов (СОЭ), общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), липопротеины низкой плотности (ЛПНП) и липопротеины высокой плотности (ЛПВП). Активность СКВ оценивалась по SLAM.

Результаты. При изучении липидного профиля у женщин с СКВ отмечались достоверно ($p=0,003$) более низкие уровни ЛПВП ($0,97\pm 0,02$ ммоль/л) и более высокие уровни ЛПНП ($3,12\pm 0,22$ ммоль/л) по сравнению с показателями контрольной группы. У женщин с СКВ наблюдались также значительно более высокие уровни ТГ ($1,56\pm 0,12$ ммоль/л; $p=0,02$). Активность заболевания у женщин колебалась от 3 до 23 по шкале SLAM и в среднем составляла $11\pm 4,5$. Сравнение липидных показателей у 22 женщин (37,9%) с волчаночным нефритом и 36 больных (62,1%) без нефрита выявило достоверную разницу между уровнями ОХ и ЛПНП. При изучении взаимодействия между липидного профиля и индекса активности патологического процесса у больных СКВ выявлена четкая корреляция ТГ с SLAM (0,3). Взаимодействие между липидами крови и СОЭ или ТБ было низким. Низкие дозы преднизолона оказывали меньшее влияние на липиды крови у женщин СКВ. Увеличение дозы преднизолона приводило к повышению уровня всех липидов крови, особенно ЛПНП ($3,74\pm 0,63$ ммоль/л).

Выводы. Выявленные взаимосвязи липидов крови с показателями активности СКВ и назначением высоких доз ГКС показывают участие атерогенных фракций липопротеидов в формировании и течении клинической картины этого заболевания. Поэтому, изучение липидного профиля у женщин СКВ и адекватное назначение гиполлипемических лекарственных средств будет способствовать существенному снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений и тем самым повышению качества их жизни.

ФИБРОМИАЛГИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С.

НИИР им. В.А. Насоновой,

Москва

Актуальность. По мере накопления данных о постковидном синдроме (ПКС) обращает внимание сходство некоторых его проявлений с фибромиалгией (ФМ). Гипотеза о существовании связи между ПКС и ФМ базируется на доказательствах единого механизма дисфункции ЦНС при обоих этих состояниях, включая глиальную активацию и центральную сенсibilизацию.



Цель. Провести сравнительную характеристику двух групп больных с ревматическими заболеваниями (РЗ), дифференцированных по наличию фибромиалгия-подобного течения ПКС.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 43 пациента с РЗ, включая ФМ, страдающие ПКС (по определению ВОЗ от 2021 г.) Данные для статистической обработки были получены из опросника, посвященного перенесенному COVID-19. Вся когорта была разделена на две группы, в зависимости от наличия ФМ как проявления ПКС, проведена сравнительная характеристика двух групп.

Результаты. Исследуемые группы не имели достоверных статистических различий по социо-демографическим показателям. В обеих группах преобладали женщины с диагнозом ревматоидный артрит (РА): в группе 1 (фибромиалгия-подобный ПКС, N=20) 90% женщин, средний возраст $51 \pm 15,8$ лет; в группе 2 (группа контроля, N=23) 86,9% женщин, средний возраст $46,1 \pm 14,8$ лет. В группе 1 частота ревматоидного артрита (РА) была выше, чем во 2-й, 75 и 56,5% соответственно (OR2,03, CI 95% 0,6;8,5), однако различия не достигли статистической значимости. Наиболее частым коморбидным заболеванием в обеих группах были заболевания сердечно-сосудистой системы, 70% и 34,7% соответственно ($p < 0,05$). Выраженность симптомов РЗ в COVID-19, оцененная по ВАШ, была статистически выше в группе 1: $5,7 \pm 2,5$ и $3,8 \pm 2,8$ соответственно, $p < 0,05$. Тяжесть COVID-19, оцененная по среднему количеству симптомов COVID-19, в группе 1 составила $19,4 \pm 7,1$ по сравнению с $13,3 \pm 5,1$ в группе 2 ($p < 0,05$).

Выводы. В группе с фибромиалгия-подобным фенотипом ПКС показатели тяжести COVID-19 и активности РЗ на момент инфекционной фазы были достоверно выше, чем в контрольной группе. Необходимы дальнейшие исследования на большей когорте для установления корреляционных связей между этими показателями.

ОЦЕНКА СИМПТОМОВ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РАЗНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С.
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Характеризовать постковидный синдром (ПКС) у больных ревматическими заболеваниями (РЗ), провести сравнительную оценку частоты встречаемости фибромиалгия (ФМ) -подобного ПКС в группах пациентов с РЗ пожилого и молодого возраста.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 43 пациента с РЗ, включая ФМ, страдающие ПКС (по определению ВОЗ от 2021 г.). Данные для статистической обработки были получены из опросника, посвященного перенесенному



COVID-19. Полученные данные были дифференцированы в зависимости от возраста участников: <60 лет (группа 1), N=33 и ≥60 лет (группа 2), N=10. Для статистической обработки была использована программа Statistica (версия 12).

Результаты. Исследуемая группа была представлена преимущественно женщинами (88,4%) средний возраст составил 48,4±15,3 лет. ПКС был представлен следующими симптомами: ухудшение памяти – у 25 пациентов, слабость, повышенная утомляемость – у 21, проблемы с вниманием, концентрацией – у 20, боль в суставах у 19, одышка при физической нагрузке – у 15. У 20 пациентов (46,5%) проявления ПКС соответствовали ФМ по критериям ACR 2016 года. Полученные данные были дифференцированы в зависимости от возраста участников: <60 лет (группа 1), N=33 и ≥60 лет (группа 2), N=10. Обе группы были сопоставимы по основным демографическим показателям, исключая возраст, и были представлены преимущественно пациентами с ревматоидным артритом (57,6% и 90%). Наиболее частой сопутствующей патологией в группе 1 была анемия (36,4%), в группе 2 – заболевания сердечно-сосудистой системы (90%). В среднем (медиана) пациенты 2 группы отмечали 10 (8,25;12,5) симптомов ПКС, что достоверно больше, чем в группе 2 – 4 (2;9) (p<0,05). В группе 2 ФМ встречалась чаще, чем в группе 1, 70% и 39,4% пациентов (p<0,05).

Выводы: В исследуемой группе у 46,5% ПКС был представлен ФМ. При сравнительной оценке группа пожилых пациентов отмечала большее количество симптомов ПКС одновременно и чаще развивала ФМ-подобный ПКС. Необходимо продолжить исследование на более крупной когорте.

ДЕБЮТ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ COVID-19

Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С.
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель. Выявить и обобщить клинические сообщения о впервые возникшем РЗ после перенесенного ранее COVID-19.

Материал и методы. Изучена медицинская документация пациентов, впервые обратившихся к ревматологу после COVID-19 с жалобами на боль в мышцах и суставах. У пациентов с впервые установленным диагнозом РЗ прослежена история посещений ревматолога в динамике за год, оценены демографические показатели и нозологические формы РЗ.

Результаты. Выявлено 30 случаев дебюта РЗ, возникшего в течение 12 недель после перенесенного COVID-19 или в момент инфекционной фазы COVID-19. Диагноз был уточнен за период последующего наблюдения, критерии диагноза соответствовали официальным диагностическим критериям. Пациенты были представлены преимущественно женщинами (73,3%). Средний возраст составлял 49,4±15,4 лет. РЗ в



большинстве случаев дебютировало с полиартрита (36,6%) и олигоартрита (33,3%) в среднем через $7,2 \pm 4,7$ недель после COVID-19. В 16,7% случаев первые симптомы РЗ возникли в инфекционной фазе COVID-19. Другие варианты дебюта были представлены моноартритом крупного сустава или артралгией или болью в спине. В исследуемой группе были установлены следующие РЗ: ревматоидный артрит (N=14, 46,6%), псориатический артрит (N=6, 20%), спондилоартрит (N=5, 16,7%), в остальных случаях (N=5, 16,7%) был установлен диагноз системная красная волчанка, васкулит, смешанное заболевание соединительной ткани. Всем пациентам было назначено лечение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, 16,7% пациентов потребовалась терапия генно-инженерными биологическими препаратами.

Выводы. Необходимо учитывать возможность дебюта РЗ у пациентов, впервые обращающихся к терапевтам и ревматологам по поводу артралгии после перенесенного COVID-19, даже в случае неполной клинической/иммунологической картины. Обоснована необходимость дальнейших исследований взаимосвязи между COVID-19 и аутоиммунными РЗ.

АНАЛИЗ МЕЖГЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В МЕТАБОЛИЗМЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, У ЛИЦ С ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВОВ

Ахиярова К.Э.

Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа

Введение. Гипермобильность суставов (ГМС) определяется как увеличение диапазона движений в суставах сверх физиологических границ. ГМС с одной стороны может рассматриваться как изолированный фенотипический признак, с другой стороны, как один из клинических проявлений моногенных форм заболеваний соединительной ткани, таких как синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса. При этом клинические проявления ГМС варьируют от бессимптомной гипермобильности до выраженной суставной боли и нестабильности. Ранее нами были обнаружены ассоциации аллелей и генотипов полиморфных вариантов (SNP) генов ADAMTS, BMP5 и TRPM6 с ГМС. Однако единичные ассоциации с полиморфными вариантами в полной мере не объясняют всю генетическую архитектуру ГМС, учитывая гетерогенность данного состояния. Методологии, такие как эпистатический анализ, позволяют изучать взаимодействия между SNP и их совместное влияние на развитие той или иной патологии. Понимание этих взаимодействий может способствовать раскрытию патофизиологических механизмов ГМС. Это, в свою очередь, откроет новые возможности для разработки более эффективных стратегий профилактики и лечения.



Цель исследования. Анализа межгенных взаимодействий полиморфных вариантов локусов генов-кандидатов, участвующих в метаболизме соединительной ткани с целью оценки их суммарного вклада в патогенез ГМС.

Материалы и методы. Проведено одномоментное поперечное исследование, в котором приняли участие 163 практически здоровых молодых мужчин и женщин, средний возраст, которых составил $21,86 \pm 0,22$ лет. Гипермобильность суставов определялась по 9-ти бальной шкале Бейтон (1998). Выделение ДНК производилась методом фенол-хлороформной экстракции. Были определены полиморфные варианты генов, участвующих в метаболизме соединительной ткани (VDR, LUM, TNXB, GDF5, BMP5, TRPM6, ADAMTS5) методом Real-time PCR с применением технологии TaqMan, неравновесие по сцеплению – Haploview 4.2. Анализ межгенного взаимодействия проводился методом MDR (Multifactor Dimensionality Reduction (версия 3.0.2, <https://sourceforge.net/projects/mdr>)). Для определения наилучших моделей взаимодействия использовались индекс перекрестной проверки (CVC) и точность теста. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакетов Microsoft Excel 7.0, Statistica 13. Межгрупповое сравнение полученных проведено с учетом объема выборки и распределения данных с применением критерия χ^2 . Поправка на множественность методом Бенджамини-Хохберга (FDR). Размер эффекта оценивался в значениях показателя отношения шансов (ОШ).

Результаты. Ранее нами среди исследуемых полиморфных вариантов были получены ассоциации с гипермобильностью суставов. Так rs226794/GG ($p=0,046$), rs9978597/T/TT ($p<0,00001$) гена ADAMTS5, rs3734444/G/GG ($p=0,014$ и $p=0,002$, соответственно) гена BMP и rs1144134/T/TT ($p=0,010$ и $p<0,001$, соответственно) TRPM6 ассоциировались с ГМС. Далее методом MDR все исследуемые полиморфные варианты были проанализированы повторно и были построены оптимальные модели межгенных взаимодействий. Наиболее устойчивой оказалась модель, включавшая TRPM6 rs1144134 с CVC 9/10 ($p<0,0001$), что соответствует однофакторной модели. Также была построена трехфакторная модель, в которую вошли rs229077 и rs9978597 гена ADAMTS5 и TRPM6 rs1144134. Данная модель характеризовалась 80% (8/10) воспроизводимостью (CVC) ($p<0,0001$). При анализе оптимальных моделей были определены рисковые генотипы. Так для однофакторной модели TRPM6 rs1144134 генотип СТ ассоциировался с высоким риском ГМС. Также для трехлокусной (rs9978597×rs229077×rs1144134) модели были выявлены комбинации генотипов, обуславливающие высокий риск развития ГМС, в частности, TT×CC×CT, TT×TT×CT, TT×CC×TT ($p<0,001$), GG×TT×TT и TT×TT×TT ассоциировались с низким риском ($p<0,001$).

Учитывая наличие как отдельных локусных эффектов относительно ГМС, так и наличие рисковых моделей, был проведен анализ характера взаимодействия исследуемых SNP. Наибольшим предсказательным потенциалом обладали ADAMTS5 rs9978597 (12,05%) и TRPM6 rs1144134 (13,06%). rs1144134 и rs9978597 имели сильное антагонистическое взаимодействие (-4,43% энтропии), как и rs9978597 и rs226794 (-3,81%) гена ADAMTS5, а rs1144134 гена TRPM6 и rs226794 ADAMTS5 демонстрируют выраженный синергичный (3,45%), rs229077 и rs9978597 ADAMTS5 умеренный синергичный характер взаимодействия (1,13% энтропии).



Заключение. Метод MDR применялся для выявления потенциальных локусов взаимодействия при многих заболеваниях. Комплексные исследования межгенных взаимодействий для генов-кандидатов ГМС немногочисленны. В данном исследовании были получены две модели: однофакторная модель TRPM6 rs1144134 и модель взаимодействия ADAMTS5 rs229077×ADAMTS5 rs9978597×TRPM6 rs1144134 и соответствующие рисковые комбинации генотипов, что не противоречит полученным нами ранее данным и позволяет взглянуть на ассоциации полиморфных вариантов не только как на единичные локусные эффекты относительно ГМС, а в комплексном взаимодействии.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Ахмедова Н.А., Алиева К.К., Ташпулатова М.М.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние особенностей течения анкилозирующего спондилита (АС), социально-демографических факторов и проводимой терапии на качество жизни (КЖ) больных.

Материал и методы. Было обследовано КЖ (по данным опросника SF-36) у 90 взрослых пациентов с АС в возрасте 34-48 лет КЖ (по данным опросника SF-36) у. Контрольную группу составили 45 практически здоровых добровольцев (32 мужчины и 13 женщин); обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. В течение 6 месяцев до включения в исследование 30 пациентов с АС получали только нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 27 – НПВП+сульфасалазин (СУЛЬФ), 15 – НПВП+инфликсимаб (ИНФ); 18 (20%) пациентов систематически не лечились и были исключены из исследования.

Результаты и обсуждения. У больных с АС по сравнению с контрольной группой снижены физические и психологические показатели КЖ ($p<0,001$). КЖ больных АС ухудшается по мере нарастания воспалительной активности заболевания, функциональных ограничений, суставных проявлений и энтезитов. Коксит, выявленный у 76,7% пациентов, оказывает неблагоприятный эффект на шкалу ролевого физического функционирования.

Показатели КЖ были выше у пациентов, принимающих ИНФ в комбинации с НПВП. При оценке влияния проводимой медикаментозной терапии на КЖ у пациентов, принимающих СУЛЬФ, в сравнении с контрольной группой, отмечены статистически значимо худшие показатели по всем шкалам опросника SF-36 ($p<0,001$). У пациентов, которые принимали только НПВП, показатели КЖ также были хуже, чем в контрольной группе ($p<0,001$). У больных, получающих ИНФ+НПВП, ряд параме-



тров КЖ по данным опросника SF-36 оказался сопоставим с соответствующими показателями КЖ в группе практически здоровых людей.

Выводы. Пациенты с АС имеют значительно более низкие физические и психологические показатели КЖ, чем здоровые люди. Ухудшение КЖ отмечается по мере нарастания воспалительной активности АС и функциональных ограничений. Влияния социально-демографических факторов на КЖ пациентов с АС не выявлено. Терапия ИНФ в сочетании с НПВП обеспечивало более высокое КЖ больных АС, чем другие виды лечения.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННАЯ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

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

НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Интерстициальная болезнь легких (ИБЛ) часто встречается у пациентов с системной склеродермией (ССД) и является причиной значительной заболеваемости и смертности, сопутствующие заболевания, как и поражение органов, влияют на прогноз и клинические исходы при ИБЛ-ССД. Данные о клинической выраженности сопутствующих заболеваний при ИБЛ-ССД ограничены.

Цель исследования. Оценить распространенность общих сопутствующих заболеваний в группе больных ИБЛ-ССД.

Материалы и методы. В исследование включены 100 стационарных пациентов с ИБЛ-ССД, средний возраст $49,5 \pm 12$ лет, среди них 87 женщин (58 в менопаузе). Длительность заболевания составила $8,7 \pm 7,2$ года. Средняя доза глюкокортикоидов (ГКС) составляла менее 10 мг в сутки, длительность приема ГКС $6,4 \pm 6,4$ года. Для оценки сопутствующих заболеваний использовались клинические, лабораторные исследования и индекс коморбидности Charlson (Charlson Comorbidity Index, CCI).

Результаты. Средний показатель CCI составил $2 \pm 1,15$. Только четыре пациента не имели сопутствующих заболеваний, а 39 пациентов имели $CCI \geq 4$. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были артериальная гипертензия у 25%, ишемическая болезнь сердца у 25% (инфаркт миокарда у 6%), остеоартрит у 27%, остеопороз у 22% и заболевание щитовидной железы у 12%. Сахарный диабет был диагностирован только у 2%, индекс массы тела составил $25,2 \pm 6,1$ (снижение < 25 у 17% и ожирение у 8%). Новообразования (до ССД) были диагностированы у 2%. Восемь пациентов были курильщиками. Инвалидность была установлена у 64% пациентов.



Выводы. В исследуемой группе клиническая выраженность сопутствующих заболеваний выявлена у большинства пациентов. Спектр и частота коморбидных заболеваний были сходны с известными для аналогичной возрастной популяции; преобладали сердечно-сосудистые заболевания, остеоартрит и остеопороз, которые часто сочетались. Особенностью группы было небольшое количество курильщиков, редкость ожирение и сахарный диабет. Пациенты с ИБЛ-ССД имели высокую частоту инвалидизации. Высокая частота встречаемости $CCI \geq 4$ указывает на потенциальное ухудшение выживаемости, связанное с коморбидностью.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА У ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Бабамурадова З.Б., Шодикулова Г.З.

Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан

Анкилозирующий спондиллоартрит (АС) – хроническое системное заболевание, характеризующиеся воспалительным поражением позвоночника, околопозвоночных тканей и крестцово-подвздошных сочленений с анкилозированием межпозвоночных суставов и развитием кальцификации спинальных связок. В последние годы резко возрос интерес к ранней диагностике АС, с целью изучения его патогенетических особенностей в настоящее время активно проводятся молекулярно-генетические, иммуногенетические исследования. Проблема оценки активности процесса, а также определения сывороточных цитокинов среди узбекской популяции при АС, остается открытой.

Цель исследования. Изучение особенностей клинико-иммунологических параметров анкилозирующего спондиллоартрита.

Материал и методы исследования. Для исследования были включены 185 пациентов с АС, 30 практически здоровые лица для контрольной группы. В обязательный минимум рентгенологических исследований входили рентгенография и МСКТ сакроилеальных сочленений и позвоночника. Методом ИФА определено содержание цитокинов (ФНО-а, ИЛ-1, ИЛ-6), РФ в сыворотке крови. В первую группу (заболевшие в период с 1980 по 1990гг) вошли 81 пациента, во вторую группу (с 1990 по 1999г) вошли – 104 пациента, все исследуемые из разных областей РУз.

Результаты исследования. Исследования показали, что в первой группе, как и следовало ожидать в связи с большей давностью заболевания, у большинства пациентов выявлена последняя IV (по Дейлу) рентгенологическая стадия (табл.3) сакроилеита (46 чел – $56,8 \pm 11,0\%$), что значительно больше ($p < 0,001$), чем во второй группе (34 чел – $32,7 \pm 9,2\%$). В первой группе так же несколько чаще встречалась III стадия заболевания (29 чел – $35,8 \pm 10,7\%$), чем во второй (26 чел – $25,0 \pm 8,5\%$), но различия



статистически не значимы ($p > 0,05$). Только у 6 пациентов ($7,4 \pm 5,8\%$), дебют заболевания у которых, приходится на период с 1980 по 1990 гг в настоящее время определяется II рентгенологическая стадия.

Мы изучили зависимость содержания цитокинов (ФНО- α , ИЛ-1) и АТ к ДНК от стадии рентгенологических изменений. Среди 95 больных, у которых изучен уровень ФНО- α , и АТ к ДНК большая часть имела далеко зашедшие рентгенологические изменения. Среди пациентов, у которых на момент осмотра выявлены артриты периферических суставов (рис 2), содержание ФНО- α было в 2,5 раза выше ($p < 0,01$), чем с изолированным поражением осевого скелета (соответственно $108,68 \pm 32,5$ пг\мл и $40,78 \pm 12,4$ пг\мл).

Уровень ИЛ-1, определенный нами в сыворотке пациентов с вовлечением в процесс периферических суставов ($258,95 \pm 92,34$ пг\мл), достоверно превышал ($p < 0,01$) таковой у больных с поражением только сакроилеальных сочленений и позвоночника.

Выводы. Таким образом, при изучении зависимости содержания провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИЛ-1) вовлеченные в процесс периферических суставов уровень ФНО- α достоверно выше, чем при изолированном поражении осевого скелета, а корреляция между ним и периферическими артритами выраженная. Повышение ИЛ-1 встречается при любой рентгенологической стадии. ИЛ-1 более тесно, чем ФНО- α коррелирует с наличием периферических артритов. Эти показатели при АС могут быть использованы для диагностики латентно текущего процесса (при отсутствии или минимальной выраженности клинико-лабораторных признаков активности) у пациентов узбекской популяции.

ПЕРЕНОСИМОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ

Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Сергеева М.С.
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучить переносимость и безопасность 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины (ППВ-23) у больных воспалительными заболеваниями суставов: ревматоидным артритом (РА), анкилозирующим спондилитом (АС) и псориазическим артритом (ПсА).

Материалы и методы. В исследование было включено 79 пациентов с РА, 51 – с АС, 25 – с ПсА (из них женщин – 42, мужчин – 76) и 100 человек контрольной группы (КГ) без ревматических заболеваний (РЗ). Среди пациентов с РА средний возраст составил $51,1 \pm 1,5$ лет, средняя продолжительность заболевания $6,7 \pm 0,8$ лет, среднее значение индекса активности DAS28 на момент включения в исследование –



4,3±0,1. В группе больных спондилоартритами (АС и ПсА) средний возраст составил 41,5±11,5 лет, средняя продолжительность заболевания – 10,97±8,4 лет, среднее значение индекса активности BASDAI у больных АС было 4,3±2,0. У больных ПсА рассчитывали индекс DAPSA, среднее значение которого исходно составило 23,8±17,9. Распространенный псориаз на момент включения в исследования имелся у 11 больных ПсА, значения индекса PASI колебались от 2,7 до 16. Большинство пациентов (83,2%) на момент включения в исследование получали иммуносупрессивную терапию – генно-инженерные биологические препараты, метотрексат, лефлуномид, тофацитиниб. Период наблюдения после вакцинации ППВ-23 составил 12 месяцев.

Результаты. Частота местных поствакцинальных реакций (ПВР) после введения ППВ-23 у пациентов с РА составила 29% (23 человека), системных ПВР – 4% (3 человека), у пациентов с АС и ПсА местные ПВР наблюдались у 16 человек (21,1%), системные ПВР – у 9 (11,8%), в КГ частота местных и системных ПВР составила 24% и 6% соответственно. Из местных ПВР чаще всего регистрировались боль и покраснение в месте инъекции, из системных – повышение температуры тела. У трех больных ПсА и одного больного АС наблюдалось развитие выраженной местной реакции в виде боли в руке, инфильтрата и гиперемии кожи от 8 до 15 см в диаметре, сопровождавшейся у двух пациентов субфебрилитетом в течение 2 дней, у двух других – фебрильной лихорадкой в течение 3 дней. Аналогичная выраженная местная реакция, сопровождающаяся фебрильной лихорадкой в течение 3 дней, наблюдалась у двух человек в КГ. Указанные ПВР были полностью купированы на фоне симптоматической терапии. Значимых отличий в частоте ПВР (как местных, так и системных) между пациентами с РЗ и участниками КГ не наблюдалось ($p>0,05$). Спустя 12 месяцев наблюдалось снижение активности РЗ – значения индексов активности DAS28, BASDAI и DAPSA составили 3,31, 3,5 и 10,1 соответственно, что свидетельствует об отсутствии негативного влияния вакцинации на активность основного РЗ.

Заключение. Таким образом, в нашем исследовании продемонстрирована достаточная безопасность применения ППП-23 у больных воспалительными ревматическими заболеваниями суставов.

ОЦЕНКА РАСЧЕТНЫХ «НЕИНСУЛИНОВЫХ» ИНДЕКСОВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ

Башкова И.Б.^{1,2}, Мадянов И.В.¹

¹Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова,

²Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования,
г. Чебоксары

Цель исследования. Оценить расчетные «неинсулиновые» индексы инсулинорезистентности у пациентов с первичной подагрой в зависимости от возраста.



Материалы и методы. В исследование включено 58 пациентов с первичной подагрой (из них 7 женщин) со средним возрастом $55,9 \pm 11,7$ г. (медиана возраста составила 55,0 [46; 65] лет). Диагноз установлен в соответствии с критериями ACR/EULAR (2015). Дебют болезни с поражения первого плюснефалангового сустава был отмечен в 57% случаев, голеностопного сустава – в 24% случаев, коленного сустава – в 14% случаев. Медиана дебюта подагры составила 47,5 [39; 58] г., медиана длительности заболевания – 8,0 [4; 12] лет. Практически у каждого 4-го пациента (24%) диагностирована хроническая тофусная подагра. У всех обследованных оценивали рост (м), массу тела (кг), рассчитывали индекс массы тела (ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$), окружность талии (см). Из показателей липидограммы крови учитывали холестерин (ХС) липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицериды (ТГ), определяли уровень гликемии натощак. Рассчитывали следующие индексы: соотношение уровней ТГ (ммоль/л) к ХС ЛПВП (ммоль/л) в плазме крови натощак; триглицеридно-глюкозный индекс (по формуле $\ln [\text{ТГ} (\text{мг}/\text{дл}) \times \text{глюкоза плазмы натощак} (\text{мг}/\text{дл})/2]$); метаболический индекс (по формуле $[\text{ТГ} (\text{ммоль}/\text{л}) \times \text{глюкоза плазмы натощак} (\text{ммоль}/\text{л})] / [\text{ХС ЛПВП} (\text{ммоль}/\text{л})^2]$). Для статистической обработки данных использовали программу Statistica 10.0. Количественные характеристики выборки описывали посредством средней, медианы и межквартильного размаха. Силу связи между показателями оценивали с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена. При сравнении средних значений количественных показателей использовали непараметрический критерий Манна–Уитни, сравнение качественных показателей проводили с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса. В качестве порогового уровня статистической значимости принимали значение $p=0,05$.

Результаты и обсуждение. У пациентов с первичной подагрой имели место избыточная масса тела/ожирение (среднее значение ИМТ $32,6 \pm 14,4 \text{ кг}/\text{м}^2$, медиана ИМТ – 29,0 [27,0; 33,0] $\text{кг}/\text{м}^2$) абдоминальное ожирение (увеличение значений окружности талии), тенденция к повышению параметров артериального давления (у 77,6% пациентов ранее была диагностирована артериальная гипертензия), значений гликемии натощак (среднее значение $5,8 \pm 1,4$ ммоль/л, медиана 5,5 [4,9; 6,3] ммоль/л) и уровней ТГ (среднее значение $1,9 \pm 1,1$ ммоль/л, медиана 1,6 [1,1; 2,4] ммоль/л), а также тенденция к снижению в плазме ХС ЛПВП (среднее значение $1,3 \pm 0,4$ ммоль/л, медиана 1,2 [1,0; 1,5] ммоль/л). Наличие сахарного диабета 2 типа в анамнезе выявлено у 11 пациентов (19,0%). У всех пациентов с подагрой были рассчитаны «неинсулиновые» индексы инсулинорезистентности. Среднее значения и медиана индекса соотношения уровня ТГ к уровню ХС ЛПВП составили 1,51 и 1,13 [0,69; 1,87] соответственно, триглицеридно-глюкозного индекса – 8,71 и 1,13 [0,69; 1,87] соответственно, метаболического индекса – 8,85 и 4,73 [3,0; 9,58] соответственно.

При проведении корреляционного анализа обнаружены статистически значимые корреляционные связи между возрастом и расчетными «неинсулиновыми» индексами инсулинорезистентности, в частности, соотношением уровней ТГ и ХС ЛПВП ($r=-0,48$, $p=0,0007$), триглицеридно-глюкозным индексом ($r=-0,34$, $p=0,012$), метаболическим индексом ($r=-0,42$, $p=0,004$). Представляло интерес провести оценку основных клинико-anamnestических и лабораторных показателей, характеризующих



течение подагры, а также «расчетных» индексов инсулинорезистентности в зависимости от возраста. В этой связи, пациенты были поделены на 2 группы: моложе 50 лет (1 группа, $n=19$, из них 5% женщин) и 50 лет и старше (2 группа, $n=39$, из них 15% женщин). Выявлена достоверная разница в возрасте дебюта подагры (36 [31; 42] г. против 53 [47; 59] г., $p<0,0001$) при сопоставимой (статистически не значимой) длительности заболевания (6 [4; 10] г. против 9 [4; 13] г., $p=0,26$). Количество вовлеченных суставов за весь период болезни в группах наблюдения также оказалось сопоставимым. Хроническая тофусная подагра одинаково часто наблюдалась в обеих группах ($p\chi^2=0,17$). Не выявлено статистически значимой разницы между ИМТ у пациентов обеих групп (29,1 [27,2; 33,3] кг/м² против 29,0 [27,0; 32,9] кг/м², $p=0,62$). Артериальная гипертензия в анамнезе отмечалась у 47,3% пациентов 1-й группы и 92,3% больных 2-й группы ($p\chi^2=0,0004$). Указание на перенесенные ранее сосудистые катастрофы (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения) имелось у 5,3% пациентов 1-й группы и 28,2% больных 2-й группы ($p\chi^2=0,09$). Сахарный диабет 2 типа диагностирован ранее у 26,3% и 15,4% пациентов соответственно ($p\chi^2=0,52$). Максимальные уровни мочевой кислоты в сыворотке крови у пациентов двух групп сравнения не отличались (576,0 [475,0; 652,6] мкмоль/л против 579,5 [524,9; 661,0] мкмоль/л, $p=0,65$). У пациентов 2-й группы расчетная скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ оказалась несколько ниже, но не достигла статистически значимой разницы (71,5 [59,0; 95,0] мл/мин против 94,0 [80,0; 111,0] мл/мин, $p=0,09$). У пациентов 1-й группы наблюдались более выраженные изменения липидограммы атерогенной направленности. При сопоставлении расчетных «неинсулиновых» индексов инсулинорезистентности более высокие (статистически значимые) показатели выявлены у лиц моложе 50 лет: медианы индекса соотношения уровня ТГ к уровню ХС ЛПВП – 1,87 [1,07; 3,34] против 0,94 [0,62; 1,40], $p=0,001$; медианы триглицеридно-глюкозного индекса – 9,11 [8,86; 9,46] против 8,64 [8,30; 8,95], $p=0,009$; медианы метаболического индекса – 9,6 [4,8; 25,1] против 3,8 [2,7; 6,0], $p=0,006$. В 1-й группе уратснижающую терапию получали 74% пациентов, тогда как во 2-й группе – 64% ($p\chi^2=0,67$). Средний уровень мочевой кислоты в сыворотке крови на фоне проводимой уратснижающей терапии оказался выше во 2-й группе наблюдения (468,5±133,0 мкмоль/л против 429,8±95,5 мкмоль/л, $p=0,19$).

Обнаружены статистически значимые корреляционные связи между возрастом дебюта подагры и анализируемыми расчетными «неинсулиновыми» индексами инсулинорезистентности, в частности, соотношением уровней ТГ и ХС ЛПВП ($r=-0,43$, $p=0,003$), триглицеридно-глюкозным индексом ($r=-0,27$, $p=0,048$), метаболическим индексом ($r=-0,34$, $p=0,025$), а также между гиперурикемией и метаболическим индексом ($r=0,25$, $p=0,031$), и соотношением уровней ТГ и ХС ЛПВП ($r=0,25$, $p=0,011$).

Заключение. Таким образом, у пациентов с подагрой в возрасте до 50 лет представляется целесообразным расчет косвенных «неинсулиновых» индексов инсулинорезистентности. Расчетные «неинсулиновые» индексы, используемые для оценки инсулинорезистентности, коррелируют с повышением уровня мочевой кислоты в сыворотке крови.



ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЧЕСКОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ

Башкова И.Б.^{1,2}, Мадянов И.В.¹

¹Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,

²Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования,
г. Чебоксары

Цель исследования. Оценка частоты и характера органической и функциональной патологии щитовидной железы (ЩЖ) у пациентов с первичным остеоартритом (ОА), а также выявление особенностей течения суставного процесса в зависимости от состояния тиреоидного статуса.

Материалы и методы исследования. Обследовано 295 чел, из них 90 – пациенты с клинически манифестной формой первичного ОА (основная группа) и 205 практически здоровых жителей Чувашии (контрольная группа). У всех пациентов с ОА проводилось комплексное клинико-лабораторное и рентгенологическое исследование суставов. У больных ОА и лиц контрольной группы оценивали экоструктуру и объем ЩЖ, посредством иммуноферментного анализа определяли в крови содержание тиреотропного гормона (ТТГ), свободных фракций тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3). Для статистической обработки полученных данных использовали программу Statistica 10.0. В качестве порогового уровня статистической значимости принимали значение $p=0,05$.

Результаты исследования. Частота органических тиреопатий в двух сравниваемых группах находилась примерно на одном уровне. Вместе с тем оказалось, что среди органических поражений ЩЖ у больных ОА преобладает узловой эутиреоидный зоб ($20,0\pm 4,2\%$), распространенность которого в 2,5 раза ($p\chi^2=0,003$) превосходит популяционный уровень ($8,1\pm 2,2\%$). В контрольной же группе органические заболевания ЩЖ более чем на 70% были представлены диффузным эутиреоидным зобом. У больных ОА определены факторы повышенного риска по развитию узлового эутиреоидного зоба: женский пол, возраст старше 50 лет, поражение дистальных межфаланговых суставов кистей с формированием узелков Гебердена, наличие выраженных рентгенологических изменений в суставах.

Результаты исследования свидетельствовали о более неблагоприятном течении ОА у лиц с органической патологией ЩЖ. У них обнаруживались более высокие значения суставных индексов, была более интенсивной суставная боль при нагрузке, оцениваемая по визуальной аналоговой шкале ($p=0,007$), достоверно выше было суммарное значение альго-функционального индекса тяжести гонартроза Лекена ($p=0,043$) и существенное ухудшение качества жизни ($p=0,006$) в сравнении с больными ОА без органической патологии ЩЖ. У пациентов с ОА, имеющих органические поражения ЩЖ, достоверно чаще ($p<0,031$) наблюдались III и IV рентгенологические стадии гонартроза (по Келлгрэну и Лоуренсу).



При сравнении концентрации тиреоидных гормонов в крови у больных ОА (без структурных изменений ЩЖ) и лиц контрольной группы выявлено статистически значимые снижения средних уровней Т3 ($1,9 \pm 0,1$ против $2,7 \pm 0,2$ нмоль/л, $p=0,007$) и ТТГ ($0,9 \pm 0,1$ против $1,6 \pm 0,3$ мМЕд/л, $p=0,023$). Тщательный анализ гормонального спектра у больных ОА позволил сделать заключение о высокой распространенности среди этой категории пациентов так называемого «синдрома эутиреоидной патологии» (СЭП). Данное состояние диагностировалось у 42,9% пациентов с ОА без тиреоидной патологии. СЭП был представлен в основном двумя вариантами: «низким» уровнем Т3 (37,5%) и «аномалиями» (снижением уровня) ТТГ (58,3%). Развитие синдрома «низкого» Т3 мы чаще наблюдали у больных ОА, имеющих более выраженный болевой синдром и проявления реактивного синовита.

На фоне симптоматической терапии, направленной на уменьшение выраженности болевого синдрома и реактивного синовита, тиреоидный статус у больных ОА, имеющих органическую патологию ЩЖ, не претерпел существенной динамики, тогда как у пациентов с функциональными отклонениями в тиреоидной оси он подвергался позитивным сдвигам, которые выражались в повышении исходно низких уровней Т3 и ТТГ.

Заключение. Таким образом, у пациентов с первичным ОА чаще, чем в популяции, встречалась как органическая (преимущественно узловый эутиреоидный зоб), так и функциональная (варианты СЭП с «низким» уровнем Т3 и «аномалиями» ТТГ) патология ЩЖ. У пациентов с органической патологией ЩЖ наблюдались более выраженные клинико-рентгенологические проявления суставного синдрома. У пациентов с СЭП не требовалось проведения дополнительных лечебных мероприятий, направленных на коррекцию отклонений тиреоидного статуса. Терапия, направленная на уменьшение выраженности болевого синдрома и купирование реактивного синовита, обеспечивала позитивные сдвиги в тиреоидном статусе, которые выражались в повышении исходно низких Т3 и ТТГ.

ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ НЕРЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Башкова И.Б.^{1,2}, Гриценко Е.В.³

¹Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,

²Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования,

³Городская клиническая больница №1,

г. Чебоксары

Цель исследования. Оценить динамику клинических, лабораторных и инструментальных показателей у пациентов с нерентгенологическим аксиальным спондилоартритом (нр-аксСпА) через 1 год регулярного применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).



Материалы и методы исследования. В рамках проведения «Неинтервенционного многоцентрового исследования с целью выявления, характеристики и описания тактики ведения пациентов с нр-аксСпА в условиях рутинной клинической практики в Российской Федерации (NiSpAR)» проведена динамическая оценка ряда анализируемых показателей у 15 пациентов с нр-аксСпА, наблюдаемых врачом-ревматологом поликлиники Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования (г. Чебоксары). Мужчин было 12, женщин – 3 (соотношение 4:1). Средний возраст пациентов составил $31,1 \pm 8,5$ г. Медиана длительности заболевания составила 10 [4; 34] мес. У 2/3 пациентов длительность заболевания была менее 1 года. Из внеаксиальных проявлений чаще встречались периферический артрит (33,3%) и энтезит (26,7%). Случаев коксита не наблюдалось. Из внескелетных проявлений отмечены рецидивирующий передний увеит (13,3%) и псориаз кожи (6,7%). 26,7% больных имели более двух клинических признаков спондилоартрита. Позитивными по антигену HLA-B27 были 73,3% участников. Всем пациентам были рекомендованы НПВП, которые назначались в первые 3 мес. в максимальной среднесуточной дозе, в последующие 9 мес. наблюдения допускалось уменьшение кратности приема препарата до 3-5 раз в нед. с интервалом в 12 мес. всем пациентам была выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) крестцово-подвздошных сочленений (КПС). Для оценки степени МРТ-изменений 2 независимыми экспертами-рентгенологами был использован Канадский метод (SPondyloArthritis Research Consortium of Canada MRI index – SPARCC).

Для статистической обработки полученных данных использовали программу Statistica 10.0. Количественные показатели представлены в виде среднего арифметического, стандартного отклонения ($M \pm SD$) или медианы и межквартильного интервала (Me [25-й; 75-й перцентили]), качественные – в долях, выраженных в процентах. При сравнении средних значений количественных показателей в динамике использовали непараметрический критерий Вилкоксона. В качестве порогового уровня статистической значимости принимали значение $p=0,05$.

Результаты исследования. На момент включения пациентов в исследование средние значения индексов BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) и ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) по СПб составили $3,8 \pm 1,9$ и $2,7 \pm 0,9$ соответственно. У 6 чел (40%) индекс BASDAI был выше 4,0, что расценивалось как высокая активность заболевания. У 7 больных (46,7%) активность заболевания, оцененная по ASDAS по СПб, была высокая и еще у 3 (20%) – очень высокая. Медиана метрологического индекса BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index) и функционального индекса BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) составила 0 [0; 1] и 1,6 [0,6; 2,9] соответственно. Медиана индекса MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score) – 1 [0; 3]. Медиана уровня СРБ и СОЭ составила 2,85 [1,00; 7,40] мг/л и 10,0 [3,0; 13,0] мм/ч соответственно. Медиана общего счета SPARCC по оценке 1-го эксперта-рентгенолога оказалась 4 [0; 10] (отек костного мозга (ОКМ) в области КПС диагностирован у 8 пациентов), по оценке 2-го эксперта-рентгенолога – 4 [0; 11] (ОКМ обнаружен у 10 пациентов).

Всем пациентам после установления диагноза нр-аксСпА рекомендован регулярный прием НПВП. 13 больных (86,7%) принимали эторикоксиб в дозе 90 мг/сут, по 1-му пациенту принимали нимесулид 200 мг/сут и диклофенак 150 мг/сут. Базис-



ный противовоспалительный препарат был назначен только в 1-м случае ввиду выраженного периферического артрита.

Оценка клинической картины и индексов в динамике (спустя 12 мес. регулярно приема НПВП) продемонстрировала отчетливую положительную динамику в виде купирования болей в нижней части спины, частичного или полного разрешения периферических артритов и энтезитов, что подтверждалось уменьшением средних значений индексов BASDAI ($p=0,011$), ASDAS по СРБ ($p=0,013$), MASES ($p=0,09$). Доля пациентов с низкой активностью заболевания (ASDAS по СРБ $<2,1$ и BASDAI $<4,0$) увеличилась с 33,3% до 73,3%. Также наблюдалась позитивная тенденция изменений метрологического BASMI ($p=0,68$) и функционального BASFI ($p=0,015$) индексов. Отмечено статически значимое снижение уровня СРБ (с 2,85 [1,00; 7,40] мг/л до 1,07 [0,60; 3,02] мг/л, $p=0,046$). Контроль МРТ-изменений в области КПС, проведенный через 1 год наблюдения за пациентами, также продемонстрировал положительную динамику в виде уменьшения общего счета SPARCC по оценке обоих экспертов-рентгенологов ($p=0,005$). В 6 случаях (40%) наблюдалось полное разрешение активного сакроилиита (по данным МРТ КПС), в 4 случаях (26,7%) – частичное. У 5 пациентов (33,3%) не было выявлено отрицательной МРТ-динамики спустя 12 мес.

Заключение. Таким образом, на фоне регулярного применения НПВП (в большинстве случаев – эторикоксиба в дозе 90 мг/сут) в течение 12 мес. наблюдалось уменьшение выраженности клинических проявлений нр-аксСпА, снижения активности заболевания и уровня СРБ. У 66,7% пациентов наблюдалось полное/частичное купирование ОКМ по данным МРТ КПС, выполненной в динамике, в оставшихся случаях отсутствовала отрицательная МРТ-динамика. Достижение полной клинической, лабораторной и инструментальной ремиссии отмечено у 7 пациентов (46,7%) с нр-аксСпА.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ДЕТЕЙ С СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ

**Баштакова Е.А.¹, Ушакова С.А.², Горохова Н.Е.¹, Шнайдер А.Е.¹,
Халидуллина О.Ю., Габараева Н.С.¹, Степанова Л.Ю.¹, Резенова В.С.¹**

¹Областная клиническая больница №1,

²Тюменский государственный медицинский университет,
г. Тюмень

Обоснование. Впервые детскими ревматологами в ГБУЗ ТО «ОКБ №1» г. Тюмени в 2020 г. создан региональный регистр детей, страдающих семейной средиземноморской лихорадкой (ССЛ). Регистры помогают получать данные о действительном клиническом течении заболевания, оценивать безопасность применяемых медицинских технологий диагностики и лечения и повышать их эффективность в условиях реальной клинической практики.



Цель исследования. Изучить по данным регионального регистра клинические особенности течения ССЛ и своевременность диагностики заболевания у детей, оценить эффективность патогенетической терапии, включая генно-инженерные биологические препараты.

Материалы и методы. Представлен ретроспективный анализ серии 8 случаев детей с рецидивирующими фебрильными или воспалительными эпизодами, направленных в ГБУЗ ТО «ОКБ №1» г. Тюмени (главный врач – к.м.н. И.Б. Попов) в период 2020-2023 г.г. Все пациенты с подозрением на ССЛ соответствовали критериям Eurofever / PRINTO и имели результаты молекулярно-генетической диагностики. Собраны демографические, анамнестические, клинические, генетические характеристики, проведен анализ коморбидных заболеваний/состояний и оценка эффективности лечения пациентов.

Результаты и обсуждение. Регистр пациентов с ССЛ в ГБУЗ ТО «ОКБ №1» включает 8 детей (7 девочек и 1 мальчик) в возрасте от 2 до 14 лет. Этнос пациентов представлен преимущественно армянами – 7 детей (87,5%). У 5 детей (62,5%) дебют заболевания пришелся на возраст от 6 до 10 лет, что соответствует данным литературы о 75% первых приступов в возрасте до 10 лет. Медиана возраста детей на момент начала заболевания ССЛ – 6 лет [Q1;Q3 – 4;10] с диапазоном от 3 месяцев до 11 лет. Возраст пациентов на момент постановки диагноза ССЛ варьировал от 2 лет до 14 лет, Me=6,2 [Q1;Q3 – 5,5;11,5] лет. Задержка в постановке диагноза ССЛ составляла у половины детей более 17 месяцев – Me=17 [Q1;Q3 – 8; 26] месяцев. Клинические проявления ССЛ соответствовали критериям диагноза Eurofever/ PRINTO (2019). Кратковременная фебрильная лихорадка в течение 1-3 дней была самым частым симптомом (100%), за ней следовала – боль в животе (87,5%), боль в груди (50%) и артралгии/ артрит (37,5%). Наиболее распространенная мутация – M694V, ассоциированная с тяжелым течением заболевания и высоким риском развития амилоидоза, встречалась более чем у половины обследованных с периодической болезнью (5 детей – 62,5%), как в гомозиготном состоянии, так и в компаунд-гетерозиготах.

Коморбидность у наблюдаемых пациентов с ССЛ на момент включения в региональный регистр была представлена следующими заболеваниями/состояниями (в абсолютных показателях), непосредственно связанными с ССЛ: юношеский спондилоартрит (1), эпизоды артрита с теносиновитом длительностью до 2-4-х недель (2), миалгия (крампи) (1), эризипелоид (1), гепатоспленомегалия (2), абдоминальная лимфаденопатия (1). Из коморбидных заболеваний / состояний, не связанных с ССЛ, у детей, включенных в регистр встречались: сахарный диабет 1 типа (1), аутоиммунный тиреоидит (1), белково-энергетическая недостаточность 1 степени (2), когнитивный дефицит (1), миопический астигматизм (1). Обращало внимание, что к моменту установления диагноза ССЛ 3 ребенка уже имели в анамнезе оперативные вмешательства по поводу «острого живота».

При анализе эффективности лечения благоприятные ответы на колхицин наблюдались у 6 (75%) из пролеченных детей. У 2 пациенток с ССЛ констатирована колхицино-резистентность и терапия эффективно дополнена ингибиторами рецепторов интерлейкина-1. Верифицированный диагноз ССЛ является гарантией того, что



ребенок, страдающий этой болезнью, получит всю необходимую медицинскую помощь, включая дорогостоящее лечение. Это послужило обоснованием для активного проведения в регионе комплекса мероприятий, направленных на повышение настороженности врачей и выявление новых случаев ССЛ.

Выводы. 1. Анализ данных регионального регистра показал существующую проблему задержки установления диагноза ССЛ с поздним назначением патогенетической терапии. Несмотря на относительную редкость, ССЛ не должна оставаться в «серой зоне» знаний медицинских работников – необходимо продолжить образовательную работу с широким кругом врачей разных специальностей. 2. Перспективы дальнейшей работы с региональным регистром детей с ССЛ: поиск и включение новых пациентов; результаты мониторинга данных регистра могут реально повлиять на качество оказания медицинской помощи детям с ССЛ и, в конечном итоге, на рост качества жизни пациентов и их семей.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ПОТЕРИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ С ЧАСТОТОЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ САРКОПЕНИИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Белокрылова Я.Б., Беляева И.Б.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Установить взаимосвязь между степенью потери минеральной плотности костной ткани и частотой клинических проявлений саркопении у женщин старше 65 лет.

Материалы и методы. В исследование включены 65 женщин старше 65 лет (средний возраст – 68 ± 3 года (от 65 до 71 лет), которым проводилась диагностика остеопороза (на денситометрах REMS и Lunar Prodigy Advance) и саркопении (на основании критериев Европейской рабочей группы по изучению саркопении (European Working Group on Sarcopenia in Older People, EWGSOP) 2010 г., определения мышечной силы с помощью кистевого динамометра ДК-100 и комплекса тестов физической работоспособности (Short Physical Performance Battery, SPPB).

В зависимости от степени потери минеральной плотности костной ткани пациентки были разделены на две группы: 1-я группа (30 пациенток) – с остеопенией (Т-критерий по шейке бедра менее -2,5), 2-я группа (30 пациенток) с остеопорозом (Т-критерий по шейке бедра более -2,5). В исследуемых группах сравнивалась частота клинических проявлений саркопении и мышечная сила. Группы были сравнимы по возрасту и коморбидности.

Статистический анализ проводился с помощью корреляционного анализа в программе Excel. чаще.



Результаты. В группе пациенток с остеопорозом, по сравнению с женщинами с остеопенией, саркопения выявлялась в 2 раза чаще (45,8 и 23,4% соответственно). У пациенток с остеопорозом (группа 2) в возрасте ≥ 71 года, по сравнению с исследуемыми более молодого возраста (65-70 лет) саркопения диагностировалась достоверно чаще (61,3 и 31,2%) по критериям EWGSOP IWGS. Выявлена корреляционная взаимосвязь между минеральной плотностью костной ткани и показателями кистевой динамометрии ($r=0,214$; $p=0,019$ для правой руки и $r=0,221$; $p=0,021$ для левой руки),

Заключение. Установлено двукратное увеличение частоты клинических проявлений саркопении среди женщин с подтвержденным диагнозом остеопороза в возрасте ≥ 71 года, по сравнению с пациентками того же возраста с остеопенией. Определение мышечной силы с помощью кистевой динамометрии является более чувствительным методом диагностики саркопении по сравнению с другими функциональными тестами. Полученные результаты подтверждают взаимосвязь саркопении и остеопороза у женщин пожилого возраста.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С РАССТРОЙСТВАМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

**Благинина И.И.¹, Блудова Н.Г.¹, Реброва О.А.¹,
Покрышка И.И.², Карабуга Д.Г.²**

¹Луганский государственный медицинский университет
им. Святителя Луки,

²Луганская республиканская клиническая больница,
г. Луганск

Установлено, что хронический стресс, приводящий к разбалансировке работы вегетативной нервной системы (ВНС), связан с широким диапазоном иммунологических эффектов, а психотравмирующие события часто являются предикторами возникновения аутоиммунного воспаления. У пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) частота развития расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) колеблется от 24% до 60%, а дисбаланс в работе ВНС усиливается на фоне повышенной тревожности и депрессивных расстройств. Оценка баланса ВНС с помощью метода вариабельности сердечного ритма (ВСР) позволяет оценить психоэмоциональный статус по состоянию вегетативного фона. Проблема исследования вегетативного обеспечения больных АС с РТДС является актуальной в связи с высокой частотой РТДС у данной категории больных.

Цель исследования. Изучение вегетативного обеспечения у больных АС с РТДС.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 67 больных (42 мужчины и 25 женщин) АС с признаками РТДС (средний возраст – $43,7 \pm 7,9$ года,



длительность АС – $8,2 \pm 1,1$ года). Умеренная активность воспалительного процесса установлена у 33 (49,2%), а высокая активность – у 17 (25,3%) пациентов. Исследованы выраженность вегетативной дисфункции (ВД) путем тестирования по методикам «Вейн-пациент» – ВП и «Вейн-врач» ВВ, где возможная ВД – более 15 баллов по ВП, а подтвержденная ВД – более 25 баллов по ВВ и характеристики ВСР с помощью программы «DiaCard».

Результаты и обсуждение. У всех пациентов были выявлены признаки ВД по шкале ВП, а подтвержденная ВД (по ВВ) была установлена в 52 (77,6%) случаях. При этом показатели составили: ВП – 22,0 (19,0; 25,0) баллов и ВВ 31,0 (27,0; 36,0) баллов. В 34 случаях (51% наблюдений) были зарегистрированы жалобы на хроническую усталость и нарушения сна, а в 36 случаях (53,7%) – на снижение настроения. Оценка вегетативной реактивности продемонстрировала следующие статистические и спектральные показатели ВСР: Мо – 0,78 (0,64; 0,85) с; АМо – 46 (43; 52) %; SDNN 63 (48; 70) мс; рNN50 – 6 (2; 13) %; ВР – 0,16 (0,11; 0,18); ИВР – 312,5 (255,6; 409,1); ИН – 192 (151; 261); ТР – 960 (745; 1430) мс²; HF – 156 (95; 412) мс²; LF – 390 (280; 502) мс²; VLF – 575 (460; 665) мс²; LF/HF – 1,89 (1,21; 2,86). У пациентов с АС и РТДС выявлена низкая ВСР, которая является маркером вегетативного дисбаланса и свидетельствует об усилении симпатических влияний (повышение соотношения LF/HF, низкий ТР). Полученные данные отражают преобладание оборонительного компонента в структуре вегетативной обеспеченности данной категории больных. Зарегистрированное снижение ТР, сформировавшееся в большей степени за счет высокочастотного компонента (HF), указывает на снижение устойчивости к психоэмоциональному напряжению.

Выводы. Для больных АС с РТДС характерно наличие признаков ВД, снижение показателей ВСР с превалированием симпатического звена ВНС, а также преобладание оборонительного компонента в структуре вегетативной обеспеченности. Выявленные особенности ухудшают психосоциальный статус пациентов и неблагоприятно влияют на прогноз заболевания.

ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Благинина И.И., Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д., Ершова Я.П.

Луганский государственный медицинский
университет им. Святителя Луки,
г. Луганск

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что применение препаратов омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 ПНЖК) способ-



ствуется регуляции местных клеточных и тканевых функций, включая воспалительные реакции. Именно поэтому добавление к базисной терапии больных анкилозирующим спондилитом (АС) с системными проявлениями со стороны периферической нервной системы, препаратов омега-3 ПНЖК, может способствовать уменьшению у данной категории пациентов выраженности неврологического дефицита, улучшению прогноза и качества жизни за счет противовоспалительных и мембранопротекторных свойств омега-3 ПНЖК.

Цель исследования. Оценить влияние комплексного лечения с использованием ω -3 ПНЖК на выраженность полинейропатии у больных АС.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 27 больных (20 мужчин и 7 женщин) с АС (средний возраст – $47,9 \pm 2,8$ года, длительность АС – $8,7 \pm 1,2$ года) с признаками поражения периферической нервной системы. Умеренная активность воспалительного процесса установлена у 13 (48,1%), а высокая активность – у 7 (26%) пациентов. В зависимости от тактики лечения больные были разделены на 2 репрезентативные группы. I группа (13 больных) получала стандартную терапию нестероидными противовоспалительными препаратами. II – (14 больных) получала комплексное лечение, которое включало стандартную терапию и 2 г в сутки препарата ω -3 ПНЖК во время приема пищи. Результаты лечения оценивались после 4 месяцев наблюдения по динамике клинических (по шкалам Total Symptoms Score (TSS) и Neuropathy Symptom Score (NSS)) и электронейромиографических (ЭНМГ) проявлений невропатии, результатам лабораторных методов исследования.

Результаты и обсуждение. У больных I группы средний балл по шкале жалоб TSS составил $8,04 \pm 0,37$ баллов (максимальное количество баллов по данной шкале – 14,64), во II группе – $7,95 \pm 0,42$; по шкале NSS соответственно $5,15 \pm 0,44$ и $5,07 \pm 0,44$ (максимальный показатель – 9 баллов). При проведении ЭНМГ в обеих группах установлено снижение скорости проведения импульса, повышение терминальной, резидуальной латентности и латентности F-волны. Под влиянием лечения в обеих группах больных наблюдалось вероятное уменьшение уровней C-реактивного протеина и индексов BASDAI, ASDAS. Комплексная терапия с использованием омега-3 ПНЖК способствовала регрессированию симптомов невропатии, что определялось по вероятному уменьшению у больных II группы баллов по шкале TSS до $6,7 \pm 0,51$ баллов ($W=2,27$, $p=0,023$), в большей степени за счет снижения выраженности онемения и парестезий в дистальных отделах конечностей; по шкале NSS – до $4,25 \pm 0,46$ балла ($W=2,37$, $p=0,018$). По данным ЭНМГ наблюдалось некоторое повышение скорости проведения импульса и снижение терминальной, резидуальной латентности и латентности F-волны, что не было характерным для больных I группы.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о возможности включения препарата омега-3 ПНЖК в комплексное лечение больных АС с поражением периферической нервной системы, поскольку его прием положительно влияет не только на показатели маркеров воспалительного процесса, а также и на уменьшение симптомов невропатии у больных АС.



ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ И НЕ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Богдалова Л.Р.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского,
г. Саратов

Обоснование. Недостаточное число работ посвящено изучению факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов, перенесших COVID-19, в отсроченный период времени. Анкилозирующий спондилит (АС) ассоциирован с повышенным сердечно-сосудистым риском, однако факторы кардиоваскулярного риска в постковидный период у пациентов с АС не изучались, что и обусловило интерес к данной проблеме.

Цель исследования. Изучить факторы кардиоваскулярного риска у пациентов с АС, перенесших и не перенесших COVID-19, в процессе динамического наблюдения.

Материалы и методы. В исследование включено 48 пациентов с АС (25 женщин, 23 мужчины, средний возраст $44,7 \pm 10,1$ лет, продолжительность АС – 7 [4; 14] лет), перенесших COVID-19. Критериями включения являлись наличие достоверного диагноза АС, перенесенный COVID – 19 давностью от 12 до 52 недель; возраст от 18 до 65 лет. Группу сравнения составили 30 пациентов с АС без COVID-19 в анамнезе (13 женщин, 17 мужчин, средний возраст $45,9 \pm 8,02$ лет, продолжительность АС 9 [5; 16] лет). Для оценки сердечно-сосудистого риска были учтены следующие факторы: избыточная масса тела или ожирение, артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина (ОХ) более 4,9 ммоль/л), бессимптомная гиперурикемия (уровень мочевой кислоты >360 мкмоль/л). С целью определения ригидности сосудистой стенки артерий проводилась неинвазивная артериография осциллографическим методом. Изучалась скорость пульсовой волны в аорте (СПВА), индекс аугментации в аорте. В динамике (через 12 месяцев после перенесенной инфекции) было обследовано 25 пациентов основной группы.

Результаты. Медиана ИМТ пациентов составила 28,37 [24,41; 31,58] кг/м² в основной группе, 26,57 [24,22; 31,58] – в группе сравнения. У 15 (31%) пациентов основной группы и 8 (27%) группы сравнения выявлено предожирение, у 18 (38%) и 10 (20%) – ожирение разной степени тяжести.

Медиана уровня ОХ составила 5,1 [4,4;6,2] ммоль/л в основной группе, 5,3 [4,7; 6,2] ммоль/л – в группе контроля. Гиперхолестеринемия выявлена у 20 (42%) пациентов основной группы и 12 (40%) группы контроля. Достоверных различий в основной группе и группе сравнения по ИМТ и уровню ОХ получено не было.

Медиана уровня мочевой кислоты через 3 месяца после перенесенной инфекции составила 367,25 [301,4; 390,3] мкмоль/л в основной группе и 277 [235; 319,5] мкмоль/л в группе контроля ($p=0,048$). Бессимптомная гиперурикемия через 3 месяца наблюдалась у 20 (42%) пациентов основной группы и 6 (20%) пациентов группы сравнения ($p<0,05$). Через 12 месяцев этот показатель проанализирован у 25 пациентов основной группы, при этом гиперурикемия сохранялась у 11 (45%) пациентов.



АГ в анамнезе имела у 20 (41,6%) пациентов основной группы и у 17 (57%) в группе сравнения. Антигипертензивную терапию получали 15 (75%) больных, при этом у 4 из них целевой уровень АД не был достигнут на момент исследования. Выявлена умеренная корреляционная взаимосвязь наличия АГ с возрастом ($r=0,42$; $p=0,003$), продолжительностью заболевания ($r=0,4$; $p=0,004$). В группе сравнения 13 (43%) больных получали антигипертензивную терапию. Среди пациентов с АС и АГ в основной группе дестабилизацию АД во время COVID-19 отметили 8 (27%) пациентов, через 3 месяца – 6 (20%) пациентов, через 6 месяцев – 6 (20%) пациентов. Через 12 месяцев повышение АД сохранилось лишь у 2 (7%) пациентов, у остальных наблюдалась стабилизация АД с отменой антигипертензивных препаратов.

Повышение СПВА более 10 м/с регистрировалось у 9 (19%) пациентов, перенесших COVID – 19, и у 3 (10%) пациентов группы сравнения ($p=0,31$). Индекс аугментации в аорте составил $25\pm 11,3\%$ и $24,8\pm 16,57\%$ соответственно ($p=0,46$). Корреляционных взаимосвязей между уровнем АД, жесткостью артерий и активностью АС не получено. Отмечена умеренная обратная взаимосвязь между тяжестью перенесенной коронавирусной инфекции и уровнем систолического АД (САД) ($r=-0,41$, $p<0,05$), между возрастом и СПВА ($r=0,4$, $p=0,021$). Параметры артериальной ригидности в группе перенесших и не перенесших COVID-19 были сопоставимы

Через 12 месяцев в основной группе ($n=25$) высокая СПВА снизилась до нормальных значений у 6 (25%) пациентов, повышения не зарегистрировано ни у одного пациента.

Выводы. У пациентов с АС, перенесших и не перенесших COVID-19, не получено достоверных различий по встречаемости таких факторов риска, как ожирение, дислипидемия, жесткость артерий. АГ, возникшая после перенесенной инфекции, носит «обратимый» характер. В то же время у пациентов с АС, перенесших COVID-19, достоверно чаще выявляется гиперурикемия (у 42%), чем у пациентов с АС без COVID-19 в анамнезе (20%). Уровень мочевой кислоты у пациентов с АС, перенесших COVID-19 сохраняется на высоком уровне в течение года, что является фактором, повышающим кардиоваскулярный риск у пациентов с АС.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕВИЛИМАБА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Болотова Е.В.¹, Яковлева Е.В.², Ильиных Е.К.², Рассовская Т.А.²

¹Кубанский государственный медицинский университет,

²Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1
им. С.В. Очаповского,
г. Краснодар

Ревматоидный артрит (РА) – это иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание, проявляющееся прогрессирующим деструктивным процессом в суставах, а также широким спектром системных проявлений. Ключевую роль в



развитии синовиального воспаления, костной деструкции, стимуляции синтеза белков острой фазы воспаления, В-клеточных антител, а также в развитии системных проявлений РА играет интерлейкин-6 (ИЛ-6). Левилимаб – российский оригинальный препарат, входящий в группу моноклональных антител к рецептору интерлейкина-6 (ИЛ6Р), зарегистрированный для лечения РА умеренной и высокой активности у взрослых и патогенетической терапии новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Цель исследования. Оценить в реальной клинической практике эффективность и безопасность терапии левилимабом у пациентов с ревматоидным артритом высокой и умеренной степени активности.

Материалы и методы. Проанализированы результаты проспективного наблюдательного исследования (срок 6 месяцев) с участием 35 пациентов с РА (29 женщин и 6 мужчин, средний возраст $53,17 \pm 13,2$ лет), проходивших лечение в ГБУЗ «НИИ-ККБ №1 им. профессора С.В. Очаповского» г. Краснодара. Всем пациентам, включенным в исследование, был назначен препарат левилимаб (Илсира) в разовой дозе 162 мг подкожно 1 раз в неделю на фоне базисной терапии метотрексатом ($n=22$), лефлуномидом ($n=8$), сульфасалазином ($n=3$), 2 пациента получали монотерапию левилимабом ввиду плохой переносимости базисных противовоспалительных препаратов. Результаты проводимой терапии оценивались по данным клинических и лабораторных показателей через 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты и обсуждение. На фоне терапии левилимабом уже через 1 месяц наблюдения отмечалось снижение клинико-лабораторной активности процесса в виде уменьшения числа болезненных суставов (ЧБС) – $17,0 (14,0; 20,0)$ vs $8,0 (6,0; 10,0)$, $p=0,000001$), числа припухших суставов (ЧПС) – $3,0 (2,0; 4,0)$ vs $0,0 (0,0; 0,0)$, $p=0,000002$), снижения интенсивности болевого синдрома по ВАШ – $60,0 (60,0; 70,0)$ vs $30,0 (20,0; 40,0)$, мм, $p=0,000001$). Также к концу первого месяца терапии отмечено снижение индексов клинической активности DAS28-СОЭ на 43%, SDAI на 60%, CDAI на 55%. Отмечена положительная динамика лабораторных показателей – уменьшение СОЭ на 76%, уровня СРБ на 98%. К 6 месяцу терапии зафиксировано снижение РФ на 36%, АЦЦП на 11%, однако динамика данных показателей не достигла статистической значимости. К концу 4 недели лечения у 24 (68,6%) пациентов отмечено повышение уровня общего холестерина крови – $5,1 (3,91; 6,0)$ vs $6,1 (4,99; 7,07)$, ммоль/л, $p=0,000006$), при этом у 11 (45,8%) пациентов из данной группы отмечался исходно повышенный уровень холестерина ($6,4 \pm 0,6$ ммоль/л). У 5 (14,3%) пациентов на 4-й неделе зафиксировано повышение АЛТ – $17,0 (11,0; 25,0)$ vs $32,0 (22,0; 43,0)$, Ед/л, $p=0,000062$) и АСТ – $19,0 (14,0; 24,0)$ vs $25,0 (18,0; 36,0)$, Ед/л, $p=0,000171$), у 1 (2,85%) пациента отмечено повышение АЛТ и АСТ выше нормы (АЛТ 144 Ед/л; АСТ 52 Ед/л), что потребовало отмены левилимаба. У 2 (5,7%) пациентов к концу 4-й недели зарегистрировано снижение абсолютного числа нейтрофилов – $3,2 (2,6; 4,0)$ vs $2,3 (2,0; 2,5)$, $10^9/л$, $p=0,002$), что не требовало отмены лечения, так как число клеток сохранялось более $1 \times 10^9/л$. На фоне терапии левилимабом 162 мг подкожно 1 раз в неделю доля пациентов, принимающих преднизолон, снизилась с 46% на момент начала терапии до 11% к концу 6 месяца терапии.



Выводы. Левилимаб является высокоэффективным препаратом для лечения пациентов с ревматоидным артритом высокой и средней степени активности, имеет благоприятный профиль переносимости и безопасности.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ АБАТАЦЕПТОМ

**Борисова М.А.¹, Лукина Г.В.^{1,2}, Аронова Е.С.²,
Глухова С.И.², Насонов Е.Л.^{2,3}**

¹Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова,

²НИИР им. В.А. Насоновой,

³Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
Москва

Обоснование и цель. Абатацепт (АБЦ) представляет собой димерный рекомбинантный белок, активной частью которого является внеклеточный домен молекулы СТЛА4. Данный препарат подтвердил свою эффективность и безопасность в лечении ревматоидного артрита (РА). Целью нашей работы являлось проведение анализа качества жизни пациентов, получающих терапию АБЦ.

Материалы и методы. В исследование включен 91 пациент с РА, наблюдавшиеся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Большинство пациентов было среднего возраста ($49 \pm 13,5$), позитивные по РФ (72,5%) и АЦЦП (77%) с высокой активностью заболевания ($DAS28 = 5,1 \pm 1,0$) и неэффективностью базисной противовоспалительной терапии (в основном метотрексат, 70,3%). Инфузии АБЦ проводились в дозе 10 мг/кг по стандартной схеме. Оценка эффективности терапии проводилась по критериям EULAR/ACR 2011г. Качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника EQ-5D.

Результаты. На фоне терапии АБЦ клиническое улучшение по критериям EULAR через 6 месяцев лечения отмечено у 70,9% (n=56), а через 12 месяцев – у 63% (n=47) пациентов. Медиана КЖ достоверно улучшалась с 3-го мес. наблюдения ($p < 0,05$). После 12 мес. лечения значительно выросло число пациентов, которые без затруднений могли ухаживать за собой (до начала лечения 22%, после 12 мес 41%, n=51), не испытывали ограничений в повседневной деятельности (до начала лечения 10%, после 12 мес 31%, n=51), а также тревоги/депрессии (до начала лечения 26%, после 12 мес 45%, n=51). При оценке индивидуального ответа на лечение после 12-го мес. выраженного эффекта достиг 31% пациент, минимального эффекта – 7% и у 62% эффект отсутствовал. На фоне терапии АБЦ отмечалось достоверное снижение боли по ВАШ уже после 3 мес. лечения. Уровень боли по ВАШ к 12-му мес. лечения снизился на 50%.

Выводы. Лечение абатацептом приводила к достоверному улучшению качества жизни пациентов с ревматоидным артритом. Однако у значительной части пациентов сохранялись ограничения повседневной деятельности, что может быть обусловлено продвинутой стадией заболевания.



ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АБАТАЦЕПТА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Борисова М.А.¹, Лукина Г.В.^{1,2}, Аронова Е.С.²,
Глухова С.И.², Насонов Е.Л.^{2,3}

¹Московский клинический научно-практический центр
им. А.С. Логинова,

²НИИР им. В.А. Насоновой,

³Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
Москва

Обоснование и цель. Ревматоидный артрит (РА) – это хроническое аутоиммунное заболевание, проявляющееся в основном поражением суставов и приводящее к инвалидизации трудоспособного населения. Нарушение функции суставов, развивающееся в ходе РА, приводит к снижению качества жизни и ограничению повседневной деятельности. Целью нашего исследования было проведение анализ влияния абатацепта (АБЦ) на функциональное состояние у больных РА.

Материалы и методы. Данное исследование было проведено на базе ФГБНУ НИИР имени В.А. Насоновой. В исследование был включен 91 пациент, большинство из которых женщины, с высокой активностью заболевания РА (DAS28=5,1±1,0, SDAI=28±13,4, CDAI=25±12). Средняя продолжительность заболевания составила 3,0 (1,4–12) года, большинство пациентов были положительными по РФ 72,5%, АЦЦП 77%, лечение проводилось с помощью АБК (в/в, 10 мг/кг). Терапевтический эффект оценивали по критериям EULAR, уровень боли – по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), функциональное состояние – по HAQ.

Результаты. Клиническое улучшение по критериям EULAR через 6 месяцев лечения зафиксировано у 70,9% (n=56), а через 12 месяцев – у 63% (n=47). Функциональное состояние пациентов по индексу HAQ достоверно улучшалось с 12-й нед. терапии АБЦ (p<0,05). Почти у половины пациентов (48,9%) регистрировалось улучшение после 3 мес. лечения, после 6 и 9 мес. количество данных пациентов увеличилось до 61 и 70% соответственно, а затем немного уменьшалось до 64% через 12 мес. наблюдения. При этом процент пациентов, достигших значительного клинического улучшения, нарастал на протяжении всего периода наблюдения и к 12 мес. достиг максимума (32%). Несколько больше пациентов достигли функциональной ремиссии после 6 и 12 мес. наблюдения в группе «биологически наивных» пациентов по сравнению с пациентами, получавшими ГИБП: 67 против 33%, 62,5 против 37,5% соответственно, но достоверности данные различия не достигли.

Выводы. Терапия абатацептом приводила к достоверному улучшению функционального состояния пациентов с ревматоидным артритом. В группе «биологически-наивных» пациентов отмечалась тенденция к более выраженному ответу по сравнению с остальной группой.



ИССЛЕДОВАНИЕ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бубман Л.И.¹, Тополянская С.В.^{1,2}, Васильева Ю.Ю.¹,
Пилярова М.Х.¹, Карпов В.В.¹, Молочников А.Ю.¹, Нечаев А.И.¹,
Хан С.О.¹, Лыткина К.А.¹, Мелконян Г.Г.¹

¹Госпиталь для ветеранов войн №3,

²Первый МГМУ им. И. М. Сеченова,

Москва

Цель. Определить концентрацию остеопротегерина в крови больных пожилого и старческого возраста с атеросклерозом артерий нижних конечностей и оценить клиническое значение остеопротегерина при различной патологии.

Материалы и методы. В исследование было включено 45 больных в возрасте старше 60 лет с клинически значимым атеросклерозом артерий нижних конечностей, подтвержденным данными ультразвукового исследования и компьютерной ангиографии. Средний возраст пациентов достигал 73+1 года (от 60 до 91 года). Большинство включенных в исследование больных составили мужчины – 53,5%, на долю женщин приходилось 46,5%. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое и лабораторное обследование, а также комплексная гериатрическая оценка. Концентрацию остеопротегерина в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Использовали тест-системы производства компании «Cloud-Clone Corp». Диапазон нормальных значений для остеопротегерина установлен не был, диапазон возможных измерений варьировал от 0,059 до 10 нг/мл. Измеряли также минеральную плотность костной ткани поясничного отдела позвоночника и проксимальных отделов бедренных костей методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Результаты. Средняя по группе концентрация остеопротегерина составила 1,03+0,5 нг/мл, варьируя от 0,047 до 2,86 нг/мл. В группе женщин средняя концентрация остеопротегерина достигала 1,07+0,5 нг/мл, в группе мужчин – 1,01+0,5 нг/мл ($p=0,73$). При проведении корреляционного анализа обнаружена достоверная прямая взаимосвязь между концентрацией остеопротегерина и возрастом больных ($r=0,33$; $p=0,03$). Установлена обратная корреляция между концентрацией остеопротегерина и глюкозы в крови ($r=-0,43$; $p=0,003$). В общей группе больных иных значимых корреляций между уровнем остеопротегерина и другими изученными лабораторными показателями обнаружено не было. Вместе с тем в группе женщин зарегистрированы достоверные корреляции между остеопротегерином и креатинином ($r=0,55$; $p=0,01$), мочевой кислотой ($r=0,89$; $p=0,01$), глюкозой ($r=-0,51$; $p=0,02$), а также показателями шкалы инструментальной активности в повседневной жизни (IADL: $r=0,61$; $p=0,01$). В группе мужчин установлена лишь корреляция между возрастом и концентрацией остеопротегерина в крови ($r=0,41$; $p=0,05$). Значимых корреляций между концентрацией остеопротегерина в крови и всеми изучен-



ными показателями минеральной плотности костной ткани в поясничном отделе позвоночника и в проксимальных отделах бедренных костей не обнаружено. Однако в группе пациентов с остеопорозом в поясничном отделе позвоночника средняя концентрация остеопротегерина достигала $1,6+0,03$ нг/мл, тогда как с нормальной минеральной плотностью костной ткани в этом отделе позвоночника – $0,96+0,33$ нг/мл ($p=0,02$). Достоверных различий между концентрацией остеопротегерина у пациентов с остеопорозом в проксимальных отделах бедренных костей и с нормальной минеральной плотностью костной ткани установлено не было. У пациентов с хронической сердечной недостаточностью средняя концентрация остеопротегерина достигала $1,2+0,57$ нг/мл, без сердечной недостаточности – $0,96+0,47$ нг/мл ($p=0,1$). Различий в концентрации остеопротегерина у женщин с хронической сердечной недостаточностью и без сердечной недостаточности обнаружено не было ($1,07$ нг/мл в обеих группах; $p=0,99$), тогда как у мужчин с ХСН концентрация остеопротегерина достигала $1,32+0,69$ нг/мл, без сердечной недостаточности – $0,88+0,33$ нг/мл ($p=0,05$). Различий в концентрации остеопротегерина в группах пациентов, перенесших инфаркт миокарда или острое нарушение мозгового кровообращения, с фибрилляцией предсердий, с сахарным диабетом, с ожирением и без этих патологических состояний обнаружено не было. У женщин с азотемией и повышением уровня креатинина средняя концентрация остеопротегерина достигала $1,25+0,5$ нг/мл, без этой патологии – $0,77+0,5$ нг/мл ($p=0,06$); у мужчин данных различий не найдено.

Заключение. В рамках данного пилотного исследования установлен ряд взаимосвязей между концентрацией остеопротегерина и другими лабораторными показателями, а также с хронической сердечной недостаточностью и остеопорозом в поясничном отделе позвоночника. Однако небольшая выборка больных и отсутствие контрольной группы не позволяют в настоящий момент делать однозначные выводы о роли остеопротегерина при атеросклерозе артерий нижних конечностей и при другой сердечно-сосудистой патологии. Необходимы дальнейшие исследования по установлению клинического значения остеопротегерина при различной сердечно-сосудистой и иной возраст-ассоциированной патологии.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В СПИНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ – КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Бычкова А.С., Грапененкова А.И., Мартынова А.Д.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Введение. Подагра – системное тофусное заболевание, которое характеризуется отложением солей мочевой кислоты, поражающее в большей степени опорно-двигательный аппарат в варианте артритов суставов нижних конечностей. При распространении подагрического процесса кристаллы моноурата натрия могут нака-



пливаться в различных органах и тканях, в том числе в тканях позвоночника и околопозвоночной области. Хроническая боль в спине у людей с установленным диагнозом подагры или гиперурикемией не является феноменом как в связи с широким спектром коморбидных состояний, так и по причине подагрического поражения позвоночника. Подагрический спондилит может быть вероятной причиной возникновения боли в спине, но эта форма подагры редко выявляется специалистами ввиду специфической диагностики и недостаточной осведомленности.

Цель исследования. На основании анализа данных литературных источников и собственных данных оценить распространенность боли в спине и ее характеристики у людей с подагрой и гиперурикемией.

Материалы и методы. Был проведен анализ материалов, представленных в рейтинговых медицинских журналах из медицинских баз данных (PubMed, MedLine, e-Library), и собственных наблюдений по результатам опроса и изучения историй болезни пациентов в возрасте 18-и лет и старше ревматологических отделений КРБ №25 с установленным диагнозом подагры или наличием гиперурикемии, которые предоставили информированное согласие на обработку персональных данных и участие в исследовании.

Собирали демографические данные исследуемых, сведения о наличии коморбидных состояний и их терапии. Оценивали изменения лабораторных показателей в клиническом анализе крови, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), уровень С-реактивного белка (СРБ), мочевой кислоты, креатинина и мочевины крови, а также мочевой кислоты и креатинина в моче

Исследование одобрено этическим комитетом СПб ГБУЗ КРБ №25. Использовались методы описательной статистики.

Результаты. Клинические проявления подагрического спондилоартрита многообразны. Наиболее масштабным является анализ 131 случая поражения позвоночника и околопозвоночных тканей при подагре в системе PubMed. Невозможно не отметить, что симптомы заболевания тесно связаны с локализацией поражения. Saketkoo LA и соавторы в своем исследовании отмечали, что подагрическое поражение поясничного отдела позвоночника преобладало у 78%, при этом наиболее частой находкой были эрозии фасеточных суставов, также было обнаружено поражение позвонков в грудном отделе позвоночника и крестцово-подвздошном сочленении. По сей день диагностика подагрического спондилоартрита затруднительна. Desai MA и авторы считают, что с течением времени двухэнергетическая компьютерная томография получает все большее признание как очень чувствительный метод для идентификации отложений кристаллов моноурата натрия, однако «золотым стандартом» диагностики подагрического спондилита был и остается морфологический метод.

Мы инициировали исследование на базе СПб ГБУЗ «КРБ 25», в ходе которого были проведены опрос и изучение историй болезни пациентов с подагрой и гиперурикемией ревматологических отделений, проанализированы их клинико-лабораторные данные. Критерием включения в исследование являлся подтвержденный диагноз подагры или наличие гиперурикемии (уровень мочевой кислоты крови более 360 мкмоль/л, который был зафиксирован не менее двух раз). Основу работы состави-



ли наблюдения за 158 пациентами, из которых с подтвержденным диагнозом подагры 118 человек, с гиперурикемией 40 человек. Средний возраст исследуемых больных составил $59,65 \pm 15,4$ г (18-95 лет), из которых 101 мужчины и 57 женщины. Продолжительность заболевания у пациентов составляла от 2 недель до 56 лет. Среди всех наблюдаемых больных 10% были распределены в группу нормальной массы тела, 32,7% с повышенной массой тела, 39,1% с ожирением 1 степени, 8,2% с ожирением 2 степени и 10% с ожирением 3 степени. При оценки анамнеза жизни мы обнаружили, что курили 22,2% опрошенных, 70,8% на момент исследования не курили, 7% курили в анамнезе. Из сопутствующих заболеваний чаще всего регистрировалась артериальная гипертензия (75,5%), в то же время сахарный диабет отмечался в 22,7% случаев (1 типа – 2,9%, 2 типа – 97,1%), мочекаменная болезнь в 16% случаев, хроническая болезнь почек в 30,8% случаев. Также мы изучили результаты лабораторных исследований. Полученные данные показали, что лейкоцитоз выявлялся у 20,7% опрошенных, повышение скорости оседания эритроцитов у 67,4% с максимальным результатом 112 мм/ч, повышенный С-реактивный белок выявлен у 66,4% пациентов с максимальным уровнем 180,7 мг/л, увеличение уровня мочевой кислоты отмечалось в 76,7% случаев с максимальным значением 743 мкмоль/л, уровень креатинина был повышен у 28,8% пациентов, максимальный уровень креатинина составило 176,04 мкмоль/л, повышение мочевины наблюдалось у 19,2% пациентов с максимальным результатом в 19,9 ммоль/л. В анализах мочи было выявлено снижение мочевой кислоты в 27,2% случаев, креатинина в 12,5% случаев. Далее были изучены результаты инструментальных исследований. Среди всех исследуемых рентгенография крестцово-подвздошных сочленений была выполнена у 33 пациентов, позвоночника – у 8 пациентов, тазобедренных суставов – у 39 пациентов, коленных суставов – у 29 пациентов, кистей – у 50 пациентов, стоп – у 74 пациентов. DECT проводилась у 21 пациента, в результате которой у 11 пациентов были выявлены отложения мочевой кислоты в мелких суставах стоп. По результатам анкетирования была сформирована группа из 72 человек, у которых были отмечены жалобы на хроническую боль в спине на момент опроса и в анамнезе (45,6%). Боль в большинстве случаев регистрировалась в поясничном отделе позвоночника (у 47 пациента (65,3%)), в грудном и шейном у 1 (1,4%) и 4 (5,6%) человек соответственно. Боль в двух и более отделах позвоночника одновременно встречалась у 20 (27,7%) человек. Воспалительный характер боли встречался у 24 пациентов (33,3%). В ходе исследования оценивалась интенсивность ночной и дневной боли. Большая часть пациентов (58 человека (80,6%)) указывали на большую интенсивность боли в дневное время суток, нежели в ночное. Продолжительность боли колебалась от нескольких минут у 3 человек (4,2%) до постоянной у 13 исследуемых (18,1%). Средний возраст на момент первого эпизода боли был $51,3 \pm 14,1$ г. Нейропатический компонент боли регистрировался у 18 (25%) пациентов, а ограничение подвижности в позвоночнике у 34 (47,2%) больных. По результатам лабораторных исследований повышение С-реактивного белка отмечено у 39 (54,2%) пациентов, повышенная СОЭ у 46 (63,9%) человек, мочевая кислота у 49 (68,1%) больных, повышение креатинина у 14 (19,4%) пациентов, а мочевины у 13 (18,1%) человек. Из результатов анализов мочи обращает на себя внимание изменения моче-



вой кислоты и креатинина у 3 (4,17%) и 2 (2,8%) больных соответственно. Были оценены данные инструментальных исследований. Среди исследуемых с болью в спине рентгенография крестцово-подвздошных сочленений была выполнена у 21 пациента, позвоночника – у 5 пациентов, тазобедренных суставов – у 23 пациентов, коленных суставов – у 13 пациентов, кистей – у 16 пациентов, стоп – у 29 пациентов. По данным рентгенографии в большинстве случаев были зарегистрированы изменения, характерные для остеоартрита той или иной области. ДЕСТ проводилась у 7 пациентов. Этим методом подагрический спондилит подтвержден у 3-х пациентов с болью в спине, морфологически – у одного пациента.

Выводы. Полученные данные достоверно подтверждают, что практически половина пациентов с подагрой испытывает боль в спине, 33,3% пациентов – боль воспалительного характера. Нельзя исключить, что уратный компонент оказывает влияние на боль у пациентов с воспалительным компонентом и выраженной острофазовой активностью. Необходимо формирование большого регистра для разрешения вопроса подагрического спондилита, а также выполнение более специфичных исследований в варианте двуэнергетической компьютерной томографии и морфологического исследования.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТА ПРИМЕНЕНИЯ РЕСВЕРАТРОЛА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ

Васи́левский И.В.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Цель исследования. Проанализировать результаты применения ресвератрола в эксперименте при остеоартрите.

Материалы и методы. Используются современные литературные данные по изучаемому вопросу.

Результаты и обсуждение. Остеоартрит (ОА) – наиболее распространенная возрастная артропатия, характеризующаяся деградацией суставного хряща с дегенеративными изменениями других компонентов сустава, таких как кость, мениск и синовиальная оболочка. Пациентам с данной патологией назначают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и анальгетики, другие лекарственные средства (ЛС), однако они имеют множество побочных эффектов, таких как повышенный риск желудочно-кишечных кровотечений и токсичность для почек, печени и сердечно-сосудистой системы. Поэтому поиск эффективного и безопасного лечения, которое могло бы замедлить или остановить прогрессирование ОА, продолжается. В этом плане перспективным является использование ресвератрола, эффекты которого в эксперименте при ОА тщательно изучаются.



Хотя ОА традиционно считается невоспалительным заболеванием, текущие исследования показывают, что воспаление способствует развитию заболевания. При ОА в синовиальной оболочке развивается воспалительная реакция и высвобождаются провоспалительные вещества, такие как цитокины и хемокины. Эти провоспалительные медиаторы вызывают латеральное повреждение тканей суставов, что приводит к боли, скованности и опуханию суставов. Медиаторы воспаления также запускают выработку матриксных металлопротеиназ (ММП), которые ускоряют разрушение хрящевого матрикса, что приводит к потере целостности хряща и развитию ОА.

Ресвератрол (транс-3,4',5-тригидроксистильбен) представляет собой биологически активное соединение, обычно встречающееся в нескольких растениях, таких как виноградная лоза (*Vitis vinifera*), спорыш (*Polygonum cuspidatum*) и *Veratrum grandiflorum*. Ресвератрол продемонстрировал противовоспалительные, антиоксидантные и противоопухолевые эффекты в ранее проведенных исследованиях. Ресвератрол может улучшить повреждение суставного хряща, противодействуя выработке протеаз, разрушающих хрящ. Кроме того, ресвератрол также активирует сигнальный путь сиртуина 1 (SIRT1) и снижает секрецию воспалительных цитокинов через различные сигнальные пути, тем самым предотвращая порочное внутрисуставное воспаление при ОА. Эти свойства ресвератрола можно использовать для защиты суставов от ОА. В ряде исследований на животных изучалось влияние ресвератрола на ОА. Оказалось, что ресвератрол может проникать в бессосудистое пространство суставов, подавляя местное воспаление при ОА и улучшая выживаемость хондроцитов.

Являясь основным типом клеток хрящевой ткани, хондроциты играют решающую роль в поддержании ее структурной и функциональной целостности. Дисфункция хондроцитов является важным фактором патофизиологии ОА. Нарушение этой компенсаторной способности будет играть роль в развитии ОА, когда компенсаторная способность хондроцитов не сможет адаптироваться к изменяющимся стрессовым условиям организма. Апоптоз хондроцитов является частью гомеостаза хрящевой ткани в физиологических условиях. Однако поврежденные хондроциты при ОА рано вступают в процесс апоптоза и секретируют различные цитокины, известные как секреторные фенотипы, связанные со старением (SASP), или модуляторы внеклеточных сигналов. Было показано, что SASP индуцирует повышенную выработку как местных воспалительных факторов, так и молекул окислительного стресса, что приводит к усилению местных или системных воспалительных реакций. По мере развития ОА синтетические функции суставных хондроцитов постепенно снижаются, а уровень апоптоза постепенно возрастает. Обнаружено, что после введения ресвератрола (30, 60 или 120 мг/кг/сут в течение шести недель) кроликам с ОА апоптоз хондроцитов коленного сустава значительно ингибируется. Высокая доза ресвератрола (120 мг/кг/сут) оказывала более выраженное ингибирующее действие на апоптоз хондроцитов коленного сустава. Таким образом, ресвератрол может ингибировать апоптоз хондроцитов в зависимости от дозы.



Метаанализ показал, что ресвератрол значительно улучшил структуру суставов, ингибируя высвобождение медиаторов воспаления (IL-1 β , TNF- α и IL-6) и NO [медиатора воспаления, продуцируемого индуцибельной NO-синтазой (NOS)]. Следует отметить, что большинство исследований на животных проводилось на мышках/кроликах-самцах. Было показано, что IL-6 оказывает катаболическое действие на суставной хрящ, препятствуя анаболизму. И наоборот, было обнаружено, что ингибирование IL-6 ограничивает ремоделирование внеклеточного матрикса и потерю костной массы, тем самым сохраняя гомеостаз суставной ткани. Обнаружено, что сывороточный IL-6 подавлялся дозозависимо у кроликов с ОА после приема ресвератрола (30 мг/кг/день, или 60 мг/кг/день, или 120 мг/кг/день в течение 45 дней) в сравнении с кроликами, не получавших ресвератрол.

Выводы. Остеоартрит (ОА) – наиболее распространенное возрастное заболевание суставов, распространенность которого во всем мире возрастает. Предполагается, что причиной ОА является стойкое воспаление в суставной щели. Ресвератрол – это противовоспалительное и антиоксидантное соединение, которое может влиять на метаболизм хряща посредством нескольких сигнальных путей. Было показано, что ресвератрол ингибирует секрецию интерлейкина-1 β , фактора некроза опухоли- α , интерлейкина-6, оксида азота и апоптоз суставных хондроцитов. В эксперименте на моделях животных с ОА показано, что структура суставов может быть восстановлена с помощью ресвератрола. Таким образом, экспериментальные исследования свидетельствуют о том, что ресвератрол является потенциальным терапевтическим средством при ОА.

РОЛЬ ИНФЛАММАСОМЫ NLRP3 ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Василевский И.В.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Цель исследования. Проанализировать результаты исследований о роли инфламмасы NLRP3 при ревматоидном артрите с позиций использования имеющейся информации для таргетной терапии аутоиммунных заболеваний.

Материалы и методы. Используются современные литературные данные по изучаемому вопросу.

Результаты и обсуждение. Ревматоидный артрит (РА) – хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся необратимым и прогрессирующим разрушением суставов, воспалением синовиальной оболочки, а также повреждением хрящей и костей, что в конечном итоге приводит к деформациям суставов и функциональным нарушениям. Все больше данных свидетельствуют о ключевой роли инфламмасы NLRP3 в патогенезе РА, в первую очередь путем модуляции ниже-



стоящих цитокинов, участвующих в возникновении и прогрессировании РА [1]. Различные воспалительные факторы, такие как TNF- α , IL-1 β и IL-6, участвуют в возникновении и прогрессировании повреждения суставов при РА [2], среди которых ингибирование нижестоящего регуляторного фактора IL-1 β инфламماسомы NLRP3 особенно важно для лечения РА.

Проводимые исследования указывают на повышенные внутриклеточные уровни NLRP3, активированной каспазы-1, про-IL-1 β и активированного IL-1 β в клетках цельной крови пациентов с активным РА. Более того, моноциты, макрофаги и дендритные клетки пациентов с РА демонстрируют значительно повышенную экспрессию инфламماسомы NLRP3. Понимание роли инфламماسомы NLRP3 в патогенезе РА должно учитывать дифференциацию между различными типами клеток. Было показано, что экспрессия NLRP3 в мононуклеарных клетках крови пациентов значительно выше, чем у здоровых лиц. Генетические исследования показывают, что аллель С в локусе rs4612666 и аллель G в локусе rs10754558 NLRP3 могут повышать риск РА. Аналогичные результаты исследований показывают, что мутации в белках инфламماسомы NLRP3 (NLRP3 rs35829419 и CARD8 rs2043211) могут приводить к повышенной восприимчивости и тяжести РА, усиливая активность инфламماسомы NLRP3 и секрецию IL-1 β у пациентов с РА. Кроме того, было показано, что нуклеотидные полиморфизмы, связанные с NLRP3, модулируют индивидуальную восприимчивость к развитию РА и ответу на лечение. С. Guo с соавт. обнаружили, что MCC950 (селективный ингибитор NLRP3) может подавлять активацию инфламмасом NLRP3 в моноцитах и макрофагах, тем самым облегчая артрит, воспаление и повреждение костей. Это доказывает участие инфламмасом NLRP3 в патогенезе РА и их критическую патофизиологическую роль в нем.

В моделях мышей с коллаген-индуцированным артритом (КИА) повышенная экспрессия NLRP3 в синовиальных тканях коррелирует с тяжестью артрита и рентгенологическими повреждениями. Накопление сукцината в синовиальных тканях крыс с КИА вызывает активацию NLRP3 путем регуляции транскрипции фактора 1 α , индуцируемого гипоксией (HIF-1 α), тем самым участвуя в фиброзе артрита. Исследования показали, что некоторые экзогенные и эндогенные частицы, включая вдыхаемые экзогенные вещества, такие как кремний, асбест, квасцы, а также патологические факторы в организме, формирующие кристаллы, такие, как моносодийурат, кристаллы холестерина и белковые отложения, островковый амилоидный полипептид, могут вызывать повреждение лизосом, разрыв, утечку содержимого и активировать инфламмасому NLRP3 посредством фагоцитоза. Этот процесс приводит к высвобождению катепсина В (лизосомальная цистеиновая протеаза, принадлежащая к семейству папаина) в цитоплазму. Недавние исследования показали, что катепсин В играет более общую роль в активации инфламмасомы NLRP3 с различными типами активаторов NLRP3, включая АТФ, нигерицин и частицы.

Выводы. Инфламмасома NOD-подобного рецепторного белка 3 (NLRP3) представляет собой белковый комплекс, который регулирует врожденные иммунные реакции путем активации каспазы-1 и воспалительных цитокинов IL-1 β и IL-18. Многочисленные исследования выявили его решающую роль в патогенезе и развитии



воспалительных заболеваний кишечника, ревматоидного артрита, системной красной волчанки, аутоиммунных заболеваний щитовидной железы и другой аутоиммунной патологии. Исследование основных механизмов функционирования инфламмасомы NLRP3 при ревматоидном артрите и других аутоиммунных заболеваниях имеет важное клиническое значение для обоснования разрабатываемой таргетной лекарственной терапии.

ДИАГНОСТИКА РАННЕ НЕВЕРИФИЦИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ОСНОВАНИИ УРОВНЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА

**Василенко Е.А.^{1,2}, Мазуров В.И.³, Зеброва А.А.^{1,2},
Максимова Е.А.^{1,2}, Башкинов Р.А.³**

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова,

³СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить распространенность ранее неverifiedированной болезни Крона (БК) в когорте больных ревматическими заболеваниями (РЗ) на основании результатов исследования фекального кальпротектина (ФК).

Материалы и методы. В анализ включен 271 больной: 37 – ревматоидным артритом (13,7%), 87 – псориатическим спондилитом (ПС, 32,1%) и 147 анкилозирующим спондилитом (АС, 54,2%). Уровень ФК определяли у всех пациентов методом иммуоферментного анализа: <80 мкг/гр – норма (n=102, 37,6%); 80-160 мкг/гр – промежуточный уровень (n=37, 13,7%), >160 – повышение (n=132, 48,7%). Фиброколоноскопию (ФКС) и гистологическое исследование полученного биопсийного материала выполняли 85 больным с повышением ФК, 3 – с промежуточным уровнем и 9 – с нормальным значением данного показателя.

Результаты. Среди пациентов с повышенным показателем ФК в 49,4% случаев (n=42) при ФКС были выявлены признаки воспалительных изменений, а у 18,8% (n=16) больных установлено наличие БК, подтвержденное гистологическим исследованием. В данной когорте 87,5% (n=14) наблюдаемых страдали АС, 12,5% (n=2) – ПС, у 75% (n=12) регистрировался периферический артрит, у 31,3% (n=5) энтезит, у 12,5% (n=2) увеит, 68,8% (n=11) были позитивны по HLA-B27.

У всех 3 пациентов с промежуточным уровнем ФК при ФКС были выявлены признаки воспаления, в то время как у одного HLA-B27 позитивного больного АС с периферическим артритом и энтезитом в анамнезе, гистологически верифицирована БК.



Из 9 пациентов с нормальным уровнем ФК воспалительные изменения в области толстой кишки по данным ФКС определялись у 33,3% (n=3), при этом все они носили неспецифический характер.

Выводы. Определение повышенного уровня ФК позволило верифицировать гистологически подтвержденную, ранее недиагностированную БК у 18,8% пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ). Все наблюдаемые с вновь выявленной БК страдали одним из заболеваний группы спондилоартритов: АС (88,2%) и ПС (11,8%), а также в большинстве случаев были позитивны по HLA-B27 (70,6%).

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АЛЛЕЛЕЙ HLA-B27 И HLA-CW6 У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Василенко Е.А.^{1,2}, Мазуров В.И.³, БыркANOва А.А.^{1,2},
Максимова Е.А.^{1,2}, Башкинов Р.А.³**

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова,

³СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить частоту выявления мутаций HLA-B27 и HLA-Cw6 в главном комплексе гистосовместимости человека у пациентов с различными ревматическими заболеваниями (РЗ).

Материалы и методы. В анализ было включено 503 больных РЗ: 297 – псоритическим спондилоартритом (ПС), 107 – серопозитивным ревматоидным артритом (РА), 73 – анкилозирующим спондилитом (АС) и 26 – серонегативным РА. Серопозитивность пациентов с РА основывалась на выявлении положительных титров АЦЦП и/или РФ. Определение аллелей HLA-B27 и HLA-Cw6 осуществлялось методом полимеразной цепной реакции.

Результаты. В группе больных АС HLA-B27 был положительным у 61,6% (n=45), а HLA-Cw6 у 50,7% (n=37). Обращало внимание, что одновременное наличие мутации как по HLA-B27, так и по HLA-Cw6 регистрировалось в 31,5% (n=23) случаев.

Среди пациентов, страдающих ПС, HLA-B27 выявлялся в 10,8% (n=32), в то время как HLA-Cw6 в 41,1% (n=122) случаев. При этом, одновременно HLA-B27 и HLA-Cw6 был позитивным у 2,4% больных (n=7).

У 17,8% (n=19) пациентов с серопозитивным РА определялся HLA-B27 и у такого же количества (17,8%) HLA-Cw6, в то время как оба генотипа одновременно лишь в 0,9% (n=1) случаев.



При отрицательных значениях РФ и АЦЦП у больных РА HLA-B27 выявлялся у 7,7% (n=2), а HLA-Cw6 у 15,4% (n=4). В 3,9% (n=1) случаев регистрировался и HLA-B27, и HLA-Cw6.

Выводы. Генотипы HLA-B27 и HLA-Cw6 как изолированно, так и совместно чаще выявлялись у больных, страдающих АС. Обращает на себя внимание тот факт, что среди пациентов с РА достаточно часто регистрировались мутации, более характерные для группы спондилоартритов. Данные особенности могут свидетельствовать о недостатках современных представлений об этиопатогенезе РЗ, требует дальнейших исследований и наблюдений, а также должны учитываться при планировании объемов обследования и лечения данной когорты больных.

К ВОПРОСУ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У СТУДЕНТОВ

Вейцман И.А., Жданова А.О.

Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул

Цель исследования. Выявить факторы риска развития заболеваний фосфорно-кальциевого обмена среди студентов медицинского университета и оценить адекватность профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Опрос по специально разработанной анкете среди студентов медицинского университета с помощью платформы Google формы.

Количество респондентов – 99 человек. 85,9% в возрасте от 18 до 24 лет. Среди участников 65,7% женского пола, 34,3% мужского пола.

Результаты и обсуждения. Респонденты указывали свой рост и вес, на основе этих данных был произведен расчет индекса массы тела (ИМТ), по результатам которого 62 респондента имеют нормальный ИМТ, 11 – дефицит массы тела, 16 – предожирение, 10 – ожирение 1 степени.

65,7% опрошенных ответили, что у них не было переломов костей, 34,3% имели переломы ранее. Все они произошли в детском возрасте до 15 лет.

69,7% опрошенных не проводят профилактику нарушений кальций-фосфорного обмена – не употребляют витамина D3, остальные 30,3% принимают витамин D3. Из тех лиц, которые принимают холекальциферол – 33% круглогодично, 32% нерегулярно, периодически, курсами несколько раз в год, 35% только в зимний период. Дозировки витамина D3 у всех респондентов варьируются от 500 до 5000 МЕ в сутки. Контроль содержания 25ОН витамина D в сыворотке крови проводили лишь 10% респондентов.

На вопрос «Как часто Вы употребляете молоко и кисломолочные продукты?» 38,4% респондентов ответили «один раз в неделю», 32,3% «ежедневно», 19,2% «3-4 раза в неделю», 10,1% «не употребляю».



Всего лишь 8,1% опрошенных принимают препараты кальция.

Регулярно физической нагрузкой занимаются 50% респондентов, в среднем кратность составляет 2-3 раза в неделю.

Выводы. Заболевания опорно-двигательного аппарата имеют тенденцию к увеличению. Набор костной массы продолжается до 25 лет, в связи с чем актуальным является проведение профилактики нарушений кальций-фосфорного обмена среди молодежи. На основании проведенного нами исследования, можно сделать выводы о недостаточной осведомленности студентов в отношении сохранения здоровья скелета и проведения профилактических мероприятий – недостаточное и не регулярное применения витамина D3, не достаточное употребление молока и молочных продуктов, не достаточная физическая активность. Результаты полученного исследования положены в разработку программы для лиц молодого возраста санитарно-гигиенического направления «Здоровья костей начинается сегодня».

МАРКЕРЫ НЕТОЗА ПРИ ВАСКУЛИТАХ АССОЦИИРОВАННЫХ С АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫМИ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИМИ АНТИТЕЛАМИ

Воркель Е.Н., Решетняк Т.М., Нурбаева К.С., Черкасова М.В.

НИИР им. В.А. Насоновой,

Москва

Обоснование. НЕТоз (процесс образования внеклеточных ловушек нейтрофилов (ВЛН)) принимает важное участие в патогенезе ассоциированного с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА) васкулита (ААВ). Среди маркеров НЕТоза, появившихся в клинической практике, можно выделить оценку уровня сывороточного кальпротектина (КЛП) и нейтрофильной эластазы (НЭ). Они могут являться потенциальными показателями для мониторинга активности ААВ и выявления пациентов с риском рецидива заболевания.

Цель исследования. Исследовать уровень КЛП и НЭ в сыворотке крови у пациентов с ААВ.

Материалы и методы. В проспективное одномоментное исследование было включено 60 пациентов от 18 лет с достоверным диагнозом ААВ (33 с ГПА, 11 с ЭГПА, 16 с МПА), преобладали женщины – 40 (67%). В качестве здорового контроля было включено 30 человек (22 женщины, 8 мужчин). Медиана возраста больных составила 53 года [40; 63] и контроля – 30 лет [25; 37]. Диагноз морфологически подтвержден у трети больных. Для измерения активности ААВ использовали общепринятый международный Бирмингемский индекс активности заболевания (Birmingham Vasculitis Activity Score, BVAS, версия 3). Высокая активность ААВ соответствовала значению BVAS>3 баллов. В зависимости от активности ААВ больные были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 32 больных с высокой активностью, во II-ю



группу – 28 пациентов с низкой. Для количественного определения ВЛН у больных ААВ и здоровых доноров измеряли уровень НЭ с использованием иммуноферментного анализа (ИФА) в нг/мл, а также КЛП с помощью набора реагентов (Buhlmann Laboratories AG, Швейцария) методом ИФА в мкг/мл. Всем пациентам проводились общепринятые методы обследования, согласно стандартам оказания медицинской помощи больным с системными васкулитами. Все обследования проводились на базе ФГБНУ НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой. Данные были проанализированы с помощью программного обеспечения Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Уровни НЭ в крови у больных ААВ были достоверно выше по сравнению со здоровыми донорами ($p < 0,001$), Me 0,135 [0,10; 0,41] и Me 0,07 [0,01; 0,11] соответственно. Были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) между уровнями НЭ здоровых доноров и пациентов как с низкой (Me 0,13 [0,07; 0,41]), так и с высокой (Me 0,17 [0,10; 0,41]) активностью ААВ. Однако концентрация НЭ у пациентов в активной стадии достоверно не превышала по сравнению с больными с низкой активностью ($p = 0,56$). Напротив, уровень КЛП в крови был связан с активностью ААВ, его концентрация в активной стадии ААВ (Me 5,37 [3,42; 10,05]) была достоверно выше по сравнению с больными с низкой активностью (Me 2,89 [1,54; 3,79]) ($p < 0,001$). Достоверных различий в содержании КЛП у пациентов с низкой активностью ААВ и здоровым контролем не отмечалось (Me 3,65 [2,43; 7,59] и 2,9 [2,18; 3,93], $p = 0,11$.) Уровни НЭ и КЛП не зависели от типа ААВ или специфичности АНЦА, длительности заболевания, а также пола, возраста больных, наличия сопутствующих заболеваний.

Была выявлена положительная корреляция сывороточного КЛП, в отличие от НЭ, с индексом активности ААВ BVAS ($p = 0,033$, $r = 0,28$), а также параметрами воспаления, такими как количество лейкоцитов в периферической крови ($p = 0,01$, $r = 0,33$), нейтрофилов в абсолютных и относительных значениях ($p = 0,006$ и $p = 0,008$), отношением нейтрофилов к лимфоцитам (NLR-neutrophil to lymphocyte ratio) ($p = 0,004$, $r = 0,36$), системным индексом воспаления (SII – systemic immune-inflammation index) ($p = 0,007$, $r = 0,34$). Хотя уровни КЛП были связаны с активностью заболевания, они не коррелировали с острофазовыми показателями, включая СОЭ и СРБ. Концентрация НЭ не коррелировала с СОЭ и СРБ. Среди всех биохимических показателей уровни КЛП в крови коррелировали с креатинином при ААВ ($p = 0,039$, $r = 0,27$), но связи с СКФ и мочевым осадком не выявлялось. Повышение НЭ было ассоциировано с наличием поражения легких ($p = 0,026$) и верхних дыхательных путей ($p = 0,023$) у больных ААВ.

Выводы. Результаты исследования сывороточного КЛП у пациентов с ААВ выявили, что его концентрация была достоверно выше у пациентов с активным заболеванием и коррелировала с индексами воспаления NLR и SII, что позволяет его рассматривать кандидатом оценки активности заболевания. Уровни НЭ были достоверно выше у больных ААВ по сравнению с контрольной группой независимо от степени активности заболевания. Повышение уровня НЭ у больных ААВ свидетельствует об избыточном образовании ВЛН. Дальнейшие исследования КЛП и НЭ в крови в динамике при ААВ остаются актуальными.



РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА

Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Бердиева Д.У., Аскарлов Н.Л.

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Анализ методов ранней диагностики неспецифического аортоартериита (НАА) по данным ретроспективного исследования историй болезни.

Материалы и методы. Исследованы истории болезни двадцати четырех больных (женщины в возрасте от 30 до 58 лет), находившихся на стационарном лечении в отделениях сосудистой хирургии и ревматологии Ташкентской Медицинской Академии. Всем больным был проведен комплекс клинических и биохимических обследований, ЭКГ, ЭхоКГ, дуплексное исследование и МСКТ сосудов.

Результаты. Анализ историй болезни показал, что у 12 больных заболевание дебютировало в возрасте до 30 лет, однако в начальной стадии у 62% больных не был поставлен диагноз НАА. У 13 больных начало болезни было бессимптомным и первое их обращение к врачу было обусловлено повышением артериального давления, остальным больным были поставлены следующие диагнозы: ревматическая лихорадка, пневмония, инфекционно-аллергический миокардит, остеохондроз позвоночника. Начальные клинические проявления в виде слабости, увеличения СОЭ имело место у 11 больных, у 9 из них они сочетались с лихорадкой и анемией, у 7 – онемением левой руки. Симптомы заболевания обычно развивались в сроки от 2 месяцев до 7 лет. Чаще отсутствовал пульс на левой руке (у 13 больных), реже – на обеих руках или только на правой руке. Шумы над артериями, выявлялись у всех госпитализированных больных. Анамнестически стойкая артериальная гипертензия имела место у большинства больных. Дуплексное исследование, проводимое всем больным, позволило выявить три анатомических типа поражения сосудов при НАА. Первый анатомический тип поражения (с поражением дуги аорты и отходящих от нее ветвей) наблюдался у 9 больных. Второй анатомический тип (с присоединением поражения брюшного отдела аорты) отмечен у 7 больных. Третий анатомический тип (с поражением дуги аорты и сосудов нижних конечностей) выявлен у 8 больных. Обширность поражения коррелировала со степенью активности процесса (лейкоцитоз, повышение СОЭ, лихорадка). У 71% больных диагностированы умеренная и высокая степень активности заболевания. Известно, что определение активности НАА не всегда является легко решаемой проблемой. В связи с этим особое значение имеет динамическое наблюдение за состоянием сосудов с помощью дуплексного исследования, позволяющего в значительной степени облегчить решение диагностических проблем. Дуплексное исследование артерий включало в себя измерение параметров сосудов (скорость кровотока, диаметр, толщину стенок, индекс резистентности). При наличии показаний к оперативному лечению проводилось МСКТ сосудов.



Выводы. Таким образом, несоответствие клинических проявлений болезни и активности воспалительного процесса в сосудах, сложность адекватной оценки эффективности лечения обуславливают необходимость дальнейших научных исследований по изучению клинических особенностей НАА и разработки тактики ведения больных. В целях улучшения ранней диагностики НАА больным рекомендуется проводить душплексное исследование и МСКТ сосудов.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Бекенова Г.Т.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить уровни интерлейкина-6 (ИЛ-6) в сыворотке крови у больных системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. Обследовано 60 больных ССД в возрасте от 18 до 50 лет 54 жен и 6 муж в возрасте старше 18 лет, в среднем $50,4 \pm 15$ лет находившихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Длительность заболевания составляла от 3 месяцев до 10 лет. Все больные дССД и лССД отвечали диагностическим критериям EULAR/EUSTAR 2013 г. У 40 больных имела место лимитированная форма ССД (лССД) и у 20 – диффузная (дССД). Помимо клинической характеристики кожной, сосудистой и висцеральной патологии, у всех больных определяли иммунологические (РФ) и общеклинические показатели крови (СОЭ, С-реактивный белок, общий белок и белковые фракции, креатинин). Уровень ИЛ-6 в сыворотке измеряли у пациентов с ССД ($n=60$) и здоровых людей в контрольной группе ($n=20$). Были изучены связи между уровнем ИЛ-6 в сыворотке и С-реактивным белком и ключевыми клиническими исходами при ССД.

Результаты. Уровень ИЛ-6 в сыворотке часто был повышен у пациентов с ССД, особенно у пациентов с диффузным ССД и повышенными маркерами острой фазы. Выраженная экспрессия в коже наблюдалась в дермальных фибробластах, мононуклеарных клетках и эндотелиальных клетках у пациентов с ранним диффузным ССД. Высокая экспрессия ИЛ-6 на ранней стадии диффузным ССД, по-видимому, связана с более тяжелым поражением кожи через 3 года и худшим долгосрочным выживанием, чем у пациентов без повышенных уровней ИЛ-6.

Заключение. Результаты исследования подтверждают клиническое значение ИЛ-6 при ССД может рассматриваться как маркер воспаления и фиброза, но также может быть клинического исхода при этом заболевании. Эти данные также служат обоснованием для клинических исследований, а также в качестве потенциальной антифибротической терапии ССД.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МРТ-ВЕРИФИЦИРОВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АТЛАНТОАКСИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Гараева А.Р.¹, Лапшина С.А.¹, Заманова Э.С.²,
Габдуллина З.Н.², Абдулганиева Д.И.¹

¹Казанский государственный медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница,

г. Казань

Наиболее распространенными заболеваниями из группы спондилоартритов (СПА), с поражением краниовертебрального перехода (КВП), являются анкилозирующий спондилит (АС) и псориатический артрит (ПсА). Клинические проявления в виде боли могут быть как воспалительного характера, так и следствием уже запущенного процесса с развитием атлантоаксиальной нестабильности (ААН), с возможными необратимыми неврологическими осложнениями.

Цель. Оценить особенности течения СПА у пациентов с МРТ-верифицированными изменениями атлантоаксиальной области.

Материалы и методы. 43 пациентам со СПА проведена МРТ-диагностика КВП. Средний возраст составил 45,9±12,63 лет. Активность (ASDAS(CRP)): очень высокая – 79,1%, высокая – 11,6%, низкая – 7%. Медиана длительности заболевания 168 [2; 408] месяцев. Коморбидная патология отмечалась у 74,4%, медиана – 3 [0; 13]. Клиническое обследование включало: оценку нейропатической боли (НП) по шкале Pain detect (PD), определялся неврологический статус. ААН оценивали с помощью МРТ шеи с краниометрическими измерениями, затем рассчитывали отклонения в сравнении с данными МРТ 50 здоровых лиц.

Результаты. 76,7% имели боль в шее, 97,7% – воспалительного характера, 72,1% – невоспалительного (НБ – 62,8%). Среднее значение боли по шкале ВАШ составило 6,09±1,78. Наиболее распространенными коморбидными патологиями были: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, гастропатии, сахарный диабет, ожирение и метаболический синдром. Боль в шее чаще встречалась у пациентов с МРТ-изменениями в КВП и была связана с НБ (rSp=0,311; p=0,043). Была выявлена связь между ААН и длительностью заболевания (rSp=0,499; p=0,005), количеством болезненных (rSp=0,505; p=0,009) и припухших суставов (rSp=0,471; p=0,015), количеством сопутствующих заболеваний (rSp=0,471; p=0,009), функциональными ограничениями по опроснику BASFI (rSp=0,389; p=0,010) и функциональными пробами (тесту козенок-стена) (rSp=-0,381; p=0,038).

Выводы. Изменения атлантоаксиальной области на МРТ визуализируются у большинства пациентов со СПА, характеризуясь изменениями, характерными для данной патологии в целом. Отмечено, что при таких нарушениях боль более интенсивная, смешанного характера с преобладанием нейропатического компонента. При



этом количество болезненных и припухших суставов больше, с более выраженными функциональными ограничениями. Многокомпонентный характер боли в шее, периферический артрит и степень функциональных ограничений могут быть основанием для проведения МРТ шейного отдела позвоночника и своевременной диагностики патологии этой области.

ВЛИЯНИЕ ANTI-B-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А.,
Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н.,
Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н.
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Обоснование. Поражение сердца является одним из тяжелых осложнений системной склеродермии (ССД) и вносит большой вклад в ухудшение качества жизни пациентов. В большинстве работ, посвященных влиянию ритуксимаба (РТМ) при ССД, освещается его положительный эффект на поражение кожи и интерстициальное поражение легких (ИПЛ), но мало данных о динамике кардиопатии и качества жизни.

Цель исследования. Целью нашего исследования была оценка параметров функции сердца и качества жизни у пациентов с ССД на фоне anti-B-клеточной терапии препаратом РТМ в течение длительного периода наблюдения.

Материалы и методы. В исследование включен 81 пациент с достоверным диагнозом ССД. В данной группе средний возраст составил $48,2 \pm 13$ лет, 83% пациентов были женщинами. Средняя продолжительность заболевания $5,3 \pm 4,3$ года. У большинства пациентов (60%) была диффузная форма заболевания. У всех пациентов было интерстициальное поражение легких (ИПЛ). В данной группе не было пациентов с первичной легочной гипертензией. Все пациенты получали преднизолон в средней дозе $11,8 \pm 4,1$ мг/день, а 40% из них – иммуносупрессанты. Пациенты получали РТМ из-за неэффективности предыдущей терапии ИПЛ. Длительность наблюдения составила 42 ± 14 месяцев после начала терапии РТМ. Суммарная доза средняя доза РТМ $= 3,6 \pm 1,4$ г. Качество жизни оценивалось с помощью опросника Health Assessment Questionnaire (HAQ). Результаты представлены в виде средних значений.

Результаты и обсуждение. На фоне терапии РТМ было отмечено достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) с $62,4 \pm 7$ до $66,5 \pm 6,4\%$ ($p=0,001$). СДЛА (оцененное с помощью эхокардиографии) оставалось в



стабильных пределах (изменения с $33\pm 8,6$ до $34\pm 8,6$ мм рт. ст.). Отмечалось некоторое уменьшение количества пациентов с нарушениями ритма сердца с 43 до 38%, нарушениями проводимости сердца с 42 до 39% и диастолической дисфункцией левого желудочка с 48 до 41%, но эти изменения были не значимыми. Выявлено улучшение качества жизни пациентов в виде снижения баллов в опроснике HAQ с $1,3\pm 0,8$ до $0,9\pm 0,7$ ($p=0,001$). Была выявлена умеренная статистически значимая корреляция между HAQ и СДЛА ($r=0,523$; $p=0,01$) и между HAQ и ФВ ЛЖ ($r=-0,450$; $p=0,001$), умеренная корреляция между значениями HAQ и диастолической дисфункцией ($r=0,307$; $p=0,001$).

Выводы. В нашем исследовании параметры функции сердца и качества жизни достоверно улучшились на фоне терапии РТМ при длительном наблюдении. Была выявлена корреляция между значениями опросника HAQ и улучшением ФВ ЛЖ и СДЛА, что может говорить о том, что эти параметры вносят вклад в качество жизни при ССД. Анти-В-клеточная терапия может улучшить качество жизни у пациентов с системной склеродермией и сопутствующей кардиальной патологией.

ВЛИЯНИЕ ИСХОДНОГО УРОВНЯ В-КЛЕТОК НА ДИНАМИКУ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ

Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А.,
Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н.,
Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н.
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Обоснование. В настоящее время анти-В-клеточная терапия препаратом ритуксимаб (РТМ) при интерстициальном поражении легких (ИПЛ), ассоциированном с системной склеродермией (ССД), обретает все большую распространенность. Однако вопрос о факторах лучшего ответа на РТМ при ИПЛ, ассоциированном с ССД, остается открытым.

Цель исследования. Целью нашего исследования была оценка изменений показателей функциональных легочных тестов при ИПЛ, ассоциированном с ССД, на фоне терапии РТМ в зависимости от исходных значений В-клеток.

Материалы и методы. В наше исследование включено 104 пациента с достоверным диагнозом ИПЛ, ассоциированного с ССД. Средний период наблюдения составил $13\pm 2,3$ месяца. В группе преобладали пациенты женского пола (84%), средний возраст $47,4\pm 12,9$ года. Средняя продолжительность заболевания была $6,2\pm 5,5$ года. Диффузная форма заболевания была у 54% пациентов, у 66% выявля-



лись положительные антитела к топоизомеразе-1. Все пациенты принимали преднизолон в дозе $11,3 \pm 4,5$ мг/сутки, иммуносупрессанты получали 49% из них. Исходно средние значения абсолютного количества В-клеток составили $0,216 \pm 0,18 \times 10^9/\text{л}$, т.е. находились в пределах нормы. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от исходных значений абсолютного количества В-клеток: группа 1 – 38 пациентов с В-клетками ниже нормы (ниже $0,1 \times 10^9/\text{л}$), группа 2 – 59 пациентов с В-клетками в пределах нормы (от 0,1 до $0,5 \times 10^9/\text{л}$) и группа 3 – 7 пациентов с повышением В-клеток (более $0,5 \times 10^9/\text{л}$). Суммарная средняя доза РТМ в группе 1 составила $1,4 \pm 0,6$ гр, в группе 2 – $1,5 \pm 0,7$ гр, в группе 3 – $1,7 \pm 0,5$ гр. Результаты исходно и в конце наблюдения представлены в виде средних значений, медианы, нижнего и верхнего квартиля, а также дельты (Δ) как разницы между значением показателя исходно и в точке наблюдения.

Результаты и обсуждение. Исходно у пациентов в группе 3 была самая короткая продолжительность заболевания – медиана = 2 [0,8; 4] года по сравнению с 6,5 [4; 11] лет в группе 1 и 4,5 [2,5; 8] лет в группе 2; высокий кожный счет (КС): 22 [6; 25] балла по сравнению с 6 [2; 16] баллов в группе 1 и 9 [4; 15] баллов в группе 2; более высокая форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ в % от должных значений): 80% [64; 114] по сравнению с 77,6% [62; 89] в группе 1 и 76,7% [63; 94] в группе 2; более высокая диффузионная способность легких (ДСЛ в % от должных значений): 49% [34; 67] по сравнению с 37,5% [28; 54] в группе 1 и 44% [35,7; 57,7] в группе 2; и более высокий индекс активности заболевания: 4,2 [2; 5] балла по сравнению с 3 [1,5; 4] баллами в группе 1 и 2,5 [2; 4] баллами в группе 2. При этом в группе 1 наблюдалась самая большая продолжительность заболевания (более 5 лет), самый низкий КС и ДСЛ. В группе 1 медиана В-клеток снизилась с $0,05 [0,02; 0,07] \times 10^9/\text{л}$ до $0,001 [0; 0,004] \times 10^9/\text{л}$. В группе 2 наблюдалось снижение с $0,235 [0,146; 0,35] \times 10^9/\text{л}$ до $0,031 [0,001; 0,022] \times 10^9/\text{л}$. В группе 3 – снижение с $0,674 [0,647; 0,72] \times 10^9/\text{л}$ до $0,009 [0,002; 0,2] \times 10^9/\text{л}$. В группе 3 Δ В-клеток была достоверно выше, по сравнению с группами с нормальными и сниженными В-клетками. Изменения оцениваемых параметров в группе 1 были следующие: Δ КС = 0 [0; 7] баллов, Δ ФЖЕЛ = 0,9 [-2; 6,6] %, Δ ДСЛ = 0 [-2,1; 4] %, Диндекс активности = 2 [0,75; 2,5] баллов; в группе 2: Δ КС = 1 [0; 6] балл, Δ ФЖЕЛ = 2,7 [-0,8; 10,3] %, Δ ДСЛ = 1,3 [-5,2; 5,6] %, Диндекс активности = 1,5 [0; 2,5] баллов; в группе 3: Δ КС = 5,5 [0; 14] баллов, Δ ФЖЕЛ = 10 [4; 18,8] %, Δ ДСЛ = -3,7 [-5,7; 2,2] %, Диндекс активности = 3,5 [1,5; 4] баллов. Изменения этих показателей между группами 3 и 1 были достоверными ($p = 0,001$). Была выявлена умеренная достоверная корреляция между Δ В-клеток и ФЖЕЛ ($r=0,475$; $p=0,01$).

Выводы. В нашем исследовании у пациентов с более высоким уровнем В-клеток наблюдалось более выраженное улучшение фиброза кожи, ФЖЕЛ и снижение индекса активности заболевания. Снижение В-клеток коррелировало с увеличением ФЖЕЛ. Таким образом, у пациентов с ИПЛ, ассоциированным с ССД, и высоким уровнем В-клеток отмечается наибольшая эффективность терапии РТМ.



ПОВЫШЕННАЯ ЭКСПРЕССИЯ ПОДПИСИ ИНТЕРФЕРОНА ТИПА 1 У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ НЕИССЛЕДОВАННЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ

Головина О.А.¹, Мутовина З.Ю.¹, Загребнева А.И.¹, Мышкин М.Ю.²,
Турчанова М.А.², Бринатова О.В.³, Шагина И.А.³, Журина Т.И.¹

¹Городская клиническая больница №52,

²Институт биоорганической химии им. акад.

М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова,

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

Москва

Обоснование. Системная склеродермия (ССД) является иммуновоспалительным заболеванием очень высокой смертностью, патогенез которого до конца не ясен.

Цель. Целью исследования является разработка методики поиска доминирующего типа иммунного ответа на основе ПЦР в реальном времени для будущей стратификации терапии ССД с использованием цитокинов или ингибиторов их рецепторов.

Материалы. В исследование было включено 27 пациентов с ССД. Проведен анализ возраста, длительности и формы заболевания, типа антител (АТ), капилляроскопического паттерна, органного поражения, терапии, активности заболевания согласно индексу European Scleroderma Study Group (EScSG). Были собраны образцы кожи и крови, экстрагирована РНК с помощью HiPure Total RNA Kit (Magen) или с помощью тризола, и в последующем образцы были осаждены с помощью спирта для образцов кожи и методом градиента Фиколла для образцов крови. RT-PCR 5 генов-кандидатов (IFIT44, IFIT3, IFIT27, ISG15, 1 XAF) были обработаны используя TaqMan и 2-ΔΔ Ct метод и соотнесены с генами (B2m, HPRT, TBP) от здоровых доноров. Результаты были проанализированы с использованием критериев Манна-Уитни и Уилкоксона и корреляцией Спирмена.

Результаты и обсуждение. В исследование были включены 27 пациентов с ССД. Пол: женщины 23 (85,19%), мужчины 4 (14,81%). Возраст (в годах): <25 лет – 1 пациент (3,7%), 25-45 лет – 3 пациента (11,11%), >45 лет 23 пациента (85,19%). Продолжительность заболевания (в годах): <5 – 2 пациента (7,41%), 5-15 – 14 пациентов (51,85%), >15 – 11 пациентов (40,74%). Активность заболевания: EScSG ≥ 3 – 10 пациентов (37%), EScSG ≤ 3 – 17 пациентов (63%). Форма: диффузная 12 (44,44%), лимитированная 15 (55,56%). Органное поражение: легкие – 19 (70,37%), сердце 8 (29,63%), первичная легочная артериальная гипертензия 5 (18,52%), телеангиэктазии 23 (85,19%), пищевод 22 (81,48%), кишечник 5 (18,52%), мышцы 5 (18,52%), суставы 19 (70,37%), кожа 25 (92,59%), феномен Рейно 27 (100%), дигитальные язвы 7 (25,93%), почки 1 (3,7%). Тип АТ: к Scl-70 9 (33,33%), CENT-B 13 (48,15%), RNP 70 1 (3,7%), PM-Scl 1 (3,7%). Капилляроскопический паттерн: поздний 18 (66,67%), активный 6 (22,22%), ранний 1 (3,7%), склеродермо-подобный 2 (7,41%). Терапия на



момент биопсии: микофенолата мофетил 10 (37,04%) (монотерапия 1 (3,7%)), ритуксимаб 8 (29,63%) (монотерапия 1 (3,7%)), нинтедагип 3 (11,11%), низкие дозы глюкокортикоидов 15 (55,56%) (монотерапия 3 (11,11%)), Д-пеницилламин 1 (3,7%), метотрексат 1 (3,7%), гидроксихлорохин 8 (29,63%) (монотерапия 4 (14,81%)), без терапии 4 (14,81%).

РНК от 27 пациентов с ССД (образцы кожи – 21, образцы крови – 14) и здоровых доноров (образцы кожи – 2, образцы крови – 36) были экстрагированы, оценена экспрессия.

Были получены значимые корреляции (R_s от 0,412 до 0,879, $p < 0,05$) между экспрессиями генов-кандидатов интерферона 1 типа (ИФН1); ген XAF1 показал корреляцию с IFIT ($R_s = 0,621$, $p = 0,05$) в образцах крови и геном IFIT4 ($R_s = 0,458$, $p = 0,05$) в образцах кожи. Кровь давала значительно более высокие значения экспрессии, чем образцы кожи, за исключением IFIT27. Была найдена корреляция ($R_{iIFIT27} = 0,429$, $R_{iIFIT3} = 0,405$, $R_{ISG15} = 0,387$, $XAF1 = 0,494$), но достоверность не была достигнута для 8 пар образцов. Не было получено корреляции между экспрессией и возрастом, активностью/продолжительностью болезни и терапией, за исключением монотерапии низкими дозами глюкокортикоидов и XAF1 ($0,589$, $p = 0,05$).

Выводы. Повышенная экспрессия генов (IFIT3, IFIT 27, IFIT44, ISG15) у пациентов с ССД дает обоснование для последующих исследований по использованию терапии рецепторами анти-ИФН 1 типа у пациентов с ССД. Недавно разработанный тест на экспрессию ИФН1 должен предсказать ответ на такую терапию. Выявленная корреляция между экспрессией ИФН1-генов позволяет использовать «коктейль» индикаторов для теста. XAF1 может быть вовлечен в патогенез ССД у некоторых пациентов, но в настоящее время не разработано терапии направленной против него. Экспрессия генов в крови и пораженной коже от одних и тех же пациентов сопоставима, но совершенно различна по значениям. Чтобы понять лучший способ отбора проб для теста, необходимы дальнейшие исследования с большим количеством пациентов.

ФАКТОР РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ (FGF)-21 И ЕГО КОРРЕЛЯЦИИ С ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

**Гордеева С.Е., Полякова Ю.В., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р.,
Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В.**

Научно-исследовательский институт клинической
и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Факторы роста фибробластов (FGF) представляют собой семейство клеточных сигнальных белков, продуцируемых макрофагами. В настоящее время известно 23 члена семейства FGF.



FGF21 относится к гепатокинам и секретируется преимущественно печенью. Основная функция FGF21 – регуляция потребления простого сахара и предпочтение сладкой пищи через центральные рецепторы FGF21 в гипоталамусе. Повышение уровня FGF21 связывают с энергетической недостаточностью. Исследования по его влиянию на организм при воспалительных заболеваниях малочисленны.

В нашем исследовании оценивались показатели 88 женщин с РА. Средний возраст пациенток составил $54,2 \pm 12,0$ (51,7-56,7) лет, ИМТ – 28,5 [24,1-32,3], длительность заболевания – 10 [4,5-17,0].

Мы не выявили корреляции уровня FGF21 с серопозитивностью по РФ, АЦЦП, СРБ, активностью болезни по DAS 28, клинической стадией заболевания, рентгеновской стадией и функциональным классом болезни, что в общем коррелируется с данными других исследований.

При этом в нашем исследовании была выявлена отрицательная корреляция уровня FGF-21 с длительностью заболевания РА ($\rho = -0,22$; $p = 0,041$) и положительная с уровнем СОЭ ($\rho = 0,35$; $p = 0,0023$). Наиболее высокий уровень FGF-21 отмечался у пациентов принимающих ГК на момент исследования ($Z = 3,25$; $p = 0,001$; 98,3 [55,6-179,9]) против пациентов не принимающих в настоящее время ГК (39,8 [23,9-93,6]).

Обсуждение. Известно, что FGF21 улучшает чувствительность тканей к инсулину, способствует снижению уровня глюкозы в сыворотке крови и снижению массы тела. При этом отмечается повышение FGF21 при сахарном диабете 2-го типа, ожирении, неалкогольной жировой болезни печени и других заболеваниях, активно влияющих на обменные процессы в тканях организма. Так же кратковременное повышение уровня FGF21 отмечается при голодании и при переедании. Существует мнение, что FGF21 повышается компенсаторно в ответ на метаболический стресс. Повышение уровня FGF-21 в сыворотке крови у пациентов с РА, принимающих ГК на момент исследования наиболее вероятно, связано с влиянием ГК на углеводный и жировой обмен. ГК относятся к жиромобилизирующим гормонам, уменьшая поступление глюкозы в клетки, включая в энергетический обмен вместо глюкозы жирные кислоты. Одновременно ГК усиливают глюконеогенез в печени, дополнительно повышая уровень глюкозы в крови и стимулируя повышение уровня инсулина. При этом ГК замедляют быструю фазу секреции инсулина в поджелудочной железе и замедляют захват и утилизацию глюкозы периферическими тканями, приводя к инсулинорезистентности.

Повышенный уровень СОЭ при РА сопровождается выраженным воспалением и большими энергетическими затратами иммунной системы, что требует быстрого высвобождения глюкозы из депо. У некоторых пациентов на фоне обострения воспалительного процесса снижается аппетит, что может приводить к естественному снижению уровня глюкозы в сыворотке крови и, как следствие, активации процессов высвобождения ее из депо.

Вмешательство во все уровни углеводного обмена приводят к нарушению энергетического обмена в митохондриях и способствуют с одной стороны повышению уровня FGF21, а с другой, при длительном нарушении энергетического обмена происходит перераспределение массовой доли жировой и мышечной ткани с уменьшением процентного содержания последней (что показано в большом количестве исследований композитного состава тела при РА).



Длительно болеющий пациенты, как правило, имеют дефицит мышечной массы, как следствие, имеют низкий запас гликогена и низкую активность гликогенфосфоорилазы. Возможно, отсутствие субстрата для влияния FGF21 и приводит к постепенному снижению его уровня у длительно болеющих пациентов.

Выводы. При РА уровень FGF21 показывает прямую корреляцию с приемом глюкокортикоидов и повышенном СОЭ. Обратная корреляция уровня FGF21 выявляется у давно болеющих пациентов.

РАСШИРЕННОЕ СЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Гриднева Г.И.¹, Верижникова Ж.Г.¹, Аронова Е.С.¹,
Белов Б.С.¹, Паневин Т.С.¹, Лисицына Т.А.¹,
Лукина Г.В.², Кудрявцева А.В.¹

¹НИИР им. В.А. Насоновой,

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

Обоснование. В популяции больных ревматическими заболеваниями HBV распространен гораздо шире, чем принято считать. Проблема недостаточного скрининга на HBV, особенно перед назначением ГИБП, является весьма актуальной. Риск инфицирования HBV пациентов, относящихся к группам риска, практически равен нулю при уровне антител к HBsAg ≥ 10 мМЕ/мл.

Цель исследования. Провести серологический скрининг на наличие признаков перенесенной HBV-инфекции и уровень защитных антител к HBV среди взрослых пациентов стационарных отделений ФБГНУ НИИР им. В.А. Насоновой.

Материалы и методы. В исследование включено 440 HBsAg-негативных больных РА старше 18 лет. Проводился анализ сыворотки крови на наличие антител к HBsAg (анти-HBc) полуколичественным методом (ИФА, «Вектор Бест») и анализ сыворотки крови на содержание антител к HBsAg количественным методом (ИФА, «Вектор Бест»). Пациенты включались в исследование последовательно, критерием включения был отрицательный тест на HBsAg, критерием исключения – отсутствие диагноза РЗ, коинфекция вирусом гепатита С или вирусом иммунодефицита человека.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что 64 (14%) пациента были позитивными по анти-HBc, в этой группе более половины (39(61%)) не имели антител к HBsAg в защитном титре. У 26 больных выявлены анти-HBc, но антитела к HBsAg отсутствовали. В целом в группе антитела в защитном титре (более 10 мМЕ/мл) имели всего 130 (30%) больных, что подтверждает важность обсуждения вопроса о вакцинации пациентов с РЗ, особенно относящихся к группам риска.



Выводы. Расширенный скрининг на HBV для всех больных РЗ представляется экономически эффективным, что должно быть подтверждено в дальнейших исследованиях. Внедрение стандартных методик скрининга на инфекцию ВГВ поможет существенно снизить расходы, связанные с лабораторными исследованиями и последствиями реактивации HBV, включающими необходимость лечения обострения гепатита, а также вызванную этим смену терапии или перерыв в лечении РЗ, которые могут повлечь обострение аутоиммунного процесса.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

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

Азербайджанский медицинский университет,
Баку, Азербайджан

Обоснование. Изучено влияние нафталанской нефти в комплексном лечении больных остеоартритом (ОА). Нафталанская нефть обеспечивает противовоспалительный, обезболивающий и иммуномодулирующий эффект, улучшает работу всех функций организма, в том числе, суставного аппарата, циркуляция кровеносных сосудов, повышает активность ферментативных процессов, стабилизирует синтез хондроитин сульфата-одного из составляющих суставного хряща, что способствует повышению его подвижности и эластичности.

Нафталанолечение, также способствует улучшению физической активности, эмоционального состояния, социального функционирования и регрессию суставного синдрома у больных ОА.

Цель исследования. Целью данного исследования явилось определение динамики показателей качества жизни (КЖ) больных ОА, получавших нафталанскую нефть в комплексе физиотерапией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 120 больных ОА в возрасте от 40 до 66 лет (средний возраст – $56,05 \pm 4,64$ года), среди которых преобладали женщины (84,4%). В 84% случаев больные страдали полиостеоартритом, 16%-двухсторонним гонартрозом. Средняя длительность остеоартрита составила $9,5 \pm 2,4$ года. Средний показатель рентгенологической стадии ОА по Келлгрэну составил $2,5 \pm 0,1$. При оценке степени функциональной недостаточности суставов (ФНС) по общепринятой методике у 18 (15%) больных с ФНС 0 степени, 70 (58%) с ФНС I степени и 32 (27%) с ФНС II степени. Все больные до начала лечения отмечали наличие механических болей в периферических суставах, интенсивность которой по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в среднем составила $5,7 \pm 2,5$. У 74 пациентов (61%) отмечались явления синовита и периаартрита, у 27 больных (23%) – только явления синовита и у 19 (16%) – только явления периаартрита. Все больные получали комплексную терапию: включающую смазывание нафталан на пораженные суставы при $t^{\circ} 36-37^{\circ}C$, продолжительность 15-20 минут ежедневно, курс лечения составил 15 процедур.



Лечение коленных суставов акустическими волнами на аппарате Shock Med (Italia) проводился 2 раза в неделю. Курс лечения составил 5 сеансов. Курсы массажа и ЛФК проводились ежедневно по традиционному методу в течении двух недель.

Результаты и обсуждение. Через 2 недели от начала лечения отмечалось уменьшение болевого синдрома ($p=0,00001$), скованности ($p=0,00002$) и сокращение времени прохождения по прямой линии ($p=0,004$). При оценке КЖ, связанного с общим здоровьем, была обнаружена достоверная положительная динамика показателей шкал «физическое функционирование», «физическая боль», «психологическое здоровье», «ролевое эмоциональное функционирование» и «социальное функционирование» анкеты SF-36 ($p<0,01$); шкал «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «физическая активность» опросника NHP ($p<0,01$). Специальные опросники MCAO3 и KOOS продемонстрировали достоверную положительную динамику показателей всех своих подшкал ($p<0,01$).

Результаты проведенного исследования показывают, что двухнедельное применение большими нафталанотерапии в сочетании с акустическими волнами, в комплексе массажа и ЛФК, улучшающие периферическое кровообращение, оказывает положительный клинический эффект и улучшает показатели КЖ, прежде всего связанные с суставной болью, о чем свидетельствует достоверная положительная динамика всех подшкал специальных опросников (MCAO3 и KOOS). Отсутствие такой динамики одновременно по всем шкалам двух общих опросников (SF-36, NHP) можно объяснить наличием сопутствующей патологии у данных больных или коротким промежутком времени между опросами. Очевидны уменьшения болевых ощущений у больных, получающих Нафталанотерапию в сочетании акустических волн, что приводит к улучшению их физической активности, эмоционального состояния и социального функционирования.

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

РОЛЬ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЛЬМАРНОГО ФАСЦИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Гусейнов Н.И.¹, Мехтиева П.С.¹, Ахмедова Н.М.¹,
Акберов А.М.¹, Сулейманова Р.Т.²

¹Азербайджанский медицинский университет,

²Центральная больница нефтяников,
Баку, Азербайджан

Обоснование. Частота различных изменений со стороны опорно-двигательного аппарата у больных страдающих Сахарным диабетом (СД) значительно повышена. Прежде всего, это касается разнообразным заболеваниями околосуставных мягких тканей. Самым частым ревматическим проявлениям при сахарном диабете является пальмарный фасциит – сгибательная контрактура пальцевых суставов кистей.



Цель исследования. Оценить эффективность и переносимость локальной кортикостероидной (КС) терапии в комплексном лечении пальмарного фасциита у больных СД.

Материалы и методы. Обследованы 60 больных СД, имеющие пальмарный фасцит. Давность заболевания СД-от 2 до 10 лет. Давность сгибательной контрактуры от 1-го месяцев до 5 лет. В зависимости от проводимой терапии, больные были разделены на 2 группы (основная-32 и контрольная-28 больных). Обе группы больные получали нестероидные противовоспалительные, антидиабетические препараты и локальные КС (0,5ml) на пораженные участки. Локальное введение КС проводилось 1 раз в неделю (всего 1-3 инъекции). Следует отметить, что до-, и через 24 часа после локального введения КС у больных СД определялось уровень сахара в крови. Больные основной группы дополнительно получали полиэнзимный препарат (Вобэнзим – 15 таб/сут.). Эффективность терапии оценивалась по общепринятым критериям, принятой в ревматологии: боль по ВАШ, амплитуды движений в суставах, эффективность лечения по оценке врача и больного, лабораторными данными (глюкоза, СОЭ, СРБ, ЦИК).

Результаты и обсуждение. В результате проведенной терапии в сравниваемых группах больных было обнаружено достоверное уменьшение болевого синдрома и увеличение объема движений. Следует отметить, что у 6-больных основной группы и у 5 из 28 больных контрольной группы не было отмечено существенного клинико-лабораторные улучшения. У этих групп больных срок давности поражения периферических суставов составлял более 7 лет, а клинические симптомы пальмарного фасциита соответствовали III-стадии болезни. А также, у 3 больных СД было обнаружено инсулинозависимая форма. Необходимо отметить, что повышение уровня сахара в крови было отмечено у 2-х больных основной группы и у 6 больных в контрольной группе. Побочные эффекты проводимой терапии у основной группы больных отмечены не были. В то же время, в контрольной группе у 8 больных были отмечены тошнота, головные боли, диспепсические явления, сухость во рту, гипертензия и гипергликемия.

Выводы. Клиническая эффективность комбинированной терапии больных пальмарным фасцитом страдающих СД, в обеих группах больных были одинаковые. Включение в комплексную терапию полиэнзимного препарата способствует уменьшению побочных эффектов КС (тошнота, головные боли, диспепсические явления, сухость во рту, гипертензия и гипергликемия) и улучшает оптимизацию течения патологического процесса.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНА ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛИТЕ

Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М., Акберов А.М.
Азербайджанский медицинский университет,
Баку, Азербайджан

Обоснование. В материале изложены результаты исследования эффективности нафталанской нефти – нафталанотерапии в комплексном лечении больных Аксиаль-



ным Спондилитом (АксС). Нафталанский нефть обеспечивает противовоспалительный, обезболивающий и иммуномодулирующий эффект, улучшает работу всех функций организма, в том числе, суставного аппарата, циркуляцию кровеносных сосудов, повышает активность ферментативных процессов.

АксС занимает центральное место среди Серонегативных Спондилоартритов и вопросы лечения еще до конца не изучены.

Цель исследования. Изучить эффективность смазывание нафталанской нефти в комплексной физиотерапии у больных АксС.

Материалы и методы. Проведены лечебно-реабилитационные мероприятия у 90 больных АксС. В зависимости от проводимого метода лечения больные были разделены на 2 группы. Обе группы больные на пораженные сегменты позвоночника получали амплипульс, ЛФК и массаж. Больные I группы (n=50) в качестве местного лечения на позвоночник дополнительно получали смазывание нафталанской нефти. Больные обеих групп получали фоновую терапию нестероидными противовоспалительными препаратами. Влияние местной терапии на эволюцию патологического процесса изучено в динамике клинических и лабораторных (СОЭ, СРП, иммуноглобулины) данных до-, и после лечения.

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

Выводы. В результате исследования уточнены показания и разработана методика физиотерапевтического лечения с использованием смазывания нафталанана в сочетании амплипульстерапии, ЛФК и массаж у больных АксС.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Десинова О.В., Старовойтова М.Н.
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Классификационные критерии ССД не включают поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которое часто развивается при этом заболевании, несмотря на то, что поражение ЖКТ приводит к значительной заболеваемости и является наиболее



часто поражаемым внутренним органом при ССД, в 10% случаев ССД является первым признаком болезни и в 95% возникает в течение болезни, значительно ухудшает качество жизни почти у всех пациентов и является причиной смертности у 6-12% пациентов с ССД.

Специфический патогенез поражения ЖКТ сложен и недостаточно изучен, но предполагается, что невропатия прогрессирует до миопатии с последующим фиброзом.. Могут быть затронуты как верхние, так и нижние отделы желудочно-кишечного тракта, что может иметь значительные негативные последствия для качества жизни.

Причины, которые приводят пациентов к недостаточности питания из-за уменьшения апертуры рта и объема пищи: периоральный фиброз/микростомия, утолщение подъязычной уздечки, ксеростомия и заболевания пародонта, воспаление и кровоточивость десен, ротоглоточная дисфагия.

Пищевод у пациентов с ССД является наиболее часто поражаемым органом ЖКТ. Классическое поражение пищевода при ССД – это снижение перистальтики в нижних двух третях пищевода с сопутствующим снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Поражение пищевода наблюдается у 90% пациентов с ССД и сопровождается симптомами изжоги, регургитации и дисфагии. Однако треть пациентов могут иметь бессимптомное поражение (особенно на ранних стадиях заболевания). Хронический кашель и астма могут быть связаны с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и требуют обследования. Давно существующая ГЭРБ связана как с образованием стриктур, так и с пищеводом Барретта, который является фактором риска развития аденокарциномы пищевода.

ГЭРБ – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной (желудочно-пищеводной) зоны. ГЭРБ при ССД наблюдается у 90% пациентов, слабость нижнего пищеводного сфинктера у половины пациентов. Типичный симптомокомплекс рефлюкса: изжога, отрыжка, срыгивание, дисфагия, одинофагия. Внепищеводные проявления ГЭРБ: некардиальные боли в грудной клетке, першение в горле, осиплость/потеря голоса. В основе возникновения преходящих эпизодов дисфагии лежит гипермоторная дискинезия пищевода. К осложнениям ГЭРБ относятся: язвы пищевода, кровотечения, пептические стриктуры пищевода, пищевод Барретта.

Стриктуры пищевода: не физиологические сужения пищевода, встречается в 41% случаев при ССД. Симптомы при стриктуре пищевода: дисфагия, регургитация, пищеводная рвота

Пищевод Барретта – грозное осложнение ГЭРБ встречается у 13% пациентов с ССД. Представляет собой развитие цилиндрического (кишечного) метаплазированного эпителия в слизистой оболочке пищевода, повышающее в последующем риск развития аденокарциномы пищевода (АКП). Примерно 95% случаев АКП диагностируется у больных с пищеводом Барретта. Основную роль в профилактике и ранней диагностике рака пищевода играет диагностика и эффективное лечение пищевода Барретта. «Золотым стандартом» эндоскопической диагностики ПБ является эзофагогастроуденоскопия с биопсией измененной слизистой оболочки пищево-



да. Обязательным признаком КМ является наличие крупных бокаловидных клеток, цитоплазма которых содержит вакуоли, заполненные слизью, которая при окраске гематоксилином и эозином окрашивается в голубовато-синий цвет. Длительное применение ИПП может приводить к частичной регрессии ограниченного участка цилиндрической метаплазии.

Поражение желудка при ССД представлено GAVE-синдромом (эктазия антральных сосудов желудка) и гастропарезом. Распространенность GAVE варьирует от 5,7% до 22,3% пациентов с ССД, во многих случаях может быть первым проявлением ССД. Сосудистая эктазия антрального отдела желудка приводит к задержке опорожнения желудка, что проявляется чувством насыщения, рвотой и вздутием живота с последующей потерей аппетита и недоеданием. Большинство пациентов с GAVE-синдромом имеют железодефицитную анемию. Эндоскопическая характеристика GAVE-синдрома - «арбузный желудок». Гастропарез возникает из-за вегетативной дисфункции желудка, вызывает нарушение растяжимости желудка и замедление опорожнения желудка. До 50% пациентов жалуются на быстрое насыщение, тошноту, вздутие живота и боль в животе.

Вторым наиболее часто вовлекаемым отделом ЖКТ является тонкий кишечник. В 20% случаев протекает бессимптомно. Снижение кислотности желудочного сока и гипомоторика тонкой кишки могут привести к синдрому избыточного бактериального роста в тонкой кишке (СИБР), которое встречается у 33-50% пациентов с ССД. Симптомы СИБР – метеоризм, вздутие живота, абдоминальная боль или дискомфорт, диарея, утомляемость, похудание. Диарея приводит к нарушениям электролитного баланса. Мальабсорбция (недостаточное всасывание питательных веществ в тонкой кишке) развивается до 25% случаев. Нарушение всасывания может привести к тяжелой недостаточности питания, требующей парентерального питания, связанной с высокой смертностью, нарушению всасывания лекарств. К редким проявлениям поражения тонкой кишки при ССД, относятся пневматоз цистоидный интестинальный синдром и псевдонепроходимость.

У 20-50% пациентов с ССД отмечается поражение толстой кишки у пациентов с ССД отмечается, связано со снижением моторики толстой кишки и удлинением транзита пищи из-за нарушения желудочно-ободочной реакции. Тяжелый запор развивается у 9,2-38% пациентов, редко – мегаколон, заворот поперечной и сигмовидной кишки, телеангиэктазии, стеноз, а также дивертикулы и изъязвления, кровотечения, кишечная псевдонепроходимость.

Вовлечение аноректальной области встречается у 50-70% пациентов с ССД. Недержание кала встречается у 20-38% пациентов, выпадение прямой кишки (20%). В основе недержания кала при ССД лежат изменения гладкой мускулатуры внутреннего анального сфинктера вследствие нейропатии или миопатии с последующим нарушением тормозной реакции.

Наиболее распространенным заболеванием печени, связанным с ССД, является первичный билиарный холангит (цирроз) (ПБХ), который также связан с антицентромерными аутоантителами. Распространенность ПБЦ при ССД со-



ставляет 2-22% и увеличивается, когда для диагностики используются антимитохондриальные антитела, МІТ3 и gp100. Прогноз при ССД-ПБХ лучше, чем при изолированном ПБЦ, с более медленным прогрессированием до конечной стадии заболевания печени.

По данным регистра базы EUSTAR поражение желудочно-кишечного тракта часто встречается при ССД и наблюдается почти у всех пациентов. Поражение ЖКТ при ССД является одним из самых ранних проявлений заболевания. Поражению кишечника наблюдается у 23% пациентов с ССД независимо от формы заболевания. При проведении специфических тестов, поражение тонкой кишки встречается у 88% пациентов с ССД. Тяжелое поражение кишечника имеет очень плохой прогноз. Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта являются 4-й по частоте причиной смертности в 7,6% сценариев ССД. Среди пациентов с диффузной формой ССД с поражением органов и систем, в том числе с наличием тяжелого поражения кишечника (нарушение всасывания, рецидивирующая псевдонепроходимость) выживаемость через 9 лет от начала заболевания составляет 15%. Аноректум является наиболее часто поражаемой частью толстой кишки, почти так же часто, как и пищевод, встречаясь у 50-70% пациентов с ССД.

Таким образом, желудочно-кишечный тракт часто поражается при системной склеродермии (ССД) и требует проведения терапии с комплексным подходом (модификация образа жизни, медикаментозная терапия и нутритивная поддержка).

ВЛИЯНИЕ ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА

Джураева Э.Р., Ташпулатова М.М., Ганиева Н.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Распространенность подагры в Узбекистане и мире в последние десятилетия продолжает расти. В настоящее время подагра по праву рассматривается с позиций полиморбидной патологии, характеризующейся не только поражением опорно-двигательного аппарата и почек. Установлено, что индекс коморбидности при подагре значительно превышает таковой при других заболеваниях. Наряду с развитием подагры у мужчин, стала чаще встречаться подагра у женщин.

Цель исследования. Оценка влияние половой принадлежности на течение подагрического артрита.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 40 мужчины и 30 женщин с подагрическим полиартритом, лечившихся в отделении ревматологии и кардиоревматологии в 2022-2024 годах, в возрасте от 30 до 75 лет. Обследование больных включало подсчет числа болезненных и отечных суставов, определение ВАШ по



оценке пациента, СРБ, определение мочевой кислоты. Диагноз подагрического полиартрита верифицирован выявлением моноурата натрия из синовиальной жидкости, рентгенографией кистей и стоп, ультразвуковым исследованием суставов.

Результаты и обсуждение. У женщин в возрасте 60 лет с продолжительностью болезни 6,2 года преобладали: тофусы, поражение почек, сердечно-сосудистая патология. 21 пациентки имели тофусы плюсне-фаланговых суставов правой стопы и правой кисти, межфаланговых суставов 2-3 пальцев правой кисти и левой стопы. 25 женщин имели поражение почек при подагре, из них: мочекаменная болезнь – 8, мочекислый диатез – 12, подагрическая нефропатия – 3, 2 женщины имели хроническую почечную недостаточность в рамках ХБП. У каждой пациентки имелось поражение более чем 4 суставов, преобладали голеностопные, коленные, локтевые, плюсне-фаланговые суставы 1 пальцев обеих стоп, пястно-фаланговые суставы обеих кистей. 20 женщин с подагрическим артритом имели сердечно-сосудистую патологию, из них: АГ – 11, ИБС, стабильную стенокардию – 8, в рамках метаболического синдрома с ожирением и сахарным диабетом 2 типа (ИМТ – 36,3 см/кг²), половина из них сочеталась с деформирующим полиостеоартрозом. 2/3 пациенток принимали медикаментозную терапию мочегонными средствами: фуросемид, аспирин, гепарин по поводу ИБС с ХСН и АГ. Все поступившие пациентки имели выраженные воспалительные изменения в крови (СОЭ – 35,1 мм/ч, СРБ – 46 Ед/л, уровень мочевой кислоты – 501 ммоль/л). В клинике у мужчин в возрасте от 46,2 лет с продолжительностью болезни 12 лет преобладало: рецидивирующее течение заболевания у всех, поражение более 3-х суставов у 32, из них начало заболевания с поражения нижних конечностей у 21, тофусы кистей и стоп встречались у 11 больных. Пациенты отмечали провокации перед приступом подагры: перенесенные инфекции – 10, стресс – 5, травмы – 6, погрешность в диете – 15, у 4 больных приступ возник на фоне полного здоровья. Главное в клинике подагры у мужчин – много сопутствующих заболеваний. Часто встречалась сердечно-сосудистая патология: ИБС, перенесенный инфаркт миокарда – 8, стенокардия – 10, фибрилляция предсердий – 6, ХСН – 15, АГ – 35, стентирование коронарных артерий – 5, аортокоронарное шунтирование – 6, протезирование клапанов – 2. Кроме того, у 19 мужчин встречались ХБП 3 ст., ожирение – 36 (ИМТ – 30,5 см/кг²), сахарный диабет 2 типа – 6, аденома предстательной железы – 29, язвенная болезнь желудка – 6. 1/2 пациентов принимали: кардиомагнил, варфарин, клопидогрел, гипотиазид, лориста Н по поводу АГ, ИБС, стентирования коронарных артерий. В крови у пациентов отмечается более выраженные воспалительные изменения (СОЭ – 48,7 мм/ч, СРБ – 58,5 Ед/л, мочевая кислота – 586 ммоль/л).

Выводы. У мужчин с подагрическим артритом наблюдалась чаще сердечно-сосудистая патология с проведением интервенционной терапии с меньшим возрастом и большим стажем болезни чем у женщин, а поражение почек, сахарный диабет и ожирение в большей степени наблюдается у женщин. Наличие большего поражения суставов и тофусов также встречалось у женщин, что следует расценивать клинику подагры у женщин как более тяжелую. Однако воспалительные тесты крови и уровень мочевой кислоты своего максимума больше достигали у мужчин.



АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ГИПОУРИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Джураева Э.Р., Ташпулатова М.М., Зияева Ф.К.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Результаты и обсуждение. Среди обследованных больных подагрой мужчины составили 71%, женщины – 29%. Средний возраст больных был 54,3±8,3 года, преобладали лица от 42 до 60 лет. У большинства пациентов средняя длительность заболевания составила 4,57±1,35 лет, то есть не превышала 5 лет, частота обострений артрита колебалась от 1 до 4 атаки в год (сред. 2,23±0,32). У больных преимущественно поражались I плюснефаланговый сустав (91%), голеностопные суставы (62%), реже отмечалось вовлечение коленных суставов и мелких суставов кистей рук, локтевых суставов (34%, 22%, 6% соответственно). Уровень МК колебался от 392 до 775 ммоль/л (сред. 504,8±83,7 ммоль/л). Сопутствующие заболевания выявлены у 86% больных, преобладала артериальная гипертензия – у 76% пациентов. У 9 пациентов подагрой имелось указание в анамнезе на плохую переносимость аллопуринола: у 4 – зуд кожных покровов, у 2 – крапивница, у 3 – более чем двукратное увеличение уровня АЛТ и АСТ. Было собрано мнение опрошенных пациентов об информированности по поводу соблюдения гипоурикемических диетических рекомендаций: 82% пациентов не соблюдали диету или систематически ее нарушали. 64% пациентов наблюдались у врача не регулярно и не получали терапию до включения в исследование. Больные подагрой при сочетании с артериальной гипертензией принимали гипотензивные препараты: ИАПФ (эналаприл, периндоприл, капотен) – 60% пациентов, реже использовались антагонисты кальция (амлодипин) – 32% и β-блокаторы (метопролол, бисопролол) – 18%. 48% больных подагрой принимали малые дозы тиазидных диуретиков, 70% – малые дозы аспирина. Через 6 месяцев наблюдения пациентам было предложено пройти тест Мориски-Грина для оценки приверженности назначенной терапии. К завершению наблюдения (через 6 мес) уратснижающую терапию получали 68% пациентов, 60% из них достигли целевого уровня МК, причем в группе больных, принимавших фебуксостат этот показатель был выше и составил 76%. Следует отметить, что через 3 месяца приема фебуксостата целевой уровень МК был достигнут у 57% больных, в то же время на фоне аллопуринола этот показатель оказался равным 48%. Приверженность к регулярной лекарственной терапии среди больных подагрой, получавших аллопуринол, высокого уровня составила 25%, среднего – 40%, низкого – 35%. При использовании фебуксостата, высокая приверженность терапии выявлена более чем в 50% случаев. Самостоятельного отказа от приема фебуксостата не зарегистрировано. Приверженность к изменению образа жизни высокого уровня составила 30%, среднего 40%, низкого – 30%, а готовность к коррекции гипоурикемической терапии составила 38%, 45% и 17% соответственно по уровням.



Выводы. Таким образом, соблюдение рекомендаций по ведению пациентов с подагрой, предусматривающих постоянный прием уратснижающих препаратов, коррекция их дозы до достижения целевых значений МК в сыворотке крови, профилактическую противовоспалительную терапию и регулярный мониторинг состояния пациента, позволяет добиться высокой приверженности пациентов, как к медикаментозному лечению, так и к изменению образа жизни.

ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

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

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Сосудистую патологию при ревматоидным артрите (РА) относят к числу наиболее тяжелых проявлений заболевания, с которой ассоциируется увеличение летальности больных. Учитывая ключевую роль хронического воспаления и аутоиммунных нарушений в развитии атеросклероза и связанных с ним атеросклероза при РА, важное место в их профилактике отводят эффективной противовоспалительной терапии.

Цель. Изучить развитие атеросклероза сонных артерий (АСА) у больных (РА) на фоне патогенетической терапии.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии. В исследование включено 32 пациента (18 женщин (56,2%) и 14 мужчин (43,8%) в возрасте старше 18 лет (средний возраст $43,7 \pm 3,4$), с верифицированным диагнозом РА, длительностью заболевания менее 12 месяцев. У всех пациентов проведены клинические (определение степени активности заболевания (DAS28), шкала SCORE, лабораторные (оценка острофазовых показателей воспаления, биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, билирубин), липидный спектр крови, иммунологические (ревматоидный фактор, АЦЦП) исследования, коагулограмма, дуплексное сканирование сонных артерий (СА), а также оценены факторы риска атеросклероза. Всем пациентам назначены монотерапия метотрексатом в дозе 10 мг в неделю внутрь и у 62,5% пациентов дополнительно проводилось лечение аторвастатином 10мг/день. Через 12 месяцев лечения сделаны повторные исследования.

Результаты и обсуждение. Исходно у больных РА выявлена высокая частота факторов риска АСА (75%). Наличие АСА положительно коррелировали с возрастом, артериальной гипертензией, ИБС. Исходно среди больных РА выявлены дислипидемия (общий холестерин – 5,22, ЛПНП – 3,41, ЛПВП – 1,32) у 20 пациентов (62,5%), АСА у 17 (53%) пациента. А также среди больных РА средняя толщина комплекса интима-медиа (ТИМ) СА находилась на верхней границе нормальных значений (слева



– 0,90; справа – 0,85 мм). После проведения дуплексного сканирования СА 13 пациентов были переведены в категорию высокого сердечно-сосудистого, которые до исследования были отнесены к категории низкого и среднего риска по шкале mSCORE. Через 12 месяцев после начала лечения статинами и патогенетической терапии не отмечалось достоверного изменения показателей общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП (5,15, 3,38, 1,33 соответственно) и устойчивого повышения АЛТ, АСТ, а также не выявлено значимого изменения средней ТИМ СА (слева – 0,88 мм; справа – 0,85 мм). Среди 15 больных РА, не имевших признаков атеросклероза СА на момент включения, у 4 (26,7%) пациентов были выявлены новые атеросклеротические бляшки. У пациентов с исходным АСА (n = 17) увеличение количества атеросклеротических бляшек зарегистрировано у 7 (41,12%) пациентов. Выявление новых случаев и прогрессирование АСА положительно коррелировали с факторами риска атеросклероза и исходными значениями ТИМ СА.

Выводы. При РА до назначения патогенетической терапии наблюдается высокая частота утолщения комплекса интима-медиа, АСА и дислипидемии. Проведение лечения статинами и патогенетической терапии у пациентов РА не оказывает значимого влияния на прогрессирование АСА. Через 6 месяцев зарегистрированы как новые случаи атеросклероза СА (26,7%), так и случаи их прогрессирования (41,12%).

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ДЕБЮТОМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

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

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение особенностей клинической картины и течения ревматоидного артрита (РА), начавшегося в пожилом возрасте.

Материалы и методы. Исследовано 112 больных РА, из которых 92 больных (18 мужчин и 74 женщины) – впервые заболели в пожилом возрасте (основная группа), 20 больных РА моложе 50 лет составили контрольную группу. У 70,7% давность заболевания составила до 5 лет.

Результаты. Клиническими особенностями течения РА, начавшегося в пожилом возрасте, явилось частое поражение в дебюте заболевания крупных и средних суставов (66,3%), в отличие от классического варианта РА, начинающегося с симметричного поражения мелких суставов кистей и стоп. В 54,4% случаев РА у пожилых начинался остро и подостро с нарастанием признаков воспаления суставов, повышением температуры тела до субфебрильных, реже фебрильных, цифр, причем в 77,7% случаев подобное начало заболевания характерно для мужчин. Изучение клинической картины заболевания показало, что у 91,3% больных основной группы имели место II и III степени активности воспалительного процесса. По иммунологической принад-



лежности 70,6% больных РА основной группы были серопозитивными. Рентгенологические проявления I стадии выявлены у 1,1% больных, II – у 53,3%, III – у 34,8%, IV – у 10,8% больных. Продолжительность утренней скованности у больных РА пожилого возраста была достоверно меньше, чем в контрольной группе ($172,14 \pm 11,68$ против $189,44 \pm 9,06$). Из обследованных больных у 36 (39,1%) диагностированы висцеральные поражения, которые проявились в виде васкулита у 17 (47,2%) больных, ревматоидных узелков – у 6 (16,6%), кардита – у 2 (5,5%), лимфоаденопатии – у 2 (5,5%), синдрома Рейно – у 1 (2,9%), миелополинейропатии – у 1 (2,9%) больного. Сочетание ревматоидного кардита и пневмонита наблюдалось у 3 (8,4%) больных.

Выводы. Особенности клинического течения РА, начавшегося в пожилом возрасте, являются частое поражение в дебюте заболевания крупных и средних суставов, преобладание острого и подострого начала заболевания, высокая активность воспалительного процесса, стойкий генерализованный суставной синдром, быстрое образование костно-хрящевой деструкции, несмотря на небольшую давность заболевания (у большинства больных до 5 лет), резкое ограничение двигательной активности, приводящее к ранней потере трудоспособности и инвалидности, вовлечение в патологический процесс внутренних органов.

СОСТОЯНИЕ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАВШИХ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Добровольская О.В., Демин Н.В., Козырева М.В., Торопцова Н.В.

НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Вторичная саркопения при ревматоидном артрите (РА) рассматривается как следствие катаболического процесса на фоне хронического системного воспаления. Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) антицитокинового действия снижают активность воспалительного процесса, и, вследствие этого, потенциально могут влиять на состояние мышечной ткани и физическую работоспособность.

Цель исследования. Оценить состояние мышечной массы, силы мышц и физической работоспособности у женщин с РА, получавших биологическую терапию.

Материалы и методы. В одномоментное исследование включены 205 женщин 40-75 лет с РА, диагностированным по критериям ACR/EULAR (2010). Критериями не включения были наличие эндопротезов тазобедренного, коленного, плечевого и локтевого суставов и асептических некрозов костей их образующих, подтвержденные другие ревматические заболевания, диспансерное наблюдение онкологом. Все пациентки подписали информированное согласие. Кроме стандартного клинико-лабораторного обследования выполнено определение состава тела с использованием двуэнергетической рентгеновской денситометрии. Мышечная сила оценивалась с помощью теста «Встать со стула» (BCC), физическая работоспособность определялась по скорости ходьбы на 4 м.



Результаты. В обследованной группе у 68 (33,2%) выявлено сниженное количество мышечной массы (саркопенический фенотип). 73 пациентки получали биологическую терапию (ГИБП+): 35,6% – ритуксимаб, 23,3% – абатацепт, 21,9% – ингибиторы ФНО α , 15,1% – тоцилизумаб, 4,1% – ингибиторы янус-киназы. Средний возраст в группах ГИБП+ и ГИБП- составил 59,7 \pm 9,1 лет и 58,9 \pm 8,9 лет ($p>0,05$). Группы различались по показателям активности: СОЭ, СРБ и DAS28 у пациенток группы ГИБП+ были значимо меньше, чем у женщин в группе ГИБП-. Саркопенический фенотип выявлен у 28 (38,4%) пациенток, получавших ГИБП, и у 40 (30,3%) женщин без биологической терапии ($p>0,05$). Не обнаружено значимых различий между группами ГИБП+ и ГИБП- по количественным показателям мышечной массы, оцененным при денситометрии (общая и аппендикулярная мышечная масса, аппендикулярный мышечный индекс).

Медианные показатели теста ВСС в группах ГИБП+ и ГИБП- составили 15,7 [12,2; 22,0] с и 17,6 [14,6; 24,7] с ($p=0,068$); а соответствующие показатели скорости ходьбы – 0,93 [0,82; 1,14] м/с и 0,77 [0,66; 1,00] м/с ($p=0,001$). Доля пациенток, имевших низкие показатели мышечной силы в группе ГИБП+, была 53,4%, в группе ГИБП- – 68,9% ($p=0,027$). Низкая физическая работоспособность отмечена соответственно у 21,9% и 56,8% женщин ($p<0,001$). По методу Кендалла выявлена прямая корреляционная связь между наличием ГИБП терапии и скоростью ходьбы ($\tau=0,22$, $p<0,001$) и обратная – между наличием ГИБП и показателями теста ВСС ($\tau=-0,11$, $p=0,025$).

Выводы. Таким образом, частота саркопенического фенотипа у женщин с РА составила 33,2% и была сопоставимой между группами пациенток ГИБП+ и ГИБП-. Не выявлено значимых различий при оценке мышечной силы, в то же время пациентки, получавшие ГИБП, значимо чаще имели лучшие ее показатели. По физической работоспособности женщины из группы ГИБП+ превосходили пациенток из второй группы, как непосредственно по скорости ходьбы, так и по доле лиц с нормальными ее показателями.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА С РЕНТГЕНАТОМИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНОСЯЩИХ ПОВТОРНЫЙ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Егорова И.С., Везикова Н.Н.

Петрозаводский государственный университет,
г. Петрозаводск

Цель. Оценить уровень высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), ранее переносивших стентирование, проанализировать различия концентраций биомаркера в зависимости от рентгеноэндоваскулярного субстрата повторного ОКС.



Материалы и методы. В исследование включены 768 пациентов, последовательно госпитализированных в Региональный сосудистый центр Республики Карелия по поводу ОКС. Среди них отобраны больные, ранее переносившие коронарное стентирование. Пациенты были разделены на 2 подгруппы в зависимости от рентгенанатомического субстрата повторного ОКС: в первую подгруппу включены пациенты с рестенозом и/или тромбозом ранее предустановленного стента, во вторую – пациенты с клиникоопределяющим поражением *de novo*. В обеих подгруппах больным была определена концентрация высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ) и выполнена оценка межгрупповых различий.

Результаты. В исследование вошли 768 пациентов, госпитализированных в Региональный сосудистый центр по поводу ОКС. Преобладали мужчины (68,2%), средний возраст $62,8 \pm 11,5$ лет, чаще развивался вариант ОКСбпСТ (64,5%). ОКС в течение года после коронарного стентирования развился у 25,5% пациентов, среднее время от ЧКВ до повторного ОКС в исследуемой группе составило 43 мес.

Отобрано 58 больных (7,6%), которые ранее переносили коронарное стентирование. По результатам коронарографии пациенты эти пациенты были разделены на 2 подгруппы: первую (47 чел., 81%) составили больные с ОКС вследствие рестеноза и/или тромбоза предустановленного стента, вторую (11 чел., 18,9%) – с ОКС вследствие поражения *de novo*. Средний возраст в первой ($61,6 \pm 10,8$ лет) и второй ($64,1 \pm 12,3$) подгруппах оказался сопоставим. При сравнении концентраций вчСРБ был использован метод Манна-Уитни. Уровень вчСРБ в подгруппе 1 составил $14,0 (\pm 7,7)$ пг/мл, в подгруппе 2 – $19,3 (\pm 6,7)$ пг/мл ($p=0,047$).

Выводы. Проведенный анализ взаимосвязи уровня вчСРБ с рентгенанатомическим субстратом ОКС продемонстрировал, что у пациентов с рестенозом и/или тромбозом предустановленного стента уровень вчСРБ оказался достоверно ниже в сравнении с больными с поражением *de novo*. Полученные данные обуславливают перспективы использования данного биомаркера воспаления не только в рамках риск-стратификации, но с целью отбора пациентов высокого риска отдаленных осложнений после коронарного стентирования для персонализированной терапии.

РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР КАК ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ефременко Е.С.

Омский государственный медицинский университет,

г. Омск

Обоснование. В настоящее время отмечается широкое использование показателей из группы «ревмотестов» для лабораторного подтверждения аутоиммунных нарушений у пациентов различного профиля.



В связи с: а) практически тотальным инфицированием вирусом SARS-CoV-2; б) существенным значением коморбидности при COVID-19; в) важной ролью аутоиммунных нарушений в патогенезе коронавирусной инфекции – видится актуальным изучение ревматоидного фактора (РФ) как лабораторно-диагностического критерия активности аутоиммунных процессов в условиях COVID-19.

Цель исследования. Анализ данных об уровне ревматоидного фактора в крови больных коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы. С применением метода контент-анализа проведено изучение информации из публикаций базы данных медико-биологической направленности PubMed по ключевым словам: COVID-19, rheumatoid factor.

Результаты и обсуждение. Предполагается, что патогенез COVID-19 сопряжен с формированием аутоиммунных изменений в организме, а также, что сам SARS-CoV-2 является триггером для возникновения и развития аутоиммунных заболеваний. Одним из наиболее широко распространенных лабораторных показателей для определения наличия аутоиммунного процесса является ревматоидный фактор, который представляет собой показатель, отражающий суммарное количество антител к собственным иммуноглобулинам.

Ретроспективный анализ тестирования пациентов с COVID-19 на присутствие ревматоидного фактора в крови, проведенное Jeong H. et al. (2023), показал, что примерно у каждого пятого пациента был положительный тест на ревматоидный фактор. Авторами указывается на ассоциированность фактора с увеличением тяжести клинических проявлений COVID-19.

В работе Elghali M. et al. (2024) изучалась связь между различными изотипами ревматоидного фактора относительно иммуноглобулинов класса А, М, G и клинической симптоматикой при коронавирусной инфекции. В ходе исследования было выявлено, что положительный результат теста на РФ-IgM был у 40% пациентов. При этом, наличие клинической симптоматики и ее выраженность были связаны с положительным тестом на РФ-IgM. Авторы делают заключение о повышенной выработке РФ-IgM у пациентов тяжелыми формами COVID-19.

В подтверждение указанной взаимосвязи свидетельствует сообщение Slouma M. et al. (2022) о случае возникновения ревматоидного артрита у пациентки, перенесшей коронавирусную инфекцию с положительным анализом на РФ.

В тоже время Honge B. et al. (2021) представлены данные о развитии артрита после COVID-19, но с отрицательным результатом в отношении ревматоидного фактора, что позволило исследователям констатировать реактивный характер поражения суставов.

Независимо от вышеуказанных авторов Xu E. et al. (2021) показано обнаружение в 20% случаев антител, ассоциированных с ревматоидным артритом и описанных как ревматоидный фактор. Аналогично представлены данные о присутствии изотипа РФ-IgM у пациентов в критическом состоянии. Дополнительно указывается о присутствии изотипа РФ-IgG у пациентов с легкой степенью тяжести COVID-19.

Выводы. Таким образом, на основании литературных сведений, можно сделать заключение о том, что: 1. COVID-19 ассоциирован с положительным тестом на ревматоидный фактор. 2. Ревматоидный фактор может иметь значение в определении степени тяжести клинических проявлений коронавирусной инфекции.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МРТ И ПЭТ МИОКАРДА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С АНЦА НЕГАТИВНЫМ ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ГРАНУЛЕМАТОЗОМ С ПОЛИАНГИИТОМ

Журина Т.И., Мутовина З.Ю., Головина О.А.

Городская клиническая больница №52,
Москва

Введение. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (ЭГПА) является редким мультисистемным иммуновоспалительным ревматическим заболеванием со сложными патогенетическими взаимодействиями и разнообразными клиническими фенотипами. ЭГПА является самым редким из группы АНЦА-ассоциированных васкулитов. Треть пациентов являются АНЦА-негативными. Выделяют два основных иммунофенотипа ЭГПА: ANCA-положительная субпопуляция ассоциирована с васкулитными особенностями; и ANCA-негативная субпопуляция с эозинофильными (аллергическими) проявлениями.

Материалы и методы. У пациента в возрасте 80 лет после перенесенного COVID-19 развился дебют бронхиальной астмы, с персистирующим течением, медикаментозно частично-контролируемой.

В возрасте 82 лет появилась фебрильная лихорадка, миалгии, выраженная общая слабость, одышка при минимальной физической нагрузке, похудение на 10 кг в течение 2 месяцев. Был госпитализирован с приступом интенсивных за грудиной болей. Лабораторно повышение уровня тропонина до 40 норм. Проведена коронарография – Острый коронарный синдром исключен. На МРТ сердца с гадолинием выявлены изменения, характерные для острого миокардита (Рис.1). Лабораторно гемоглобин 100 г/л; эозинофилия относительная 51,2% и абсолютная до 3,8 тысяч, лейкоцитоз 19,3, СРБ до 79,7 мг/л, креатинин 135 мкмоль/л, в анализе мочи эритроциты 3000. По КТ ОГК признаки бронхолита, по КТ придаточных пазух носа-синусита не выявлено.

Госпитализирован в ГКБ 52 в апреле 2023 г. (в возрасте 83 лет) с подозрением на системный васкулит.

Были исключены инфекции, гельминтозы, неопроцесс АНЦА МПО,Пр3, АТ к ГБМ, АНФ, Ат к ДНК отрицательно, С3,С4 норма.

Фиброколоноскопия и эзофагогастродуоденоскопия – органических изменений не выявлено.

КТ брюшной полости с контрастированием- новообразований не выявлено. КТ ОГК – признаки бронхолита. ЭХО КГ – базальный гипокинез, ФВ 32%. Проводилась стерильная пункция- признаков лейкоза не выявлено.

Клинически онемение и жжение в кистях и стопах, с последующим развитием нижнего парапареза, по ЭНМГ подтверждена сенсо-моторная полинейропатия верхних и нижних конечностей.



Согласно критериям ACR/EULAR 2022 установлен диагноз АНЦА-негативного ЭГПА, включающего эозинофилию, поражение легочной системы, сердца, почек, периферической нервной системы.

Инициирована терапия метилпреднизолоном 12 таб/сут, с последующим снижением дозы до 1 таб/сут, циклофосфамид 3,4 грамма суммарно в течение 6 месяцев. Пациент переведен на поддерживающую терапию азатиоприном 100 мг/сут.

Через 6 месяцев терапии отмечена выраженная положительная динамика: регресс бронхиолита по КТ ОГК, бронхиальной астмы, минимальные остаточные проявления полинейропатии, нормализация уровня лейкоцитов, эозинофилов, СРБ, тропонина, по ЭХО КГ нарастание ФВ до 53%, увеличение толерантности к физическим нагрузкам. По МРТ нет признаков активного миокардита, отмечалась зона фиброза в области верхушки. Что так же коррелировалось с данными ПЭТ КТ, где были выявлены признаки рубцовых изменений с жизнеспособным миокардом в области верхушки, прилегающих верхушечных сегментов боковой и задних стенок ЛЖ. Убедительных признаков стресс – индуцированной ишемии миокарда не выявлено.

Заключение. Поражение сердца признано неблагоприятным прогностическим показателем (согласно Пятифакторной шкале 1996 г.), особенно у пациентов с АНЦА негативным ЭГПА. МРТ сердца с гадолинием в начальном этапе заболевания является важным методом диагностики, влияющим на выбор оптимальной иммуносупрессивной терапии. В то же время в современном мире методика ПЭТ КТ совершенствуется, ее применение охватывает все более широкий спектр некоронарогенной патологии, она дает представление о метаболических процессах в миокарде, о его жизнеспособности, воспалении в нем, открывая большие перспективы в отношении оценки состояния сердечной мышцы при системных заболеваниях соединительной ткани.

ДИАГНОСТИКА РАННЕ НЕВЕРИФИЦИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ОСНОВАНИИ УРОВНЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА

Зebrova A.A.^{1,2}, Василенко E.A.^{1,2}, Максимова E.A.^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный университет,

²Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить распространенность ранее неverifiedированной болезни Крона (БК) в когорте больных ревматическими заболеваниями (РЗ) на основании результатов исследования фекального кальпротектина (ФК).

Материалы и методы. В анализ включен 271 больной: 37 – ревматоидным артритом (13,7%), 87 – псориатическим спондилитом (ПС, 32,1%) и 147 анкилозиру-



ющим спондилитом (АС, 54,2%). Уровень ФК определяли у всех пациентов методом иммуноферментного анализа: <80 мкг/гр – норма (n=102, 37,6%); 80-160 мкг/гр – промежуточный уровень (n=37, 13,7%), >160 – повышение (n=132, 48,7%). Фиброколоскопию (ФКС) и гистологическое исследование полученного биопсийного материала выполняли 85 больным с повышением ФК, 3 – с промежуточным уровнем и 9 – с нормальным значением данного показателя.

Результаты. Среди пациентов с повышенным показателем ФК в 49,4% случаев (n=42) при ФКС были выявлены признаки воспалительных изменений, а у 18,8% (n=16) больных установлено наличие БК, подтвержденное гистологическим исследованием. В данной когорте 87,5% (n=14) наблюдаемых страдали АС, 12,5% (n=2) – ПС, у 75% (n=12) регистрировался периферический артрит, у 31,3% (n=5) энтезит, у 12,5% (n=2) увеит, 68,8% (n=11) были позитивны по HLA-B27. У всех 3 пациентов с промежуточным уровнем ФК при ФКС были выявлены признаки воспаления, в то время как у одного HLA-B27 позитивного больного АС с периферическим артритом и энтезитом в анамнезе, гистологически верифицирована БК.

Из 9 пациентов с нормальным уровнем ФК воспалительные изменения в области толстой кишки по данным ФКС определялись у 33,3% (n=3), при этом все они носили неспецифический характер.

Выводы. Определение повышенного уровня ФК позволило верифицировать гистологически подтвержденную, ранее недиагностированную БК у 18,8% пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ). Все наблюдаемые с вновь выявленной БК страдали одним из заболеваний группы спондилоартритов: АС (88,2%) и ПС (11,8%), а также в большинстве случаев были позитивны по HLA-B27 (70,6%).

«РЕВМАТИЗМ» ПО АРХИВНЫМ ДАННЫМ «ГКБ №2» Г. СТАВРОПОЛЯ И АКТУАЛЬНОСТЬ СУЖДЕНИЙ ВОГРАЛИКА В.Г. О ПРИЧИНАХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Ивахненко О.И.¹, Антипов В.В.², Ивахненко Л.И.²

¹Ставропольский государственный медицинский университет,

²Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка,
Москва

Цель. Изучить в структуре заболеваемости больных ревматической лихорадкой, находившихся на лечении в ревматологическом и терапевтическом отделениях в 1992 и 2023 годах, частоту их встречаемости.

Материал и методы. Проанализированы 200 историй болезни больных, лечившихся в 1992 и 2022 годах в ревматологическом отделении и 150 историй болезней терапевтического отделения ГБУЗ СК ГКБ №2; анализ данных научно-методической литературы Научной библиотеки СтГМУ); «Клинические лекции» проф. Вогралика В.Г. 1964 г.



Результаты. Больные ревматической лихорадкой в 1992 году составлял 23 процента. На долю деформирующего полиостеоартроза и ревматоидного полиартрита приходилось соответственно 32 и 15 процентов. Прочие ревматологические заболевания (подагрический артрит, болезнь Бехтерева, реактивная артропатия, инфекционно-аллергические миокардит и прочие заболевания соединительной ткани составляли от 2-х до 7 процентов. В 2023 году случаев больных с ревматической лихорадкой не было, но при это вырос процент ревматоидного полиартрита (до 40%), процент системной склеродермией достигал 10-ти.

Заключение. В.Г. Вагралик внес большой вклад в развитие учения о ревматизме. Его предположение о том, что особенности иммунореактивного статуса макроорганизма являются главной причиной как возникновения, так и резистентности к этиологической причине заболевания – инфекции с эффектом альтерации соединительной ткани. Резкое снижение заболеваемости ревматической лихорадкой, по нашим архивным данным – их отсутствие, согласуется с авторитетным мнением Е.Л. Насонова: «сегодня мы не можем показать ординаторам пациента с ревматическим пороком сердца». Широкое и неконтролируемое использования антибактериальных препаратов в лечении различных воспалительных заболеваний инфекционной этиологии, а также применения препаратов НПВС при различных по этиологии и патогенезу заболеваний привели к обоюдному изменению как макро- так и патогенных штаммов бета-гемолитического стрептококка, что значительно снизило частоту возникновения острой ревматической и повторной ревматической лихорадки.

РОЛЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА TNFSF11 В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Игнатенко Г.А.¹, Федуличев П.Н.², Резниченко Н.А.², Майлян Э.А.¹

¹Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького,
г. Донецк,

²Ордена Трудового Красного Знамени

Медицинский институт им. С.И. Георгиевского,

³Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского,
г. Симферополь

Обоснование. Остеоартрит (ОА) – одно из наиболее распространенных заболеваний костно-мышечной системы, которое характеризуется хроническим прогрессирующим поражением всех тканей сустава. ОА является не только самой распространенной формой артрита, но и основной причиной хронической боли и нарастающей потери функции сустава, особенно среди лиц старших возрастных групп и, конечно же, среди женщин постменопаузального возраста. Женщины страдают вышеуказанной патологией в 1,7-2,1 раза чаще, чем мужчины.



Установлено, что до 68% случаев ОА генетически детерминировано и это доказано результатами многочисленных эпидемиологических исследований, семейных и близнецовых наблюдений. Одним из возможных генов-кандидатов ОА может быть ген TNFSF11. Возможное участие в этиопатогенезе ОА этого гена объясняется тем, что он кодирует лиганд активатора рецептора ядерного фактора κ B (RANKL) – цитокина из семейства фактора некроза опухолей, который участвует в развитии воспалительного процесса в тканях сустава. В Российской Федерации исследования полиморфизмов вышеуказанного гена при ОА не выполнялись.

Цель исследования. Изучить частоту аллелей и генотипов полиморфизмов rs9594738 и rs9594759 гена TNFSF11 у женщин постменопаузального возраста с ОА коленных суставов.

Материал и методы. В исследовании типа «случай-контроль» приняло участие 483 женщины постменопаузального возраста. Из них у 157 пациентов был установлен диагноз первичного остеоартрита коленных суставов различной степени функциональной недостаточности и рентгенографической стадии по Kellgren-Lawrence. Они составили основную группу. Остальные 326 женщин без признаков заболевания суставов вошли в контрольную группу. Две группы женщин имели сходные характеристики по возрасту и длительности постменопаузального периода.

Всем женщинам выполняли молекулярно-генетические исследования. Для изучения полиморфизмов rs9594738 (C>T) и rs9594759 (C>T) гена TNFSF11 использовали метод полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Для определения соответствия распределения изученных генотипов закону Харди-Вайнберга, а также для анализа частоты генетических маркеров в группах использовали критерий Хи-квадрат. При оценке ассоциаций генотипов и аллелей с заболеванием рассчитывали величину отношения шансов (OR) и 95% доверительный интервал (95% CI).

Результаты и обсуждение. Анализ полученных результатов показал, что в общей группе обследованных женщин ($n=483$) распределение генотипов полиморфизмов rs9594738 и rs9594759 гена TNFSF11 соответствовало закону Hardy-Weinberg.

Распределение генотипов полиморфизма rs9594759 гена TNFSF11 существенно не отличалось ($p=0,188$) у женщин с ОА коленных суставов по сравнению с лицами контрольной группы. Частота аллелей С и Т вышеуказанного полиморфизма также не различалась в выделенных двух группах ($p=0,153$).

Наряду с этим было установлено, что в основной группе женщин значительно реже регистрировался генотип ТТ полиморфизма rs9594738 гена TNFSF11 – в 15,9% случаев против 24,2% случаев в контроле (OR=0,59; 95% CI: 0,36-0,97; $p=0,049$).

Полученные нами результаты, так же как и выводы других авторов, свидетельствуют о существенном вкладе гена TNFSF11 и им кодируемого цитокина RANKL в патогенез ОА. Предполагается, что снижение экспрессии гена TNFSF11 может замедлять прогрессирование деструктивных процессов в хрящевой ткани при ОА, а повышение экспрессии его, наоборот, способно индуцировать воспалительный компонент,



ускорить разрушение суставных тканей и способствовать нарастанию клинических симптомов. Поэтому патогенетически обоснована возможная роль генетических полиморфизмов гена TNFSF11 в патогенезе ОА.

Наряду с этим до сих пор мы не обладаем существенными доказательствами участия полиморфизмов этого гена в этиопатогенезе заболевания. Не выяснен и сам перечень полиморфизмов этого гена, которые имеют ассоциации с риском развития и тяжестью течения ОА коленных суставов. Поэтому является целесообразным проведение дальнейших исследований генетических аспектов ОА, в том числе изучение роли различных полиморфных вариантов гена TNFSF11. При этом необходимы более масштабные наблюдения при ОА коленных суставов как среди женщин различного возраста, так и мужчин, а также у больных с первичным и вторичным ОА.

Выводы. При молекулярно-генетическом обследовании женщин постменопаузального возраста установлена более редкая регистрация генотипа ТТ полиморфизма rs9594738 гена TNFSF11 среди лиц, имеющих ОА коленных суставов ($p=0,049$). Необходимы дальнейшие более масштабные исследования роли полиморфных вариантов гена TNFSF11 в этиопатогенезе ОА коленных суставов.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Касимова М.Б.¹, Жамалов А.Ш.²

¹Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан,

²Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,
г. Термез, Узбекистан

Лечение больных ревматоидным артритом остается одной из наиболее сложных проблем современной ревматологии, в 36% случаях отмечаются побочные эффекты, примерно у половины больных базисные противовоспалительные препараты недостаточно эффективны. Возможность системных проявлений с вовлечением в патологический процесс внутренних органов диктуют необходимость своевременной диагностики осложнений и подбора адекватной терапии.

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные особенности поражения печени при ревматоидном артрите.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных РА в возрасте от 25 до 57 лет. Из них – 73 (91,25%) женщин и 7 (8,75%) мужчин. Продолжительность заболевания составляла от 2 до 12 лет. Критериями включения были отсутствие ранее перенесенных заболеваний гепатобилиарной системы, отсутствие антител к вирусам гепатитов В, С, и D. Пациенты с РА проходили обследование и лечение в отделениях ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской



академии. Всем больным проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) гепатобилиарной системы, эластографию печени, биохимический анализ крови с определением активности аланинаминотрансферазы (АлАТ), гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ) и щелочной фосфатазы (ЩФ), общего белка, альбуминов, билирубина и его фракций, общего холестерина, тимоловой пробы.

Результаты и обсуждение. У 52 больных выявлены клинические признаки поражения печени. У 33 был выявлен реактивный гепатит, у остальных 19 пациентов – признаки хронического гепатита. Поражение печени при УЗИ характеризовались диффузными изменениями паренхимы печени, повышенной эхогенностью, реактивным гепатитом и гепатомегалией. У больных с продолжительностью заболевания 2-3 года отмечались функциональные расстройства со стороны печени, проявляющиеся нарушением ферментного статуса. Из них были жалобы на тошноту, рвоту, неустойчивый стул. У обследованных больных, по мере прогрессирования заболевания и дальнейшего приема базисных противовоспалительных препаратов, зачастую в повышенных дозах, отмечались признаки гепатита со всеми характерными клинико-лабораторными проявлениями и подтвержденные на УЗИ. Последнее отмечалось у больных со сроком заболевания 3-5 и более лет. Изучение клинических проявлений поражения печени показывает, что жалобы на боли в правом подреберье и животе были у 2/3 больных со сроком заболевания 3-5 и более лет, снижение аппетита – у более чем половины больных, иктеричность кожных покровов имела место у половины больных, увеличение размеров печени – у всех больных. Биохимическими исследованиями крови выявлено повышение активности АлАТ у 15 (18,75%), ГГТ и ЩФ – у 18 (22,5%), билирубина – у 32 (40%) и прямого билирубина – у 9 (11,25%), тимоловой пробы – у всех 50 (62,5%). У 39 (48,75%) больных выявлены гипоальбуминемия и у 8 (10%) – гипопроотеинемия. Это совпадало с высокой частотой, повышенной эхогенности при УЗИ печени, диффузными изменениями в паренхиме печени. По данным эластографии печени из 30 пациентов РА у 22 (73,3%) отсутствовали признаки фиброза (F0). У 5 (16,6%) больных был диагностирован минимальный фиброз (F1) и у 2 (8%) – умеренный фиброз (F2). Тяжелый фиброз и цирроз не выявлены. Наибольшие изменения были характерны для больных с использованием комплекса нестероидных противовоспалительных препаратов, преднизолона, метотрексата и лефлуномида. Полученные нами данные совпадают с клиническими проявлениями у больных гепатитом. У пациентов данной группы наблюдались головные боли, недомогание, снижение аппетита, астеновегетативный синдром. Они часто наблюдались у больных, получавших сочетание нескольких препаратов, особенно в сочетании с метотрексатом.

Заключение. Поражение печени при ревматоидном артрите часто связано с длительным приемом базисных противовоспалительных препаратов. Биохимическое исследование крови с определением активности, ГГТ, ЩФ билирубина и прямого билирубина, тимоловой пробы, ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы и ультразвуковая эластография печени позволяет на ранних этапах выявить явления фиброза, провести мониторинг гепатотоксичности и коррекцию выявленных нарушений со стороны печени у больных ревматоидным артритом.



КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЫ

Кдирбаева Ф.Р.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

Обоснование. В ряде исследований показано, что наличие коморбидной патологии значительно ограничивает реабилитационные возможности организма, ухудшает качество жизни пациентов с заболеваниями костей и суставов. Следует отметить, что отсутствие учета влияния коморбидной патологии на состояние здоровья может привести к неправильной оценке и привести к снижению адаптационной способности организма человека.

Цель исследования. Изучение встречаемости коморбидных состояний у пациентов с заболеваниями костей и суставов.

Материалы и методы. Исследование включало изучение историй болезни 20 пациентов с заболеванием костно-суставной системы, находящихся на лечении в дневном стационаре семейной поликлиники.

Результаты и обсуждение. Из общего числа 20 пациентов, женщин 12 (60%) и 8 (40%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $= 49,93 \pm 11,68$ лет. Выполненная нами работа показала высокую частоту встречаемости сопутствующих заболеваний у пациентов с заболеваниями костей и суставов – у 90%. Пациенты находились на лечение со следующими заболеваниями: остеохондроз позвоночника у 9 пациентов, артрозы у 6 пациентов, ревматоидный артрит у 3 пациентов, реактивные артропатии у двух пациентов. Метаболические параметры показали, что все пациенты имели избыточную массу тела. 80% пациентов имели патологию сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия у 13 пациентов, ишемическая болезнь сердца у 3 пациентов, инфаркт миокарда у одного пациента. 50% пациентов имели патологию желудочно-кишечного тракта: хронический холецистит у 4 пациентов, хронический гастрит у 3 пациентов, хронический панкреатит у 2 пациентов, жировой гепатоз у одного пациента. Один пациент находился на лечении с хроническим бронхитом. Выявление общности патогенеза коморбидных состояний определяет необходимость поиска возможностей одновременного влияния на несколько патологических процессов путем коррекции общего для них патогенетического звена. Большая часть коморбидных состояний у пациентов с заболеваниями костей и суставов взаимосвязаны патогенетический и это влияет на тактику его ведения и прогноз.

Выводы. Таким образом, работа показала высокую частоту встречаемости сопутствующих заболеваний при заболеваниях костей и суставов. В связи с большим распространением сопутствующей патологии у пациентов с заболеваниями костно-суставной системы необходимо выявлять коморбидную патологию и своевременно их лечить.



АНАЛИЗ ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СВОЙСТВ ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ЭНДОПРОТЕЗОВ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА НА ОСНОВЕ КАРБОНАТА КАЛЬЦИЯ С МОДИФИКАЦИЕЙ ЦИНКОМ

Кирсанов Д.В.¹, Пичхидзе С.Я.¹, Кирсанов В.А.²

¹Саратовский государственный технический
университет им. Ю.А. Гагарина,

г. Саратов,

²Филиал №6 НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого,
г. Вольск-18

Обоснование. Тотальное эндопротезирование в настоящее время широко применяется при лечении последствий травм и заболеваний локтевого сустава. Ревматоидный артрит занимает второе место в структуре диагнозов пациентов, перенесших тотальное эндопротезирование локтевого сустава (ТЭПЛС), уступая лишь последствиям травматических повреждений. Данное оперативное вмешательство относится к высокотехнологичным и является технически сложным. Количество осложнений при ТЭПЛС остается высоким и достигает 15-45%, среди них перипротезная инфекция (ППИ) занимает одно из ведущих мест и уступает только асептической нестабильности компонентов эндопротеза. Локтевой сустав наиболее часто подвержен ППИ вследствие анатомических особенностей (небольшой объем периартикулярных мягких тканей) (Otto-Lambertz C., Yagdiran A., Wallscheid F. et al., 2017). Частота развития глубокой инфекции после первичного ТЭПЛС, по разным данным, составляет от 3 до 8% (Sanchez-Sotelo J. et al. 2002 г.). В 23% случаев причиной ревизионных вмешательств на локтевом суставе является ППИ. По данным D.M. Gay и соав. (2012 г.) 5-летняя выживаемость локтевых эндопротезов, установленных по поводу ревматоидного артрита составила 93%, а частота ревизий 8,3%. По данным Алиева А.Г. и соав. (2018 г.) 5-летняя выживаемость составила 69,3-75% (в зависимости от производителя эндопротеза). 12-летняя выживаемость составляет 74% (F. Qureshi и соав. 2010 г.). Из предложенных сегодня способов профилактики и борьбы с ППИ разработка антибактериальных покрытий эндопротезов является основополагающим (Furko M., Jiang Y., Wilkins T.A., Balázs C., 2016).

Цель исследования. Проанализировать физико-механические параметры и антибактериальные свойства покрытия на основе карбоната кальция с модификацией цинком для эндопротезов локтевого сустава.

Материалы и методы. Для предварительной оценки эффективности и расчета эксплуатационно-технических характеристик покрытия мы воспользовались 3D-моделированием. Данный способ позволяет скорректировать площадь и толщи-



ну покрытия, пористость карбоната кальция и концентрацию цинка для достижения максимальной биосовместимости и антибактериальных свойств эндопротеза. В качестве базы покрытия нами предложен карбонат кальция, полученный методом смешения хлорида кальция и карбоната натрия: $\text{CaCl}_2 + \text{Na}_2\text{CO}_3 \rightarrow 2\text{NaCl} + \text{CaCO}_3 \downarrow$. После промывки деионизированной водой, центрифугирования и удаления жидкой фазы частицы карбоната кальция подвергались сушке. В результате получены сферические микрочастицы пористой структуры с развитой удельной площадью поверхности. Для придания базе покрытия карбоната кальция антибактериальных свойств выполнялась его модификация цинком. Предполагалось замещение ионов кальция на ионы цинка в процентном соотношении 10% от первоначального количества ионов кальция. В качестве наносимого реагента было разработано несколько составов с антимикробным действием с целью установления наиболее эффективного: $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ в соотношении 4:1; $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ в соотношении 3:1; $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ в соотношении 2:1; $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ в соотношении 1:1; $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ (в соотношении 1:1) + ванкомицина гидрохлорид. В качестве подопытных культур были выбраны *escherichia coli*, *pseudomonas aeruginosa*, *staphylococcus aureus*.

Результаты и обсуждение. Нами выполнено 3D-моделирование эндопротеза локтевого сустава из сплава титана ВТ 6 на базе программного обеспечения SolidWorks 2021. Исследование физико-механических параметров импланта свидетельствуют о надежной фиксации его в оперируемом сегменте. Согласно расчету напряженно-деформированного состояния упрощенной модели, запас прочности 500 Н составляет примерно 23,7 раза для локтевой части и 20,8 раза для плечевой части. Произведены вычисления интенсивности распределения частиц по размерам с помощью анализатора дзета-потенциала. Индекс полидисперсности составил 0,382. Произведен расчет концентраций элементов в синтезируемом покрытии: Ca-93,52%, Zn-6,47%. Наибольшая зона угнетения *escherichia coli* зафиксирована у смеси $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ (в соотношении 1:1) + ванкомицина гидрохлорид – 40 мм. Зона угнетения *pseudomonas aeruginosa* смеси $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ в соотношении 1:1 составила 1,2 мм., у смесей $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ в соотношении 2:1, 3:1, 4:1 данный показатель равен 0. Зона угнетения *pseudomonas aeruginosa* у смеси $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ (в соотношении 1:1) + ванкомицина гидрохлорид достигла 32 мм. Зона угнетения *staphylococcus aureus* смеси $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ в соотношении 1:1 составила 1,7 мм., что также выше аналогичного показателя смесей $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ в соотношении 2:1, 3:1, 4:1 (1,2 мм.). Наибольшая зона угнетения *staphylococcus aureus* имела место у смеси $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ (в соотношении 1:1) + ванкомицина гидрохлорид – 36 мм.

Выводы. Покрытие эндопротеза локтевого сустава на основе карбоната кальция и цинка обладает высоко развитой удельной поверхностью, что необходимо для адсорбции действующих препаратов, способствующих минимизации развития ППИ. Наибольшим антибактериальным эффектом обладает смесь $\text{CaCO}_3 + \text{ZnCO}_3$ (в соотношении 1:1) + ванкомицина гидрохлорид.



АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЛЛАГЕНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛАТЕРАЛЬНОГО ЭПИКОНДИЛИТА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Кирсанов В.А.¹, Кирсанов Д.В.²

¹Филиал №6 НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого,
г. Вольск-18,

²Саратовский государственный технический университет
им. Ю.А. Гагарина,
г. Саратов

Обоснование. Заболевания области локтевого сустава встречаются довольно часто, среди них латеральный эпикондилит плечевой кости (ЛЭПК) или «локоть теннисиста» (Tennis elbow) регистрируется у 1-3% населения. Это заболевание относится к тендинопатиям разгибателей предплечья и кисти, которые крепятся к латеральному надмыщелку плечевой кости (ЛНПК). ЛЭПК представляет собой дегенеративный процесс вследствие острой травмы или хронической травматизации, при котором происходит уменьшение количества коллагена I типа в сухожилиях разгибателей предплечья и кисти, постепенное замещение коллагена I типа коллагеном III типа, в результате чего снижается прочность сухожилия, увеличивается вероятность его травматизации. В настоящее время для локальной инъекционной терапии ЛЭПК применяются инъекционные коллагены, но количество публикаций на эту тему незначительное.

Цель исследования. Анализ результатов лечения ЛЭПК с применением инъекционного коллагена.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 21 пациент с ЛЭПК. Мужчин было 14 (66,7%), женщин-7 (33,3%) в возрасте от 22 до 64 лет. Продолжительность заболевания составила от 6 месяцев до 2 лет. Установка диагноза основывалась на клинических признаках (жалобы на боль в проекции ЛНПК кости с иррадиацией в дистальном направлении по ходу мышц разгибателей предплечья и кисти, усиливающуюся при физической нагрузке, болезненность при пальпации в проекции ЛНПК, положительные тесты Модсли, Милля, Томсона, с поднятием стула). Диагноз уточнялся с помощью рентгенологических данных, результатов ультразвукового исследования и МРТ-диагностики. Были выявлены следующие причины развития ЛЭПК: предшествующая острая травма, хроническая травматизация, часто повторяющиеся однотипные движения, возобновление занятий спортом после долгого перерыва. Критерии включения: пациенты в возрасте >18 лет, диагноз ЛЭПК, установленный на основании клинических критериев и лучевых методов, длительность заболевания не менее 6 месяцев, отсутствие лечения в течение последних 6 месяцев, положительные тесты Модсли, Милля, Томсона, с поднятием стула. Критерии невключения: признаки кожных заболеваний в месте инъекции, пациенты с гиперчувствительностью к коллагену, ранее перенесенные оперативные вмешательства на локтевом суставе, любое лечение ЛЭПК за последние 6 месяцев. Пациенты были рандомизированы на 2 группы, сопоставимые по полу, воз-



расту, давности заболевания, выраженности болевого синдрома, нарушению функции конечности. В 1 группе, 11 пациентам (52,4%), выполнялось локальное введение инъекционного коллагена в область максимальной болезненности ЛНПК. Проводили 5 инъекций коллагена с кратностью 1 раз в неделю. Пациенты 2 группы, 10 человек (47,6%), получали в качестве лечения локальное введение кортикостероидов (дипроспан 1 мл., 2-3 инъекции с интервалом 10 дней). Для оценки результатов лечения использовали Visual Analogue Scale (VAS) (Huskisson E.C., 1974), основной раздел (оценка функции и симптомов) опросника DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand), разработанного американской академией ортопедической хирургии (AAOS). Оценку результатов проводили до начала лечения и через 1, 3, 6 месяцев после последней инъекции.

Результаты и обсуждение. До лечения интенсивность болевого синдрома по VAS в 1 группе составила 6-7 баллов, во 2 группе – 5-6 баллов. Через 1 месяц после начала лечения интенсивность болевого синдрома по VAS в 1 группе составила 1-2 балла, во 2 группе – 2-3 балла. Через 6 месяцев у пациентов 2 группы болевой синдром усилился и составил 5-6 баллов (пациентам было назначено дополнительное лечение), в 1 группе интенсивность боли составила около 0-1 балл. Оценка функции и симптомов по опроснику DASH выявила следующее: до лечения у пациентов 1 группы она была 65,6 баллов, у пациентов 2 группы – 63,1 балла. Через 1 месяц после начала лечения оценка по DASH в 1 группе составила 7,2 балла, во 2 группе – 14 баллов. Через 6 месяцев оценка по DASH у пациентов 2 группы составила 48,3 баллов (пациенты возобновили лечение), в 1 группе – 7,5 балла. После инъекций коллагена осложнений и нежелательных явлений не было.

Выводы. Применение коллагена при лечении ЛЭПК является эффективным методом лечения и позволяет получить хорошие результаты согласно данным анкетирования по VAS и DASH, снизить интенсивность болевого синдрома, улучшить функцию локтевого сустава. По сравнению с применением кортикостероидов, коллаген обладает более длительным эффектом.

РОЛЬ ПОЛИНУКЛЕОТИДОВ В ТЕРАПИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Кирсанов В.А.¹, Кирсанов Д.В.²

¹Филиал №6 НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого,
г. Вольск-18,

²Саратовский государственный технический
университет им. Ю.А. Гагарина,
г. Саратов

Обоснование. Лечение деформирующего остеоартроза коленного сустава (ДОКС) является актуальной проблемой современной медицины. На это указывает как статистика (страдает 13% взрослого населения России), так и неутешительные



результаты лечения данного заболевания. На начальных стадиях ДОКС используются консервативные методы лечения, в далеко зашедших случаях при интенсивных болях и выраженном нарушении функции выполняется оперативное лечение – тотальное эндопротезирование коленного сустава. Пациенты с ДОКС «молодеют», количество первичных эндопротезирований коленного сустава у молодых пациентов увеличивается, что неминуемо приводит к увеличению количества ревизионных и повторных ревизионных операций. Ревизионные оперативные вмешательства технически значительно сложнее, дороже и, как правило, менее эффективны, сопровождаются более высокой частотой осложнений. Все выше сказанное побуждает ученых к поиску новых консервативных методов лечения. Для лечения ДОКС широко применяются внутрисуставные введения лекарственных средств. С этой целью наиболее часто используются глюкокортикостероиды. Мощное противовоспалительное действие стероидов приводит к быстрому уменьшению болей, но терапевтический эффект при этом непродолжительный, а повторное их введение может приводить к деградации суставного хряща. Все чаще для лечения ДОКС стали использоваться полинуклеотиды как перспективное и безопасное средство. Полинуклеотиды обладают противовоспалительным и регенераторным действием, подавляют выработку активных форм кислорода, запускают миграцию мезенхимальных стволовых клеток в ткани хряща, подавляют деградацию хрящевого клеточного матрикса и в дальнейшем стимулируют его синтез, нормализуют выработку хондробластов, хондроцитов, останавливают разрушение хрящевой ткани, снижают воспаление.

Цель исследования. Анализ эффективности применения полинуклеотидов при лечении ДОКС.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 43 пациента с ДОКС в возрасте от 26 до 75 лет, среди которых мужчин было 15 (35%), женщин – 28 (65%). Для установления стадии процесса в своей работе мы использовали рентгенологическую классификацию I. Kellgren и I. Lawrens (1957): 1 стадия (сомнительные изменения) – 10 пациентов (23%), 2 стадия (минимальные изменения) – 21 пациент (49%), 3 стадия (умеренные изменения) – 12 пациента (28%). Двустороннее поражение суставов имело место у 65% пациентов. Общий срок заболевания составил от 2,5 до 22 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, коморбидности, стадии заболевания, выраженности болевого синдрома и ограничению функции сустава. Пациентам первой группы (21 человек) наряду со стандартным лечением (НПВС, хондропротекторы, ФТЛ, ЛФК) внутрисуставно вводили препарат полинуклеотидов 2%-2 мл. Проводили 5 инъекций с кратностью 1 раз в неделю. У пациентов второй группы (22 человека) стандартное лечение сочеталось с внутрисуставным введением бетаметазона. Выполняли 2-3 инъекции бетаметазона с кратностью 1 раз в неделю. В последующем проводились контрольные осмотры через 1 и 6 месяцев после последней инъекции. 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 $77 \pm 1,9$ балла, во 2 группе – $75 \pm 1,7$ балла, выраженность суставной боли по VAS в 1 группе составила 6-7 баллов, во 2 группе – 5-7 баллов. Спустя 1 месяц после ле-



чения индекс Womac в 1 группе был равен $38 \pm 1,5$ балла, во 2 группе – $47 \pm 1,3$ балла, через 6 месяцев после лечения в 1 группе был $33 \pm 1,4$ балла, во 2 группе увеличился до $55 \pm 1,7$ балла. Выраженность суставной боли по VAS через 1 месяц после проведенного лечения в 1 группе составила 2-3 балла, во 2 группе - 3-5 баллов. Спустя 6 месяцев у пациентов 2 группы интенсивность болей болевой увеличилась и составил 5-6 баллов, в 1 группе интенсивность боли составила около 2 баллов. Переносимость лечения была хорошей. Серьезных осложнений зафиксировано не было.

Выводы. Полинуклеотиды являются эффективным и безопасным средством при лечении ДОКС I-III стадии.

ПРИМЕР ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕКПОИНТ-ИНГИБИТОРАМИ

Козлова Д.И.¹, Хижа В.В.²

¹Санкт-Петербургская клиническая больница РАН,

²Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН,
Санкт-Петербург

Введение. Применение checkpoint-ингибиторов (ингибиторов иммунных контрольных точек) при лечении различных видов злокачественных новообразований являются новой высокоэффективной стратегией лечения, которая существенно улучшает прогнозы и позволяет бороться, как с локализованными, так и с диссеминированными формами рака. Однако, чем шире становится спектр заболеваний, при которых рекомендовано применение данного типа терапии, тем больше становится сообщений о развитии нежелательных явлений, среди которых наиболее часто встречаются аутоиммунные заболевания, в частности ревматоидный артрит. Современная клиническая практика остро нуждается в получении новых инструментов, как для превентивной диагностики и выявления пациентов группы риска, так и для динамического наблюдения в ходе проведения курсовой терапии. Диагностические маркеры и, созданные на их основе, тест-системы, позволяют проводить предварительную подготовку и поддерживающую терапию для снижения вероятности возникновения подобных осложнений и сохранения возможности дальнейшего использования одной из наиболее эффективных методик лечения онкологии.

Цель. Продемонстрировать возможности использования новых биомаркеров оценки риска развития аутоиммунных осложнений на фоне терапии checkpoint-ингибиторами на примере двух клинических случаев манифестации ревматоидного артрита у пациентов со злокачественными новообразованиями, проходящих данное лечение.



Материалы и методы. Исследуемый материал – гепаринизированная плазма пациентов со злокачественными новообразованиями и манифестацией ревматоидного артрита. Забор крови проводился в динамике до индукции лечения, а также через 2 недели, месяц, два и три месяца после нее. В анамнезе пациентов ранее отсутствовали сведения о наличии того или иного аутоиммунного заболевания или острых аллергических реакций. На момент включения в исследование у пациентов были диагностированы злокачественные новообразования разной локализации и стадийности. Инфекционные заболевания отсутствовали. Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Содержание новых диагностических маркеров в плазме крови определяли с использованием Q-Plex™ Singleplex assays иммуноанализа. Полученные данные обрабатывали в программном пакете GraphPad Prism 8 и IBM SPSS Statistics 27.0.1. Полученные данные сопоставляли с результатами динамического исследования цитокиновых профилей у пациентов, проходивших лечение злокачественных новообразований препаратами на основе checkpoint-ингибиторов, проводимого нашей группой в течении 2 лет. Данные предыдущих исследований были взяты за эталон. Сравнение проводили с группами пациентов, у которых в ходе лечения были выявлены нежелательные явления аутоиммунной природы, а также с теми, у кого подобных осложнений выявлено не было.

Результаты. Показано, что в обоих описываемых случаях у пациентов, еще на точке предшествовавшей индукции терапии были достоверно повышены уровни таких цитокинов, как интерлейкин-12p70 (2,40 и 2,47 пг/мл), -15 (17,54 и 22,48) и сниженный уровень TGFβ (851,77 и 946,22), что характерно для тех пациентов, у которых через 55-65 дней были зарегистрированы первые симптомы аутоиммунных заболеваний, что было показано нами ранее в двухлетнем исследовании оценки цитокиновых профилей пациентов проходящих терапию препаратами на основе checkpoint-ингибиторов. Важно отметить, что у пациентов, которые не получили осложнений аутоиммунного характера на этапе индукции терапии уровни указанных цитокинов были в пределах 0,8-1,99, 5,35 -15,93 и 1352,62 – 2432,25 пг/мл, соответственно. На каждой следующей контрольной точке содержание указанных маркеров в плазме крови пациентов, описываемых в данном докладе, находились в диапазоне значений, характерных для группы пациентов с диагностированными аутоиммунными патологиями на фоне терапии checkpoint-ингибиторами, которые были протестированы нами в предшествующих исследованиях. По данным историй болезней, начиная с 55 дня пациенты стали предъявлять жалобы на общую усталость, отечность мелких суставов рук, болезненность и скованность, что, однако не сопровождалось существенными изменениями общепринятых лабораторных критериев, таких как СОЭ, СРБ, содержания АЦЦП. Проведенные нами исследования содержания выбранных маркеров на данном сроке показали наличие аутоиммунной патологии, поскольку кривые уровней интерлейкина -12p70, -15 и TGFα наложилось на полученные нами в предыдущих исследованиях эталонные кривые группы пациентов с нежелательными явлениями аутоиммунной природы. К 105 дню консилиум врачей диагностировал манифестацию ревматоидного ар-



трита у обоих пациентов, к данной временной точке уровни выбранных нами маркеров составляли 4,01 и 4,93, 21,26 и 28,64, 654,21 и 746,07 пг/мл, соответственно. Важно отметить, что полученные данные на 40-45% отличались от таковых у пациентов группы сравнения без нежелательных явлений аутоиммунной природы, протестированных нами в предшествующих исследованиях. Ревматоидный артрит, ассоциированный с использованием checkpoint-ингибиторов, является показанием к временной или полной отмене терапии, что повышает риск прогрессирования основного онкологического заболевания. Своевременная поддерживающая терапия в случае пациентов группы-риска позволит в перспективе избежать развития побочных явлений, сохраняя возможность использования высокоэффективной терапии онкологических заболеваний.

Таким образом предложенные нами маркеры еще до начала терапии сигнализировали о наличии предрасположенности к избыточной активации иммунной системы и необходимости проведения дополнительной поддерживающей терапии. Дальнейшие исследования необходимые для набора статистики позволят определить максимально точный диапазон значений, на которые стоит ориентироваться врачам-онкологам при назначении терапии checkpoint-ингибиторами, чтобы избежать развития сложной сопутствующей патологии. Данные маркеры также могут быть весьма полезны врачам ревматологического профиля для динамического отслеживания необходимости или эффективности использования терапии, применяемой для стабилизации состояния пациентов группы-риска, проходящих курс лечения препаратами на основе ингибиторов иммунных контрольных точек.

ПОРАЖЕНИЕ МЫШЦ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ И СПОРАДИЧЕСКОМ МИОЗИТЕ С ВКЛЮЧЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ МРТ

**Коломейчук А.А.¹, Хелковская-Сергеева А.Н.¹,
Ананьева Л.П.¹, Птичкина Л.В.¹, Казаков Д.О.²**

¹НИИР им. В.А. Насоновой,

²НИКИ педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева

РНИМУ им. Н.И. Пирогова,

Москва

Введение. Дерматомиозит (ДМ) и спорадический миозит с включениями (СМВ) относятся к группе идиопатических воспалительных миопатий, характеризующиеся наличием проксимальной мышечной слабости. Требуется проведение тщательной дифференциальной диагностики, т.к. тактика ведения пациентов принципиально отличается. МРТ может быть полезным методом объективной визуализации для определения варианта воспалительной миопатии внутри группы.

Цель. Определить частоту поражения мышц у пациентов с ДМ и СМВ.



Материалы и методы. В исследование включено 15 пациентов с ДМ и 15 пациентов со СМВ, удовлетворяющих классификационным критериям EULAR/ACR 2017. Всем пациентам проводилась МРТ мягких тканей бедер и голеней на аппарате Philips Multiva 1.5 TESLA (Philips, Нидерланды) с использованием T1, T2 и STIR T2-импульсных последовательностей (спиновое-эхо) в аксиальных (толщина срезов 15.0 мм) и корональных (толщина срезов 8.0-10.0 мм) проекциях для оценки отека и жировой перестройки. Средний возраст пациентов с ДМ составил $46 \pm 15,7$ лет, медиана длительности заболевания 6 [4;9] месяцев. У пациентов с СМВ средний возраст на момент исследования был больше- $61 \pm 6,3$ года, как и медиана длительности заболевания 70 [34;137] месяцев ($p=0,017$ и $p<0,001$ соответственно). При ДМ максимальный уровень креатинфосфокиназы был выше, чем при СМВ (5380 [1700;8346], 800 [500;1200], $p=0,0014$). Лечение глюкокортикоидами и внутривенным нормальным человеческим иммуноглобулином получали чаще пациенты с ДМ ($p=0,005$).

Результаты и обсуждение. При сравнении частоты выявления отека мышц бедер при ДМ и СМВ статистически значимых различий в передней группе (портняжная, латеральная широкая, промежуточная широкая, прямая мышца) не выявлено ($p>0,05$). Шанс поражения мышц в задней группе при ДМ в т.ч. полуперепончатой ($p=0,02$) и полусухожильной ($p=0,02$) мышц, медиальной группе-гребенчатой ($p<0,001$), длинной приводящей ($p=0,002$), короткой приводящей ($p=0,008$), тонкой мышце ($p=0,035$) был выше в 7 и более раз, чем при СМВ.

При сравнении СМВ в сравнении с ДМ шанс мышечного поражения передней группы мышц (жировая перестройка)–портняжной ($p=0,01$), латеральной широкой ($p=0,002$), медиальной и промежуточной широкой ($p<0,001$), прямой ($p=0,003$) мышц, и медиальной группы, в т.ч. большой приводящей ($p=0,025$) и тонкой ($p=0,035$) мышц был выше в 6 и более раз. При определении частоты жировой перестройки мышц бедер в задней группе мышц (двуглавая, полуперепончатая и полусухожильная мышцы) достоверных различий не выявлено ($p>0,05$).

Достоверных различий при оценке частоты отека передней и латеральной группы мышц голеней не отмечено ($p>0,05$), за исключением отека латеральной головки икроножной мышцы при СМВ в сравнении с ДМ ($p=0,01$). Шанс поражения мышц задней группы при ДМ был выше в 7 и более раз по сравнению с СМВ за счет подколенной ($p=0,008$) и задней большеберцовой ($p=0,02$) мышц.

При оценке частоты жировой перестройки мышц голеней при СМВ в сравнении с ДМ были выявлены различия во всех группах мышц. Так, шанс мышечного повреждения в передней группе был выше в 12 и более раз преимущественно в передней большеберцовой мышце ($p=0,035$) и длинном разгибателе пальцев ($p=0,014$); в задней группе в 6 и более раз за счет медиальной ($p=0,003$) и латеральной ($p=0,042$) головок икроножной, камбаловидной ($p=0,008$) мышц и длинном сгибателе большого пальца ($p=0,025$); в латеральной группе более чем в 26 раз в длинной малоберцовой ($p<0,001$) и короткой малоберцовой ($p<0,001$) мышц.

Выводы. Ведущим МР-признаком для ДМ является отек, в то время как при СМВ-жировая перестройка. Для ДМ характерно преимущественно симметричное поражение передне-медиальной группы и задней группы (за счет полусухожиль-



ной и полуперепончатой) мышц бедер, передне-задней группы мышц голени. Для СМВ-избирательное поражение передней группы мышц бедер с относительной сохранностью прямой мышцы, передне-латеральной и задней (за счет икроножной, камбаловидной и длинного сгибателя пальца) группы мышц голени. В данной работе проанализирована частота поражения мышц при ДМ и СМВ, что является первым шагом к выделению МР-паттернов. МРТ может быть полезным инструментом для объективной характеристики воспалительных миопатий.

АНАЛИЗ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ ГИБП У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПО НЕМЕДИЦИНСКИМ ПРИЧИНАМ В ГРУППЕ ИНГИБИТОРОВ ИЛ-6

Кольцова Е.Н., Лукина Г.В., Хромова Е.Д., Розочкина Е.А.
Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова,
Москва

Ингибиторы ИЛ-6 в практике ревматолога успешно применяются при лечении ревматоидного артрита как для купирования активности заболевания, так и для торможения рентгенологического прогрессирования. В нашем исследовании проведен анализ 52 больных с ревматоидным артритом, получавших терапию ингибитором ИЛ-6 – Левилимабом. Средний возраст пациентов составил $52,9 \pm 15,7$ лет. Средняя продолжительность приема Левелимаба составила 380 дней [ДИ 257; 502]. Прекращение терапии отмечено у 2 пациентов по причине: неэффективность – 1 случай, наступление беременности – 1 случай. В 17 случаях препарат назначался в качестве первой линии терапии, в 21 случае – 2 линии терапии, в 14 случаях – 3-7 линий терапии. В качестве монотерапии Левелимаб применялся у 21 пациента, в комбинации с БПВП – у 31 пациента, из них 14 пациентов принимали метотрексат, 8 пациентов – лефлуномид, 6 пациентов – два БПВП (метотрексат/лефлуномид + гидроксихлорохин/сульфасалазин). У 21 пациента (41%) была произведена смена терапии с Тоцилизумаба и у 4 пациентов (8%) – с сарилумаба по немедицинским показаниям. У 5 пациентов (10%) предыдущий препарат был из группы иФНО (Этанерцепт, Адалimumаб), у 2 пациентов (4%) – из группы ингибиторов JAK-киназ (Тофацитиниб), 2 пациента (4%) принимали ранее Абатацепт, 1 пациент (2%) принимал Ритуксимаб. Средняя продолжительность приема Тоцилизумаба до перехода составила 1948 дней, Сарилумаба – 290 дней. До смены терапии средняя активность РА по DAS-28 составила 2,7 [2; 3,5], средняя СОЭ – 28,3 [2; 120] мм/ч, средний СРБ – 13 [8; 51] нг/мл. На момент приема Левелимаба в течение не менее 3 месяцев средняя активность РА по DAS-28 составила 2,8 [2; 5,9], средняя СОЭ – 9,5 [1; 65] мм/ч, средний СРБ – 1,31 [0; 11] нг/мл.

На основании полученных данных установлено, что смена терапии, в том числе по немедицинским показаниям, в группе ингибиторов ИЛ-6 свидетельствует о сохранении эффекта терапии у пациентов с ревматоидным артритом.



К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ИСХОДАХ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА (СГ)

Комаров В.Т., Хичина Н.С., Алимова И.Н.

Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко,
г. Заречный

Системный капиллярит с поражением легких и базальной мембраны клубочков (БМК) гломерулярного аппарата почек – болезнь анти-БМК или синдром Гудпасчера (СГ) относят к васкулитам мелкого калибра сосудов. Ранняя диагностика СГ имеет важное значение, поскольку исходы болезни напрямую зависят от этого.

Цель исследования. Проанализировать клинические проявления и инструментальные данные ранней диагностики и исходы СГ.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 4 пациентов с СГ (мужчина 24 лет и 3 женщин, средний возраст 65 года), лечившихся в отделение ревматологии ГБУЗ» Пензенская областная больница имени Бурденко и в ГБУЗ «Пензенский областной центр специализированных видов медицинской помощи».

Диагноз СГ ставился в соответствие с Клиническими рекомендациями Ассоциации нефрологов России, 2021г. Продолжительность болезни составила 30 месяцев. У всех пациентов отмечалось поражение почек в виде острой почечной недостаточности с гематурией и гиперазотемией, в среднем уровень креатинина составлял 850,5 ммоль/л, 4 пациентов находились на заместительной почечной терапии – программированном гемодиализе. Биопсия почек не проводилась. У пациентов оценивались данные МСКТ-томографии органов грудной клетки и лабораторные показатели, включая антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА) и антитела к БМК.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов заболевание начиналось с повышения температуры до 38 град, которая сопровождалась похуданием, общей слабостью, ускоренным СОЭ, анемией и лейкоцитозом в крови, одышки, с поражения почек со снижением диуреза. У 4 пациентов отмечались боли в суставах, у 3 наблюдалась артериальная гипертензия, ИБС, постоянная форма фибрилляция предсердий. У 2 больных наблюдался геморрагический альвеолит с кровохарканьем. По данным МСКТ-томографии органов грудной клетки у всех пациентов отмечались множественная диссеминация легких, многочисленные периваскулярные узелки, сливающего характера по типу матового стекла. Заболевание начиналось с развития острой почечной недостаточности с гиперазотемией. Оказалось, при анализе лабораторных показателей выявлено увеличение СОЭ до 44 мм/час, лейкоцитоз – 21,6X10⁹, анемию до 86,2 г/л, увеличение ЦИК до 125,5 опт.ед, СРБ до 36,8 мг/л, протеинурия в суточной моче составила 2,7 г/л. При исследовании ревматоидный фактор, антитела к ДНК, к кардиолипинам, волчаночный антикоагулянт и антинуклеарный фактор отмечены отрицательными. При обследовании у всех пациентов антитела к БМК, были обнаружены, антитела к АНЦА были отрицательные, включая антитела к миэлопероксидазе и к протеиназе-3. При оценке лечения все пациенты получали пульстерапию метипредом в дозе 3000 мг в/венно капельно за 3 дня вместе с циклофосфаном 1000 мг в/венно ка-



пельно на 2 день введения с переходом на преднизолон 60 мг в сутки ежедневно, в последующем все пациенты получали поддерживающую терапию преднизолоном 20 мг в сутки и азатиоприном 100 мг в сутки. В процессе наблюдения исходов заболевания 3 пациента переведены на заместительную почечную терапию – программированный гемодиализ, один пациент умер в инфекционной больнице, представляем случай...

Пациент Г., 24 лет поступил в инфекционную больницу 21 февраля 2024 года с жалобами: на повышение температуры до 38 град, кровохарканье. Болен 2 месяца, когда появился кашель с мокротой и кровохарканьем, на Р-грамме органов грудной клетки – правосторонняя нижнедолевая пневмония, лечился в ЦРБ, в связи с лихорадкой переведен в инфекционную больницу. При обследовании выявлено: креатинин = 989 ммоль/л, мочевины = 24,8 ммоль/л, гемоглобин = 69 г/л, тромбоцитов = 562, СРБ = 163 мг/л, на СКТ-томограмме органов грудной клетки – двусторонняя инфильтративные изменения в легких, двусторонний плевральный выпот, перикардальный выпот, мокрота на микобактерии методом ПЦР отриц, кровь стерильна, мазок из зева на РНК SARS COV-2 отриц. У пациента на фоне лечения развилась острая почечная недостаточность со снижением диуреза и потерей сознания. При обследовании антитела к АНЦА отриц, выявлены положительные антитела к БМК.. Проведена пульстерапия метипредом 2000 мг за 2 дня в/венно капельно, проводилась заместительная терапия низкопоточным гемодиализом, антибактериальная, гемостатическая терапия. Несмотря на проводимое лечение пациент скончался на 10 день пребывания при явлениях почечной и дыхательной недостаточности. При патологоанатомическом исследовании найден некротизирующий альвеолит и некротизирующий нефрит.

Выводы. Таким образом, ранняя диагностика СГ, несмотря на сомнительный прогноз, позволяет провести своевременную интенсивную терапию, включая заместительную почечную терапию программированным гемодиализом, сохранить жизни пациентам и улучшить прогноз заболевания.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ СОЧЕТАННЫМ С ОЖИРЕНИЕМ

**Комарова Е.Б.¹, Бешимова Р.К.², Белкина Г.А.¹,
Бойченко О.В.³, Хорькова Е.А.³**

¹Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки,

²Луганская республиканская клиническая больница,

³Диагностический центр «Луганская диагностическая лаборатория»,
г. Луганск

Ревматоидный артрит (РА) – наиболее часто встречающийся аутоиммунная патология суставов с ранней инвалидизацией и развитием сочетанной патологии. Жировая ткань является источником цитокинов, хемокинов, метаболически актив-



ных медиаторов (ФНО, ИЛ-1 β , ИЛ-6), которые играют ключевую роль в инициации и хронизации воспалительного процесса во всех органах и системах организма. Так же жировая ткань является донатором тканевой РААС, которая играет важную роль в экссудативно-пролиферативных (стимуляция провоспалительных цитокинов, факторов роста, эндотелиальной дисфункции) и может участвовать в различных звеньях патогенеза у пациентов с РА, плюс способствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов РА сочетанного с ожирением.

Цель исследования. Определить факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии у пациентов РА сочетанного с ожирением.

Методы. Было обследовано 99 пациентов с РА (критерии ACR/EULAR 2010), в возрасте 53 [46,5; 60] года, 82% были женщины, длительность заболевания 36 [24; 72] мес. Критериями исключения являлись: возраст младше 18 лет, наличие ССЗ, сахарного диабета, хронической болезни почек. В исследуемую группу вошли 61 пациента с избыточной массой тела и ожирением I-II ст. с ИМТ 30,5 [28,5; 33,3] кг/м², группу сравнения составили 38 пациент без ожирения с ИМТ 22 [19,5; 23,6] кг/м², сопоставимы по возрасту, полу и длительности РА с исследуемой группой. Всем пациентам рассчитывали индексы SCORE 2 и DAS 28. Биохимическими методами определяли уровни холестерина, липопротеидов, глюкозу крови, инсулина натощак. Методом ИФА определяли уровни СРБ, АЛД (Вектор-Бест).

Результаты. Индекс SCORE 2% в исследуемой группе был статистически выше 11 [8; 16] чем в группе сравнения 7 [5; 13], $p=0,023$. Статистически отличался индекс атерогенности, он был выше в исследуемой группе 3,3 [2,77; 3,7] и 2,44 [2,25; 2,96], $p=0,012$, однако статистических отличий по уровню холестерина и триглицеридов выявлено не было. Уровни глюкозы в крови натощак статистически не отличались в исследуемых группах, а уровень инсулина натощак мкЕД/мл был статистически выше в исследуемой группе 16,8 [9,92; 22,9] и 6,51 [2,15; 9,65], $p=0,029$. Количество СРБ мг/мл в крови было статистически выше в исследуемой группе 14,5 [4,52; 42,2] чем в группе сравнения 3,47 [0,9; 10,9], $p=0,009$. У пациентов в исследуемой группе активность РА по DAS 28 4,5 [3,97; 5,1] была так же статистически выше чем в группе сравнения 4,1 [2,58; 4,7], $p=0,033$.

Уровень АЛД в крови пг/мл в исследуемой группе был статистически выше 212 [133; 295] чем в группе сравнения 156 [83,7; 181], $p=0,023$. При этом показатель АЛД положительно коррелировал с ИМТ ($r=0,36$; $p=0,015$), а с ОТ/ОБ была выявлена выраженная положительная корреляция ($r=0,51$; $p<0,01$). Выявлены так же положительные корреляции уровня АЛД с индексом атерогенности ($r=0,33$; $p=0,025$), СРБ ($r=0,35$; $p=0,026$) и DAS 28 ($r=0,43$; $p=0,002$).

Выводы. У пациентов РА сочетанного с ожирением кроме повышения стандартных факторов риска ССЗ (индекса SCORE 2, индекса атерогенности, СРБ) отмечается увеличение уровня АЛД в крови, что может способствовать как быстрому развитию ССЗ, так и поддержанию хронического аутоиммунного воспаления (высокий DAS28). Это приводит к развитию синдрома взаимного отягощения, дальнейшему прогрессированию обоих заболеваний и ухудшению качества жизни пациента. Полученные данные требуют более глубокого изучения для разработки персонализированной терапии пациентам с сочетанной патологией.



ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СОСУДИСТО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ОСТЕОАРТРИТА НА САМКАХ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР

Корочина К.В., Чернышева Т.В., Корочина И.Э., Полякова В.С.
Оренбургский государственный медицинский университет,
г. Оренбург

Обоснование. Создание оптимальной модели остеоартрита (ОА), наиболее полно соответствующей заболеванию человека, является одной из важных задач экспериментальной ревматологии. При этом гендерные особенности моделирования заболевания у лабораторных животных практически не изучены. Очевидно, что хирургические ятрогенные методы приведут к значительным структурным дегенеративно-воспалительным изменениям суставов независимо от пола животных. Однако не до конца понятен половой диморфизм экспериментального ОА нетравматического генеза.

Цель исследования. Изучить ремоделирование суставного хряща самок крыс линии Wistar после воспроизведения ОА сосудисто-метаболического генеза в эксперименте и сопоставить полученные данные с результатами прошлых серий моделирования заболевания на самцах.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на 10 самках крыс линии Wistar 8 месячного возраста, из них 5 животных составили контрольную группу, 5 – опытную. В опытной группе ОА моделировали по разработанной ранее авторской методике: сначала проводили 2 недельный курс ежедневного интенсивного плавания после инъекций мезатона (метод получения системной сосудистой недостаточности), затем животных помещали в тесные клетки на 2 месяца с соблюдением высококалорийной диеты (для развития ожирения). После завершения эксперимента крыс усыпляли эфирным наркозом, декапитировали. Гистопатологическое исследование большеберцового суставного хряща коленного сустава животных проводили с использованием гистохимических (окрашиванием гематоксилин-эозином, 0,5% толуидиновым синим), морфометрических методик и оценкой результатов по шкале OARSI (2006).

Результаты и обсуждение. Суставной хрящ контрольной группы соответствовал основным паттернам строения здорового хряща, он имел четкую зональность, ровную поверхность, непрерывистую базофильную линию и равномерную метахромазию матрикса хряща. В опытной группе наблюдалась структурно-функциональная реорганизация в нагружаемой зоне медиального мышцелка. Были выявлены разволокнение поверхностной зоны хряща, отсутствие метахромазии в ней, гипертрофия хондроцитов с формированием изогенных групп до 7 клеток (в контроле – до 3 хондроцитов). Средняя толщина хряща опытной группы была достоверно меньше, чем в контрольной. Объективизация оценки с помощью шкалы OARSI (2006) выявила 2 степень, 1 стадию поражения хряща. При сопоставлении полученных данных с результатами моделирования ОА у самцов крыс линии Wistar прошлых серий с макси-



мальным поражением хряща 3 степени, 2 стадии можно заключить, что самцы более восприимчивы к моделированию заболевания по сравнению с самками.

Выводы. Нами проведена верификация экспериментальной модели ОА сосудисто-метаболического генеза на самках крыс линии Wistar, доказана ее воспроизводимость, изучены структурно-функциональные особенности суставного хряща в зависимости от пола животных, определяющие приоритетное использование самцов для моделирования данного заболевания.

АУТОИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ

**Кошукова Г.Н.^{1,2}, Заява А.А.^{1,2}, Доля Е.М.^{1,2},
Фурсова В.А.², Мавлютова А.Н.¹**

¹Ордена Трудового Красного Знамени
медицинский институт им. С.И. Георгиевского,

²Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского,

³Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко,
г. Симферополь

Обоснование. Постковидный синдром (ПКС) расценивается как комплекс симптомов, которые беспокоят человека после перенесенного COVID-19 и длятся более 12 недель и не являются результатом другого диагноза. Продолжительность ПКС может составлять до полугода и более с сохранением выраженной слабости, одышки, нарушения обоняния и вкуса, утомляемости, раздражительности, болей в суставах, расстройства пищеварения и т.д. При обследовании у некоторых пациентов отмечается повышение титров аутоантител, что может свидетельствовать о нарушении регуляции иммунного ответа и развитии гипервоспаления. Большое внимание уделяется поражению респираторной системы, кардиоваскулярным проявлениям, поражениям нервной системы, остается малоизученным вопрос поражения опорно-двигательного аппарата.

Цели исследования. Изучить динамику уровня аутоантител у пациентов с постковидным синдромом и поражением костно-мышечной системы.

Материалы и методы. Проведен анализ клинико-лабораторных проявлений у пациентов, перенесших инфекцию SARS CoV-2 с наличием поражения костно-мышечной системы. Было обследовано 58 пациентов (49 женщин и 9 мужчин, 55 женщин в возрасте 34–68 лет) с оценкой клинической симптоматики и уровня повышения титров наиболее распространенных аутоантител.

Результаты и обсуждение. Среди наиболее часто предъявляемых жалоб отмечалось: выраженная слабость, быстрая утомляемость, артралгии, нарушение сна, миалгии, кожные высыпания. У 44,8% пациентов суставные боли сопровождалась проявлениями локального воспаления в виде гиперемии, отечности и повышения локальной температуры пораженных суставов, что может быть расценено как проявления реактивного артрита.



У единичных пациентов (5,2%) регистрировались проявления синдрома Рейно. Следует отметить, что степень выраженности суставного синдрома не зависела от тяжести перенесенного SARS CoV-2. У большинства пациентов клиническая симптоматика развивалась через 4-8 недель после заражения COVID 19, однако единичные пациенты отмечали появление артралгий через 8-10 недель после перенесенного заболевания без дополнительных провоцирующих факторов с постепенным увеличением интенсивности болевого синдрома. Уровень СРБ находился как в пределах нормативных показателей (n=19), так и демонстрировал повышение различных уровней. При исследовании серологического статуса у большинства пациентов (62%) отмечалось повышение титров ANA Hep-2 – от минимальных 1:160-320 до крайне высоких титров 1:10240-20480, что требовало проведения углубленной диагностики с исследованием антинуклеарного иммуноблота. У 41,4% пациентов выявлялись anti-dsDNA anti-SM, anti-RNP, RNP/Scl, anti-SSA(Ro), anti-SSB (La) антитела как по изолированным позициям, так и в различных комбинациях. В последующем проводилась оценка диагностических критериев отдельных нозологий - СКВ, ССД, синдрома Шегрена. У 24,1% пациентов выявлялись повышенные титры ревматоидного фактора (РФ), у 10,3% отмечалось повышение уровня АЦЦП, что требовало верификации диагноза Ревматоидного артрита (РА). Следует отметить, что дебют РА фиксировался только у трети пациентов с повышенными титрами РФ и у большинства пациентов с повышенными титрами АЦЦП, что может расцениваться как прогностический фактор развития заболевания. Можно предположить, что паттерн аутоантител, обнаруживаемый после инфекции, обусловлен индивидуальной реактивностью иммунной системы.

Выводы. Таким образом, вероятно, COVID-19 является новым потенциальным триггером для активации аутоиммунных механизмов и сероконверсии с возможным дебютом ревматических заболеваний. Низкий титр антинуклеарных антител или других аутоантител может быть результатом преходящей реактивации В-клеток и плазматических клеток. При выявлении низких титров аутоантител после перенесенного COVID-19 предпочтительна тактика наблюдения с мониторингом клинико-лабораторных показателей. Наличие высокого титра аутоантител у таких пациентов требует проведения дополнительных методов исследования с целью исключения/подтверждения иммуновоспалительных ревматических заболеваний.

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТА С АНТИСИНТЕТАЗНЫМ СИНДРОМОМ: ЛЕГКО ЛИ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ?

Красникова В.И.

Саратовская городская клиническая больница №2 им. В. И. Разумовского,
г. Саратов

Пациент 3., 44 лет поступил в ревматологическое отделение ГУЗ «ОКБ» г. Саратова в январе 2024 г. с жалобами на одышку смешанного характера (mMRS 3-4 бал-



ла), умеренные боли в мелких суставах кистей в покое, утреннюю скованность около 10 минут, боль в коленных суставах при движении, эпизодически осиплость голоса, снижение зрения, слабость в проксимальных группах мышц верхнего и нижнего пояса.

Из анамнеза известно, что осенью 2021 г. перенес новую коронавирусную инфекцию, лечился амбулаторно. С декабря 2022 г. отметил появление и прогрессирование одышки, периодически субфебрилитет. Лечился амбулаторно антибиотиками – без эффекта. В январе 2023 г. амбулаторно выполнил КТ ОГК - признаки двусторонней интерстициальной пневмонии (25%), в связи с чем был госпитализирован в инфекционный стационар с диагнозом «Интерстициальное поражение легких, острое течение». ПЦР (COVID-19) отрицательный. Было проведено несколько курсов антибиотикотерапии, противогрибковой терапии без значимого эффекта. По данным КТ при выписке объем поражения увеличился до 80-90%. В марте 2023 г. госпитализирован в пульмонологическое отделение стационара по месту жительства с диагнозом «Хроническая обструктивная болезнь легких. COVID-19 индуцированное ИЗЛ». При КТ ОГК сохранялись изменения по типу «матового стекла», нижние доли обоих легких представлены участками распространенного фиброза. При спирографии: ФЖЕЛ 42%, ОФВ1 48%, ОФВ1/ФЖЕЛ 91%. Проведена терапия антибиотиками (сульцеф), спиилто респимат, преднизолон 10 мг/сутки. На амбулаторный этап назначен курс терапии глюкокортикоидами (ГК) перорально 20 мг с постепенным снижением. На фоне терапии отметил уменьшение одышки. В июле 2023 г. повторная госпитализация с прежним диагнозом. Лабораторно без особенностей. При спирографии: ФЖЕЛ 52%, ОФВ1 62%, ОФВ1/ФЖЕЛ 95%. Продолжена терапия ГК 10 мг/сут. На фоне снижения дозы ГК с лета 2023 г. отметил появление постоянного жжения и онемения в кистях. Лабораторно: АЦЦП менее 7,0 (норма 0-17), РФ 29,5, АТ SS-A положит, АТ Jo1 положительные, АТ к ДНК 1,0 (норма 0-25).

В августе 2023 г. появилась сухость, шелушение, трещины на пальцах кистей, через 2-3 недели на фоне инсоляции появление в области подбородка, надбровных дуг эритематозных высыпаний, шелушения кожи, купировавшихся самостоятельно. С сентября 2023 г. появились признаки симметричного артрита суставов кистей, повышение температуры до 37,5-38,0°C. В общем анализе крови в этот период без особенностей. С зимы 2024 г. нарастание одышки, усиление болей в суставах, боли в мышцах верхних, нижних конечностей. В январе 2024 г. был вновь госпитализирован в стационар по месту жительства с диагнозом «ИЗЛ, фиброзирующее течение. ХОБЛ, тяжелое течение». Выявлено повышение СРБ (30,92 мг/л). При КТ отрицательная динамика в виде появления большого количества новых участков уплотнения легочной ткани, нарастание фиброзных изменений. При спирографии: ФЖЕЛ 36%, ОФВ1 42%. По результату 6 мин. теста: 50 м, исходно SpO2 90-92%, десатурация до 83%. Консультирован ревматологом, проведена пульс-терапия преднизолоном 250 мг №3. На этом фоне кратковременно уменьшились боли в суставах и выраженность одышки. Амбулаторно доза преднизолона 30 мг/сут, ингаляционно спиилто респимат 2 инг в сутки. Лабораторно ANF на Her-2 1:2560, AC 18,19,20 (норма менее 1:160), положительный РФ (+++).

Из анамнеза жизни известно, что работал отделочником, бывший курильщик (индекс курения около 10 пачка/лет). При объективном осмотре проявления артрита мелких суставов кистей, акроцианоз, периферическая лимфоаденопатия. При аускультации легких дыхание жесткое (вдох=выдоху), крепитация ниже 6 ребра (более



звучная справа), единичные сухие жужжащие хрипы. SpO₂ в покое 90%, при минимальной нагрузке десатурация до 84%.

Лабораторно СОЭ 25 мм/ч, СРБ 13,7 мг/л, КФК 1797,6 Ед/л. При спирографии ФЖЕЛ 41%, ОФВ1 45%, TLCO 38%. Рентгенография кистей: артрит 2 стадии, артроз 2 стадии. При ЭНМГ верхних и нижних конечностей выявлены признаки очаговой демиелинизирующей нейропатии срединных нервов на уровне карпальных каналов, также определяются признаки поражения по первично-мышечному типу правой дельтовидной мышцы. На основании полученных данных пациенту был установлен диагноз: «Дерматомиозит, подострое течение по началу заболевания, активность 3 ст, с поражением проксимальных отделов верхних, нижних конечностей, с антисинтеазным синдромом (интерстициальное поражение легких, положительные Anti SS-A, Anti Jo1, положительный ANF на Her-2 (тип свечения AC 18,19,20), полиартрит, лимфаденопатия, полинейропатия верхних конечностей, ксеростомия, в анамнезе дерматит (симптом Готтрона, «рука механика»)). Учитывая быстрое прогрессирование поражения легких, поражение мышц было решено увеличить дозу преднизолона до 80 мг/сут (1 мг/кг массы тела), а также проведена программная терапия ГК и циклофосфамидом в течение 3 мес. На этом фоне нормализовались лабораторные показатели: СОЭ 3 мм/ч, КФК 82,3 Ед/л, СРБ 0,9 мг/л, но сохраняются признаки дыхательной недостаточности, по результату 6 мин. теста: 360 м, исходно SpO₂ 90%, десатурация до 81%. В связи с этим начат курс введения ритуксимаба 1000 мг №2 с промежутком в 14 дней. Учитывая нарастание фиброзных изменений в легких по данным КТ, снижение ФЖЕЛ на 10% поражение легких расценено как соответствующее прогрессирующему фибротическому фенотипу. Рекомендована антифибротическая терапия.

Данное клиническое наблюдение представляет развитие антисинтеазного синдрома. Заболевание «стартовало» с поражения легких и в течение почти года ошибочно расценивалось как ХОБЛ и постковидное ИЗЛ. Отмечено быстрое нарастание фиброзирующих изменений при КТ, что определяет неблагоприятный клинический прогноз. Описанное клиническое наблюдение подчеркивает важность исключения ревматологической патологии во всех случаях впервые диагностируемых ИЗЛ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА I-III СТАДИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Кузнецов В.И.

Клиническая больница скорой медицинской помощи №15,
г. Волгоград

Остеoarтрит (ОА) коленных суставов является наиболее распространенным заболеванием суставов, поражающим более 80% людей старше 55 лет. Приоритетным методом лечения ОА коленных суставов считается локальная инъекционная терапия с введением



эндопротезов синовиальной жидкости на основе гиалуроновой кислоты, включенная во второй этап алгоритма ESCEO 2019 г., а также в стандарт оказания специализированной медицинской помощи при гонартрозе (Приказ МЗ №706н от 27.10. 2022 г.).

Цель и задачи. Целью исследования являлось сравнение эффективности и безопасности применения 1% – 2,0, 1,5% – 2,0, и 2,3% – 3,0 – гиалуроновой кислоты (производство Швейцария) вместе с пероральным применением селективных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) у пациентов с ОА коленного сустава I–III стадии.

Материалы и методы. 120 пациентов с ОА коленного сустава I–III стадии участвовали в сравнительном обсервационном исследовании эффективности и безопасности инъекционной терапии с введением 1% – 2,0 гиалуроновой кислоты по 3 инъекции в сустав – 1 раз в неделю (группа А, 30 человек); 1,5% – 2,0 гиалуроновой кислоты по 2 инъекции в сустав, 1 раз в неделю (группа В, 30 человек); 2,3% – 3,0 – гиалуроновой кислоты однократно (группа С, 30 человек) на фоне перорального применения селективного препарата НПВП (целекоксиб 200 мг в сутки) в сравнении с группой D (30 пациентов с 1-3 стадией ОА коленного сустава без синовита, получали только НПВП (целекоксиб 200 мг в сутки).

НПВП (Целекоксиб 200 мг в сутки) пациенты принимали во всех группах наблюдения и сравнения (А, В, С и D). Срок терапии Целекоксибом 200 мг в сутки во всех группах составлял от 8 дней до 1 месяца (по показаниям, в зависимости от интенсивности болевого синдрома). Общая длительность наблюдения составила 6 месяцев, кратность визитов: на 30, 90 и 180 дни. Результаты оценивали стандартными методами осмотра, включая измерение объема движений в суставе, а также балльной оценкой физикальных признаков, тестами с ходьбой по лестнице и на расстояние, 100-мм ВАШ боли, индекс Лекена.

Результаты. В группе А (30 пациентов с 1-3 стадией ОА коленного сустава без синовита, получали внутрисуставно 1% – 2,0 по 3 инъекции в сустав – 1 раз в неделю) – выявлено снижение боли на 7-е сутки, НПВП отменен на 8 сутки при I–II стадии и на 21-е сутки при 3 стадии (далее НПВП – «по требованию»). Боль по ВАШ через 6 месяцев уменьшилась до 20 – 25 мм при ОА коленного сустава I–II стадии и до 35-40 мм при III стадии, снижение индекса Лекена через 6 месяцев до 4 и 6-7 баллов соответственно.

В группе В (30 пациентов с 1-3 стадией ОА коленного сустава без синовита, получали внутрисуставно 1,5% – 2,0 по 2 инъекции в сустав, 1 раз в неделю) – выявлено снижение боли - НПВП отменен на 6 сутки при 1-2 стадии, и на 15 сутки при 3 стадии ОА коленного сустава. Боль по ВАШ через 6 месяцев уменьшилась до 20 – 25 мм при ОА коленного сустава I–II стадии и до 35-40 мм при III стадии (НПВП отменен через 14 дней, далее – «по требованию»), снижение индекса Лекена через 6 месяцев до 4 и 5-6 баллов соответственно.

В группе С (30 пациентов с 1-3 стадией ОА коленного сустава без синовита, получали внутрисуставно 2,3% – 3,0 однократно) – выявлено снижение боли на 3-4 сутки при 1-2 стадии (НПВП отменен на 4 сутки) и на 10-е сутки при 3 стадии ОА коленного сустава. Боль по ВАШ через 6 месяцев уменьшилась до 15 мм при ОА ко-



ленного сустава I–II стадии и до 30 мм при III стадии (НПВП отменен через 10 дней, далее – «по требованию»), снижение индекса Лекена через 6 месяцев до 3 и 5 баллов соответственно.

В группе D (30 пациентов с 1-3 стадией ОА коленного сустава без синовита, получали только НПВП (целекоксиб 200 мг в сутки). Выявлено снижение боли на 10-е сутки (НПВП отменен на 11 сутки) при I-II стадии и на 25-е сутки при 3 стадии (далее НПВП – «по требованию»). Боль по ВАШ через 6 месяцев уменьшилась до 35 мм при ОА коленного сустава I-II стадии и до 65 мм при III стадии, снижение индекса Лекена через 6 месяцев до 5-6 и 10-12 баллов соответственно.

Выводы. 1. Препараты гиалуроновой кислоты 1% – 2,0, 1,5% – 2,0, 2,3% – 3,0 (производство Швейцария) – могут использоваться как безопасный и эффективный эндопротез синовиальной жидкости при I-III стадии ОА коленного сустава при недостаточном эффекте от хондропротекторов и НПВП. 2. Рекомендуется амбулаторно использовать выявленные преимущества и возможности локальной инъекционной терапии гиалуроновой кислотой различной концентрации при всех стадиях ОА коленного сустава. 3. Локальная инъекционная терапия гиалуроновой кислотой в комбинации с коротким курсом селективного НПВП рекомендуется как преимущественный метод лечения в сравнении с назначением только одного селективного НПВП.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ БОЛИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Кузнецова С.В., Беляева Е.А.

Тульский государственный университет, медицинский институт,
г. Тула

Обоснование. Пациенты с онкологическими заболеваниями и скелетно-мышечной болью нуждаются в инструментальном и лабораторном исследовании уже при первичном обращении в связи с высоким риском костных метастаз и вероятностью рецидивов или новых опухолевых процессов.

Цель исследования. Выявить причины скелетно-мышечной боли у пациентов с онкозаболеваниями после хирургического и/или комбинированного лечения опухоли.

Материалы и методы. Объектом исследования в реальной клинической практике послужили пациенты (12 женщин и 7 мужчин), обратившиеся на прием ревматолога, ортопеда и невролога с жалобами на боли в спине, суставах, костях, мышцах. Для проведения дифференциальной диагностики применялись физикальный осмотр, инструментальные методы (рентгенография, УЗИ, КТ, МРТ, сцинтиграфия скелета, двухэнергетическая рентгеновская денситометрия), лабораторные методы (общеклинический анализ крови и мочи, оценка уровня С.РБ, мочевой кислоты, кальция, ЩФ, иммунологические исследования по показаниям).



Результаты и обсуждение. Из 4-х пациенток с болями в области таза с иррадиацией в нижние конечности, проходивших комбинированное лечение по поводу рака молочной железы, - в 1-м случае выявлен асептический некроз головки бедренной кости, в 1-м случае метастазы в кости таза и поясничные позвонки, в 1-м случае при нелокализованных болях в области таза и нарушении функции ходьбы выявлен патологический атравматический перелом верхней трети бедренной кости вследствие костных метастазов, при дальнейшем обследовании выявлены множественные метастазы в кости таза, ребра и позвоночник, в 1-м случае диагнозом исключения стала неспецифическая боль в спине. Больным проводилась МРТ-диагностика, сцинтиграфия скелета. У пациенток с остеолитическими метастазами отмечалось повышение уровня СРБ, мочевой кислоты, кальция и ЩФ.

Пациентка с глиобластомой, метастазами в легкие и печень обратилась с болями и скованностью в суставах верхних конечностей, диагностирован ревматоидный артрит (РФ 364, АЦЦП 2080), на фоне лечения метотрексатом 20 мг/нед. суставной синдром регрессировал. Также ревматоидный артрит был диагностирован у пациентки после хирургического лечения по поводу фолликулярного рака щитовидной железы и злокачественного новообразования паращитовидных желез с болями и скованностью в локтевых суставах (РФ 286, АЦЦП 4230). Ранее состояние пациентки расценивалось как артралгии на фоне нарушения кальциевого обмена вследствие послеоперационного гипопаратиреоза.

У пациентки после резекции желудка по поводу аденокарциномы диагностирован остеопороз с патологическими переломами L4, L5. При обследовании исключено метастатическое поражение позвоночника.

Подагра, как причина боли в суставах, установлена у 3-х пациенток: с нефробластомой после нефрэктомии, после хирургического лечения по поводу новообразования надпочечника, после резекции толстой кишки по поводу аденокарциномы.

В трех случаях у женщин с раком эндометрия, щитовидной железы, аппендикса диагностирован остеоартрит множественной локализации, признаков метастаз, рецидивов опухолей, новообразований других локализаций при инструментальном и лабораторном обследовании выявлено не было.

У 4-х мужчин после комбинированного лечения рака простаты диагностирована подагра с уровнем гиперурикемии от 654 до 782 мкмоль/л, с развитием синдрома полиартрита: одновременным поражением в дебюте суставов стопы, коленных и локтевых суставов. В 1-м случае после хирургического лечения рака простаты причина боли – асептический некроз головки бедренной кости. У пациента с нефробластомой после нефрэктомии с болями в спине, преимущественно в ночные часы, впервые выявлена миеломная болезнь. У пациента с хроническим лимфолейкозом диагностирована гемангиома L5 с прогрессирующей деструкцией тела позвонка (впоследствии проведена пластика костным цементом).

Выводы. Причины дорсалгии, артралгии, миалгии у онкологических пациентов многообразны: костные метастазы, патологические переломы, дебюты ревматических заболеваний, нежелательные реакции при приеме фармпрепаратов, поэтому у этой группы пациентов недопустим рутинный подход к диагностике и лечению



скелетно-мышечной боли для обеспечения безопасности и эффективности терапии и выживаемости больных. При первичном обращении онкологических пациентов с болевым синдромом целесообразно использовать весь спектр визуализирующих исследований для максимально быстрого выявления специфических причин боли.

ФАКТОРЫ РИСКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ПОВОДУ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМИ ВАСКУЛИТАМИ

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

НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Изучить факторы риска госпитализации по поводу COVID-19 у пациентов с АНЦА-ассоциированными васкулитами (ААВ).

Материалы и методы. В ретроспективное исследование отобраны содержащие информацию о проводившемся лечении COVID-19 (амбулаторно или в инфекционном стационаре) истории болезни 53 пациентов (женщин (ж) – 36, мужчин – 17, возраст $53,94 \pm 14,26$ года, длительность заболевания $5,74 \pm 6,11$ лет) с ААВ, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой с 21.09.2021 по 28.12.2023 гг. В первую группу вошли 26 больных ААВ (ж – 19, ≥ 60 лет – 14), которым потребовалась госпитализация с коронавирусной инфекцией. Из них 13 страдали гранулематозом с полиангиитом (ГПА), 7 – эозинофильным гранулематозом с полиангиитом (ЭГПА), 6 – микроскопическим полиангиитом (МПА). Вторую группу составили 27 пациентов с ААВ (ж – 17, ≥ 60 лет – 7, ГПА – 15, ЭГПА – 9, МПА – 3), получавших амбулаторное лечение COVID-19.

В первой группе до коронавирусной инфекции гипертоническая болезнь (ГБ) была диагностирована у 20 (76,92%) больных, ожирение (ОЖ) у 15 (57,69%), заболевания легких (ЗЛ) у 19 (73,08%), хроническая болезнь почек (ХБП) у 14 (53,85%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) или сахарный диабет (СД) у 3 (11,54%), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе у 2 (7,69%), онкологическое заболевание (ОнкЗ) у 1 (3,85%). В этой группе 22 (84,62%) пациента до COVID-19 принимали глюкокортикоиды (ГК), в том числе 18 (69,23%) в дозе ≥ 10 мг в сутки по преднизолону (ПЗ), 4 (15,38%) – микофенолата мофетил (ММФ), 3 (11,54%) – азатиоприн (АЗТ) или циклофосфамид (ЦФ), 2 (7,69%) – метотрексат (МТ). 14 (53,85%) больных находились на терапии ритуксимабом (РТМ).

Во второй группе ГБ страдали 7 (25,93%) пациентов, ЗЛ – 11 (40,74%), СД – 3 (11,11%), ХБП или ОЖ – по 2 (7,41%), ИБС, ОНМК или ОнкЗ – по 1 (3,7%). До коронавирусной инфекции 17 (62,96%) пациентов принимали ГК, 6 (22,22%) из них в дозе ≥ 10 мг/день по ПЗ, 2 (7,41%) – АЗТ, 1 (3,7%) – МТ, ММФ или гидроксихлорохин; 7 (25,93%) – РТМ, 4 (14,81%) – меполизумаб.



Результаты. Установлено, что риск госпитализации по поводу COVID-19 повышен у больных старше 60 лет (отношение шансов (ОШ) 3,33, 95% доверительный интервал (ДИ) 1,05–10,59, $p=0,038$), а также с ГБ (ОШ 9,52, ДИ 2,72–33,38, $p=0,0002$), ОЖ (ОШ 17,05, ДИ 3,32–87,61, $p=0,0001$), ЗЛ (ОШ 3,95, ДИ 1,24–12,57, $p=0,018$) или ХБП (ОШ 14,58, ДИ 2,85–74,71, $p=0,002$). Предшествующая терапия РТМ (ОШ 3,33, ДИ 1,05–10,57, $p=0,038$) или ГК в дозе ≥ 10 мг в сутки по ПЗ (ОШ 7,88, ДИ 2,3–26,99, $p=0,0006$) также увеличивала риск госпитализации в инфекционный стационар. В тоже время пациенты, принимавшие меполизумаб, чаще получали амбулаторное лечение ($p=0,042$). 3 больным (2 – ЭГПА, 1 – МПА, ж – 2, ≥ 60 лет – 2) из 26 госпитализированных с COVID-19 пациентов потребовалось применение ингибиторов интерлейкина-6 из-за тяжести инфекции. У всех были ЗЛ и ХБП, у одного ГБ и ОЖ. Все больные принимали РТМ и ГК в дозе ≥ 10 мг в сутки.

Выводы. Согласно полученным данным, риск госпитализации по поводу COVID-19 повышен у больных ААВ старше 60 лет, с некоторыми сопутствующими заболеваниями, а также получавших до зарегистрировано случая инфекции ГК или РТМ.

ИЛ-10 У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

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

Ярославский государственный медицинский университет,
г. Ярославль

Цель исследования. Определить клинико-диагностическое значение ИЛ-10 у больных РА в развернутой стадии заболевания.

Материал и методы. Обследовано 154 больных с достоверным диагнозом РА по критериям ACR/EULAR (2010 г.), преимущественно (73,4%) женского пола, среднего возраста 56,0 (50,0; 64,0) лет, длительностью болезни 9,4 (3,0; 13,0) года, II (34,4%) и III (37,0%) рентгенологическими стадиями, умеренной или высокой активностью DAS28-СОЭ – 5,40 (4,65; 6,00). 83,8% пациентов были серопозитивными по IgM ревматоидному фактору (IgM РФ), 68,8% имели антитела пациента принимали БПВП (метотрексат, лефлунамид, сульфасалазин), а также нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и глюкокортикоиды (ГК) до 10 мг/сут в пересчете на преднизолон.

Уровень ИЛ-17А, ИЛ-17F и ИЛ-23 в сыворотке крови исследовали с помощью мультиплексной технологии xMAP. Верхняя граница нормы ($M+3\sigma$) при исследовании 20 сывороток здоровых доноров составила для ИЛ-10 $\leq 9,45$ пг/мл.

Результаты. Концентрации ИЛ-10 1,87 (0,81; 5,56) пг/мл у больных РА значимо выше по сравнению с группой здоровых доноров 0,00 (0,00; 2,41) пг/мл, ($p<0,01$). Гиперпродукция ИЛ-10 наблюдается у 25 (16,2%) пациентов.

Не отмечено статистически значимых различий между концентрацией ИЛ-10 у пациентов РА позитивных или негативных по IgM РФ, а также АЦЦП (1,87 (0,91; 5,77) пг/мл и 3,04 (0,90; 5,10) пг/мл ($p>0,05$)), (1,80 (0,47; 6,50) пг/мл и 2,40 (1,17; 4,50) пг/мл ($p>0,05$)), соответственно.



Выявлена корреляционная взаимосвязь концентрации ИЛ-10 с показателями активности РА: CDAI ($r=0,22$, $p<0,05$) и SDAI ($r=0,24$, $p<0,05$).

Отмечена взаимосвязь уровня ИЛ-10 с концентрацией IgM РФ ($r=0,21$, $p<0,05$).

Заключение. У больных РА в развернутую стадию болезни наблюдается более высокие значения ИЛ-10 по сравнению с группой здоровых доноров. Выявлена корреляционная связь ИЛ-10 с показателями активности РА (CDAI и SDAI), а также аутоантителами (IgM РФ).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Лиходкин В.А.

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

22-летний мужчина обратился на амбулаторный прием с жалобами на выраженную общую слабость, отечность обоих коленных суставов. Перед этим пациент перенес новую коронавирусную инфекцию с длительным течением (24 дня выявлен SARS-CoV-2+ по результатам ПЦР материала из полости носоглотки). Впоследствии были исключены заболевания, которые могли вызвать симптомы, описанные выше и был диагностирован постковидный синдром с развитием волчаночноподобной реакции.

Введение. COVID-19, вызванный SARS-CoV-2, является новым заболеванием, впервые описанным в январе 2020 года, характеризующимся лихорадкой, сухим кашлем, усталостью, синдромом общей инфекционной интоксикации, потерей вкуса и запаха. В то время как большинство пациентов с COVID-19 имеют благоприятный результат, у некоторых развивается тяжелая пневмония, которая в конечном итоге приводит к острому респираторному дистресс-синдрому (ОРДС) и дыхательной недостаточности [2]. Эта болезнь была объявлена пандемией, и на момент написания этой статьи глобальная нагрузка превысила 150 миллионов человек, с более чем 3 миллионами смертей [3]. Даже при относительно благоприятном течении последствиями инфекции SARS-CoV-2 могут стать дегенеративные изменения многих органов (легочный фиброз, кардиосклероз), различные функциональные и психоэмоциональные расстройства. Вследствие этого у 10–50% пациентов в течение длительного времени после стихания острых проявлений COVID-19 и элиминации вируса сохраняются различные неприятные симптомы. Данная патология обозначается как «постковидный синдром» (ПКС). Основными элементами ПКС являются хроническая боль, утомляемость и психоэмоциональные проблемы. Функциональные нарушения, аутоиммунные процессы и тяжелый психологический дистресс после перенесенного COVID-19 могут вызывать развитие и обострение заболеваний, характеризующихся хронической болью и утомляемостью, таких как фибромиалгия и синдром хронической усталости. Терапия и профилактика ПКС включают коррекцию функциональных нарушений, контроль боли, последовательную физическую, психологическую и социальную реабилитацию [4].



Клинический случай. Рассматривается пациент мужского пола, 22 года.

До апреля 2022 г. считает себя абсолютно здоровым. 29.03.2022 г. возникают жалобы на озноб, чувство жара (37,5С), синдром общей инфекционной интоксикации, боль в горле, катаральные явления, выраженную общую слабость. Обратился за помощью в клинику инфекционных болезней, где был взят мазок на SARS-CoV-2 (результат положительный, от 29.03.22) и отправлен на амбулаторное лечение с диагнозом: Новая коронавирусная инфекция, течение легкой степени тяжести. Специфического лечения не проводилось, получал НПВС при гриппоподобных болях в мышцах, лихорадке. Выписывается 22.04.2022 г. с улучшением самочувствия и отрицательным результатом мазка на SARS-CoV-2 (до этого - 4 положительных результата – 29.03, 4.03, 11.04, 18.04).

06.05.2022 г. около 09:00 у пациента возникают следующие симптомы после пробуждения: отечность коленных суставов, ограничение подвижности, выраженная общая слабость. С вышеописанными жалобами пациент амбулаторно обращается на консультацию к ревматологу (11.05). Производится опрос жалоб, сбор анамнеза, общий осмотр, термометрия, пальпация пульса, измерение артериального давления. Обращено внимание на отечность коленных суставов, ограничение пассивных движений в коленных суставах, остальное – без особенностей. Установлен предварительный диагноз: Артралгия неясной этиологии. Из анамнеза известно, что в 2012 году пациент перенес иридоциклит. Наследственность по заболеваниям ревматологического профиля – благоприятная.

Далее с учетом клинической картины заболевания пациенту исключался реактивный артрит, анкилозирующий спондилит. Была выполнена рентгенография коленных суставов – без особенностей. Были выполнены лабораторные исследования: Клинический анализ крови: Лейкопения (от 12.05 Лейкоциты – $3 \cdot 10^9$, остальное без особенностей), Общий анализ мочи (от 12.05 без особенностей); биохимический анализ крови (от 12.05): РФ – в пределах референсных значений, С-реактивный белок: 4,31 мг/л; 14.05 у пациента появились сложности при сгибании в проксимальных межфаланговых суставах. 19.05 появилась гиперемия на лице в форме «бабочки» и сыпь на открытых участках тела при воздействии солнца. После этого пациент повторно обратился к ревматологу (23.05), выполнены следующие исследования: АНФ – отрицательный, аДНК – положительный (29,5 МЕ/мл). Пациент направлен повторно на лабораторную диагностику: рекомендовано исследование клинического анализа крови, определение HLA-B27, аДНК, АНФ, РФ. 30.05 выполнена диагностика, получены результаты: клинический анализ крови – без особенностей; аДНК отрицательный (14,6 МЕ/мл), АНФ отрицательный, РФ отрицательный, HLA-B27 отрицательный. Также, с 28.05 пациент отмечает улучшение клинического состояния: из симптомов остались только ограничения движения в межфаланговых суставах.

Получал терапию, направленную на облегчение артралгий в виде НПВП (диклофенак 50 мг 2 раза в день 10 дней) – без выраженного эффекта.

Рекомендации. Повторное посещение ревматолога в случае рецидива симптоматики. Контроль острофазовых показателей в случае рецидива симптоматики.



Обсуждение. Если говорить о ревматологических состояниях в контексте пандемии COVID-19, главная теория принадлежит механизму развития молекулярной мимикрии.

Вышеописанный случай не может быть трактован как однозначное ревматологическое заболевание: так как имеется полная обратимость симптоматики и лабораторных показателей. К сожалению, так как у пациента было легкое течение коронавирусной инфекции, лабораторной диагностики не осуществлялось и мы не можем определить, были ли какие-то изменения в иммунологическом статусе в период инфекционного заболевания.

На данный момент существует описания в литературе совершенно разнообразного течения постковидного синдрома, с разнообразными клиническими формами аутоиммунных/иммунновоспалительных состояний:

- синдром Гийена-Барре, синдром Миллера-Фишера, антифосфолипидный синдром, иммунная тромбоцитопеническая пурпура, синдром Эванса, системная красная волчанка,
- болезнь Kawasaki, аутоиммунная гемолитическая анемия, NMDA-рецепторный энцефалит, диабет I типа, псориаз, воспалительные артриты.[5] Данные случаи демонстрируют повышение риска возникновения ревматологических заболеваний после перенесенной новой коронавирусной инфекции, что требует дальнейшего учета, изучения и статистики.

Заключение. После перенесенной коронавирусной инфекции 2019 года стоит обратить внимание на пациентов с жалобами на наличие выраженной слабости, артралгий и кожных проявлений постковидного симптома.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОЙ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

**Мазуров В.И.¹, Гайдукова И.З.¹, Башкинов Р.А.¹, Сапожников К.В.²,
Толкачева Д.Г.², Саблева Н.А.²**

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

²Российская академия народного хозяйства
и государственной службы при Президенте РФ,
Санкт-Петербург

Цель исследования. Определить влияние уровня мочевины (МК) в сыворотке крови и медикаментозной уратснижающей терапии (УСТ) на скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у больных бессимптомной гиперурикемией (БГУ) и хронической болезнью почек (ХБП).



Материалы и методы. Проведены систематический поиск и отбор публикаций в базах данных Embase, PubMed, Cochrane Library, eLibrary. Изначально было идентифицировано 5549 научных работ, соответствующих требованиям, заданным для настоящего метаанализа. В ходе первого этапа были определены взаимосвязи между уровнем МК в сыворотке крови и СКФ на основании исходных данных пациентов при включении в наблюдательное (обсервационное) исследование. На втором этапе была проанализирована динамика СКФ за периоды наблюдения до 6 лет и от 6 до 10 лет. На третьем этапе было оценено влияние лекарственных средств из группы ингибиторов ксантиноксидазы (иКСО) (аллопуринол и фебуксостат) на СКФ у больных ХБП 2-4 стадий и БГУ через 3-15 месяцев рандомизированного контролируемого исследования. В процессе выполнения метаанализа были установлены клиническая и методологическая гетерогенность включенных исследований, а также публикационное смещение и риск систематической ошибки.

Результаты. Суммарно в метаанализ было включено 30 (23 наблюдательных и 7 рандомизированных контролируемых) прошедших отбор исследований (с общим участием 217 682 пациентов).

С учетом различного числа и неоднородности границ квартилей МК в отобранных исследованиях, для выполнения первых двух этапов, было принято решение синтезировать доказательства методом трехуровневого метаанализа. В результате выявлено, что нарастание уровня МК в сыворотке крови на 1 мг/дл (60 мкмоль/л) приводило к снижению СКФ на 1,18 (95% доверительный интервал (ДИ) от -1,24 до -1,12) мл/мин/1,73м² у лиц с исходно нормальной функцией почек и на 1,87 (95% ДИ от -1,90 до -1,83) мл/мин/1,73м² в смешанной по наличию ХБП когорте больных. Более того, получены данные, которые продемонстрировали статистически значимое снижение СКФ на 4,44 (95% ДИ от -7,65 до -1,23) мл/мин/1,73м² в течение 6 лет наблюдения и на 6,21 (95% ДИ от -8,09 до -4,34) мл/мин/1,73м² за период наблюдения более 6 лет в смешанной по наличию ХБП популяции пациентов, страдающих БГУ.

С учетом неоднородности популяций по ряду показателей, а также значительного публикационного смещения на некоторых точках наблюдения, для выполнения третьего этапа, было принято решение о проведении синтеза методом бивариативного метаанализа с оценкой остаточной статистической гетерогенности. В результате определено, что проведение медикаментозной УСТ сопровождалось более высокими значениями СКФ (+3,0 мл/мин/1,73м²; 95% ДИ от +0,4 до +5,6; p=0,022) по сравнению с контролем (плацебо/отсутствие УСТ) в течение 3-15 месяцев наблюдения. Наряду с этим, было установлено, что применение аллопуринола или фебуксостата приводило к более низким уровням МК в сыворотке крови (-3,3 мг/дл (-198 мкмоль/л); 95% ДИ от -3,8 до -2,8; p<0,001) по сравнению с контролем (плацебо/отсутствие УСТ) в течение 3-15 месяцев наблюдения.

Выводы. Результаты проведенного метаанализа продемонстрировали статистически значимое негативное влияние повышения уровня МК в сыворотке крови на СКФ как у лиц с исходно нормальной функцией почек, так и в смешанной по наличию ХБП когорте пациентов. Было определено, что снижение фильтрационной функции почек на фоне БГУ в смешанной по наличию ХБП популяции больных имеет тенденцию к прогрессированию при более длительном периоде наблюдения. Также была



установлена положительная роль терапии аллопуринолом и фебуксостатом в увеличении СКФ и снижении уровня МК в сыворотке крови у пациентов с БГУ, страдающих ХБП 2-4 стадий. Представленные данные дают основание полагать, что терапевтические мероприятия, направленные на устранение БГУ, в том числе применение иКСО, могут иметь важное значение в замедлении прогрессирования ХБП и являться дополнительными факторами нефропротекции.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Майко О.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет,
г. Оренбург

Острый подагрический артрит является крайне болезненным состоянием, которое заставляет пациента обращаться к врачам поликлиники. Для лечения острого подагрического артрита препаратами выбора являются НПВП. В сравнении с другими НПВП в этом отношении выгодно выделяются кетопрофен и мелоксикам, отличающиеся наиболее быстрым началом анальгетического действия. При этом выбор оптимальной схемы лечения должен быть индивидуальным, учитывать, помимо характера течения заболевания, наличие сопутствующей патологии, возраст больного.

Цель исследования. Оценить в сравнительном аспекте клиническую эффективность терапии острого артрита у больных подагрой с использованием кетопрофена (кетонала) и мелоксикама (мовалиса).

Материалы и методы. В исследование включено 44 больных (31 мужчина и 13 женщин) с достоверным диагнозом подагры, обратившихся в поликлинику с приступом острого артрита, давшие информированное согласие на лечение. Критерии включения пациентов были следующие: возраст старше 18 лет, острый подагрический артрит длительностью не более 3 недель, поражение не более 4 суставов. Больные I гр. (n=21) получали кетопрофен (кетонал), II (n=23) – мелоксикам (мовалис). Кетонал назначали в дозе 50 мг/мл (2 мл в/м) 1 раз в день в течение 10 дней, мовалис в дозе 15 мг (1,5 мл в/м) 1 раз в день в течение 5 дней, затем – внутрь в дозе 15 мг 1 раз в день еще 5 дней. Эффективность препарата оценивали с помощью артрологических тестов (выраженность болевого синдрома по ВАШ в покое и при ходьбе, индекс припухлости и гиперемии, суставной индекс в баллах) до начала, через 5 дней и по окончании терапии.

Результаты. Средний возраст больных подагрой составил $57,2 \pm 11,07$ года, длительности болезни – 4,2 [1;6,5], длительность последнего обострения составила $1,25 \pm 0,79$ недели, число пораженных суставов 3 [1;4]. Наиболее часто (84%) поражался I плюснефаланговый сустав, далее по частоте следовали артриты суставов предплюсны (25%), голеностопных (25%), коленных суставов (20%). Артрит локтевых и



проксимальных межфаланговых суставов кистей имелся в 4 (9%) случаев. У 11 (25%) пациентов были выявлены тофусы. У 28 (64%) больных отмечена артериальная гипертензия, у 4 (10%) – сахарный диабет 2-го типа, у 16 (36%) – ожирение, нефролитиаз (микролиты) – у 25%. Уровень МК в сыворотке крови составил $469,18 \pm 58,27$ ммоль/л. На момент исследования пациенты не принимали другие НПВП, аллопуринол регулярно получали только 45% пациентов.

Число припухших суставов на момент первичного осмотра суставов составило 2 [1;3], индекс припухлости – $3,5 \pm 1,5$ баллов, индекс гиперемии $1,7 \pm 0,8$ и суставной индекс $3,0 \pm 1,5$ и $3,0 \pm 1,4$ баллов, а также боль по ВАШ в покое $42,0 \pm 16,4$ и $44,2 \pm 12,5$ мм, при движении $78,9 \pm 14,2$ и $82,4 \pm 12,4$ мм. в I и II гр. У всех пациентов на фоне терапии с применением НПВП к 5 дню терапии отмечалось статистически значимое улучшение всех клинических показателей, и эта тенденция нарастала к окончанию курса терапии и была сопоставима по группам. Так, у больных приступ артрита был купирован к 5 дню на фоне терапии кетоналом у 7 (33%), к 7 дню еще у 2 пациентов (10%), к 10 дню – у 9 (43%). На фоне применения мовалиса приступ острого артрита был купирован к 5 дню у 10 (43%) больных, к 7 дню еще у 2 (9%), к 10 дню – у 3 (35%). У 2 (10%) и 3 (13%) пациентов I и II гр. отмечалось ухудшение состояния, которое проявилось вовлечением в воспалительный процесс новых суставов.

По окончании курса терапии у больных обеих групп отмечалась статистически значимая положительная динамика выраженности боли по ВАШ в покое и движении, снижение суставного индекса. Так, боль по ВАШ в покое составила $5,2 \pm 9,5$ и $7,3 \pm 8,6$ мм, боль по ВАШ при движении $17,6 \pm 10,0$ и $18,4 \pm 9,4$ мм, суставной индекс снизился до $0,8 \pm 1,8$ и $0,9 \pm 1,4$ баллов. Переносимость препаратов оценена как хорошая или отличная у всех пациентов. На фоне терапии кетоналом и мовалисом не отмечалось повышение биохимических параметров и АД, что не потребовало коррекции доз гипотензивных препаратов.

Выводы. У большинства больных с острым подагрическим артритом кетопрофен (кетонал) и мелоксикам (мовалис) показали сопоставимую клиническую эффективность по купированию болевого синдрома и воспаления в пораженных суставах при хорошей переносимости препаратов на фоне сопутствующих заболеваний, что позволяет оптимизировать лечение данной категории пациентов в поликлинических условиях.

РЕВМАТОИДНЫЙ И ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТЫ: ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Макарова О.В., Столов С.В., Родионова А.Ю.

Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта,
Институт ДПО,
Санкт-Петербург

Воспалительные заболевания суставов приводят нередко к стойким нарушениям функций организма и ограничениям жизнедеятельности, снижают качество



жизни. В структуре первичной инвалидности болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают 3-е место с высокой стабильностью групп инвалидности.

Цель исследования. Анализ результатов медико-социальной экспертизы (МСЭ) при первичном освидетельствовании больных ревматоидным артритом (РА) и псориатическим артритом (ПсА).

Материал и методы. Изучены документы 79 больных РА и ПсА, направленных в бюро МСЭ различных регионов для первичного освидетельствования. Больных РА было 34 чел в возрасте от 21 до 70 лет, женщин – 79,4%. Анамнез заболевания 1-5 лет имел место у 35,6%, более 10 лет – у 64,4%. Локализация поражения суставов была следующей: межфаланговые суставы кистей – 71,4%, стоп – 44,1%, лучезапястные суставы – 50%, коленные – 41,2%, голеностопные – 14,7%, тазобедренные суставы – 35,3%. При рентгенологическом исследовании I стадия определялась у 29,4%, II – у 79,4%, III – у 79,4%. Все больные РА получали базисную терапию в полном объеме, в том числе 44,1% – генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). При первичном освидетельствовании установлена III группа инвалидности в 79,4% случаях, II – в 20,6%. Анализ документов показал, что в 23,5% случаях необоснованно установлена инвалидность III группы и в 2,4% – II группы, что было обусловлено чаще всего несоответствием представленных объективных данных и результатов инструментальных исследований, отсутствием заключения ревматолога.

Больных ПсА освидетельствовано 45 чел в возрасте 20 – 71 года, женщин – 44,4%, с анамнезом заболевания у 62,2% более 10 лет. Поражения суставов локализовались следующим образом: межфаланговые суставы кистей – 100%, стоп – 6,7%, лучезапястные суставы – 35,6%, плечевые – 6,7%, коленные – 68,9%, голеностопные – 14,7%, тазобедренные суставы – 24,4%. При лучевом исследовании III рентген-стадия отмечена в 91,8%, а в 26,4% – IV стадия. Все больные получали базисную терапию, в том числе 15,6% – ГИБП, но 22,2% больных терапию периодически отменяли самостоятельно и возобновляли только после ухудшения состояния (перерывы фиксировались от нескольких месяцев до 2-3 лет). При первичном освидетельствовании инвалидность III группы установлена в 42,2%, II – в 53,3% и I группы – в 4,5% случаев. При анализе документов установлено, что в 13,3% случаев II и III группа установлены необоснованно: изменения в суставах не подтверждены результатами исследований, в ряде случаев недооценка представленных данных и т.п.

Выводы. 1. Больные РА получают базисную терапию в полном объеме, в том числе с применением ГИБП, направляются в бюро МСЭ во II и III рентген-стадии заболевания, нередко при отсутствии тяжелых нарушений функций организма, что позволяет устанавливать преимущественно III группу инвалидности в соответствии с регламентирующими документами. 2. Больные ПсА в составе базисной терапии реже получают ГИБП, направляются в бюро МСЭ в III и IV рентген-стадии заболевания с тяжелыми необратимыми изменениями суставов, в результате чего чаще устанавливается II и I группа инвалидности.



РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Мамасиддикова С.Б., Хидоятова М.Р., Мамасиддигов А.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Ревматоидный артрит (РА) хроническое аутоиммунное заболевание, которое поражает как мужчин, так и женщин любых возрастов. Для исследования мы выбрали женщин детородного возраста. Наступление беременности, у которых часто сопровождается снижением активности РА, а после родов есть вероятность возникновения обострений. Регулярное наблюдение за состоянием пациентов и мониторинг активности заболевания в период гестации и после родов является необходимым условием для адекватной коррекции терапии у данной категории больных.

Цель. Определить оптимальный метод оценки активности РА во время беременности и после родов.

Материал и методы. Проспективно в каждом триместре гестации и в течение 12 месяцев после родов прослежено 28 беременностей у 25 женщин с достоверным РА (критерии ACR, 1987), обследованных в Ташкентской медицинской академии в период с января 2013 г. по сентябрь 2017 г.

Результаты. При сравнении разных методов оценки активности РА установлено, что DAS28-СОЭ показывает завышенные результаты в связи с физиологическим повышением СОЭ во время беременности. На индексы CDAI и SDAI большое влияние оказывает субъективная оценка состояния больной своего здоровья, которая может завышаться во время беременности и в первый месяц после родов. Индекс DAS28-СРБ(3), рекомендованный в международной литературе для оценки активности РА у беременных, показал идентичную динамику с DAS28-СРБ(4). Последний имеет широкое применение в международных исследованиях, валидирован на большом числе больных. Таким образом, для мониторинга активности РА во время беременности и после родов оптимальным можно считать индекс DAS28-СРБ(4).

ПОРАЖЕНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Мамедова С.Н.

Азербайджанский медицинский университет,
Баку, Азербайджан

Системная красная волчанка (СКВ) – одно из тяжелых аутоиммунных заболеваний соединительной ткани, характеризующееся выраженным клиническим полиморфизмом, в том числе поражением опорно-двигательного аппарата.

Цель работы. Оценить состояние опорно-двигательного аппарата у детей с СКВ.



Материалы и методы. Было обследовано 28 детей и подростков с диагнозом СКВ (9 мальчиков и 19 девочек) в возрасте от 7 до 16 лет. Диагноз СКВ был установлен на основании рекомендаций ACR. У 18 пациентов (64,3%) течение СКВ было подострым, у 4 (14,3%) – острым, у 6 (21,4%) – хроническим. У 4 больных (14,3%) СКВ протекала с высокой, у 24 (85,7%) – с умеренной степенью активности. Длительность заболевания – от 4 мес до 5 лет. У всех больных тщательно собран анамнез, проведены клинические и лабораторно-инструментальные исследования.

Результаты. Артралгия крупных суставов наблюдалась у 18, мелких суставов – у 10 пациентов. 19 больных жаловались на непродолжительную (30–45 мин) утреннюю скованность суставов. Ограничение функции пораженных суставов отмечалось у 14 детей. При рентгенологическом исследовании у 18 больных наблюдался остеопороз (1 стадия по Штейнброкеру), у 8 сужение суставной щели (2 стадия). Поражение связочного аппарата в виде тендинитов наблюдалось у 5 детей. Поражение мышц в виде миалгии, которая чаще наблюдалась в проксимальных мышцах конечности, наблюдалось у 12 детей: у 9 пациентов также отмечалось некоторое снижение мышечной силы и умеренная болезненность при пальпации. У 6 детей отмечалась умеренная гипотрофия мышц.

Выводы. Поражение опорно-двигательного аппарата при ювенильной СКВ встречается часто, однако не является жизнеугрожающим симптомом, но тем не менее значительно влияет на качество жизни пациентов, нередко приводя к инвалидизации и нарушению функциональных возможностей больных. Артрит протекал часто симметричным поражением суставов и сопровождался периартикулярными реакциями, которые быстро уменьшались и исчезали на фоне проводимой терапии. Волчаночный миозит следует дифференцировать от стероидной миопатии, которая может развиваться у пациентов вследствие длительного лечения глюкокортикоидами. Своевременная диагностика опорно-двигательного аппарата при ювенильной СКВ будет способствовать проведению комплексной терапии с индивидуальным подходом, что благоприятно скажется на прогнозе заболевания.

ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ

Мамедова С.Н., Гаджиева У.К., Иманов Э.А.
Азербайджанский медицинский университет,
Баку, Азербайджан

Ювенильный дерматомиозит (ЮДМ) – хроническое аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, с преимущественным поражением поперечнополосатой мускулатуры, кожи и развитием системного васкулита, сопровождающееся полиорганными расстройствами, в том числе сердечно-сосудистой системы.

Цель работы. Изучение некоторых параметров сердечно-сосудистой системы при ЮДМ.



Материалы и методы. Ретроспективно изучено история болезни 14 больных (10 девочек, 4 мальчиков) ЮДМ; медиана возраста составила 12 (8; 16) лет, длительность болезни 4 (1;7) года. Подострый вариант течение ЮДМ наблюдался – у 9, хронический вариант – у 5 больных. У всех пациентов был тщательно собран анамнез, проведены клинические и лабораторно-инструментальные обследования, в том числе электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (Эхо-КГ).

Результаты. По жалобам и данным физикального исследования клинические признаки поражения сердца выявлены у 11 (78.6%) пациентов. Жалобы на сердцебиение предъявляли 6 больных, на боли в области сердца – 3. У 2 больных наблюдалась гипотония. При перкуссии умеренное расширение левой границы сердца наблюдалось у 4 больных. При аускультации – приглушенность I тона на верхушке выслушивалось у 6, систолический шум различной интенсивности – у 4 пациентов. Изменения на ЭКГ выявлены у 10 (71.4%) больных. Нарушения сердечного ритма в виде тахикардии имели 5 детей, в виде экстрасистолии – 3 больных; нарушения проводимости в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса – у 4, блокада левой передней ветви пучка Гиса наблюдалось у 2 больных, атриовентрикулярная блокада I степени – у 1; сочетанные нарушения ритма и проводимости отмечались у 4 больных. Надо отметить, что экстрасистолия встречалась у больных с подострым течением.

По данным Эхо-КГ: у 3 больных наблюдалось умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка, у 4 пациентов – пролапс митрального клапана первой степени, у 1 – второй степени (в обоих случаях отмечалась регургитация).

Заключение. Анализ данных показал, что у 78,6% пациентов с диагнозом ЮДМ сердечно-сосудистая система вовлечена в патологический процесс, что связано с системным мышечным процессом и системной васкулопатией. Отмечается малая выраженность и неспецифичность клинических симптомов. Данные ЭКГ и Эхо-КГ помогают выяснить локализацию и характера поражения сердца. При назначении лечения больным ЮДМ необходимо учитывать рекомендации кардиолога.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОТВЕТА НА БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Масько М.В.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) является хроническим воспалительным заболеванием, характеризующимся припухлостью, болезненностью и деструкцией синовиальных суставов, которое приводит к тяжелой нетрудоспособности и преждевременной смертности. Актуальные международные рекомендации по лечению РА подчеркивают значительную клиническую гетерогенность РА и не выделяют ка-



кой-либо биологический препарат в качестве препарата выбора в связи с их сходной эффективностью, установленной в клинических исследованиях. Выбор лекарственного средства осуществляется эмпирически. В связи с этим требуется изучение клинических и лабораторных маркеров ответа на биологическую терапию, а также расширение представлений о взаимном влиянии клинических и молекулярных маркеров на эффективность лечения.

Цель работы. Исследование возможности прогнозирования эффективности лечения тоцилизумабом и ритуксимабом при РА с учетом клинико-иммунологических особенностей пациентов.

Материалы и методы. Исследование имело проспективный наблюдательный сплошной характер и было основано на сборе сведений и заборе венозной крови до начала биологической терапии и последующей оценке эффективности лечения через 6 и 12 месяцев лечения. В исследование было включено 75 пациентов (69 женщин (92,00%), 6 мужчин (8,00%)) с достоверным диагнозом РА согласно критериям EULAR/ACR 2010 длительностью не менее 6 месяцев.

Исходно, через 3, 6 и 12 месяцев проводилась оценка клинических (число болезненных суставов (ЧБС), число припухших суставов (ЧПС)), оценка активности заболевания пациентом и врачом по визуальной аналоговой шкале (ВАШ)) и лабораторных (С-реактивный белок (СРБ), скорость оседания эритроцитов (СОЭ)) показателей. Для оценки эффективности лечения использовали критерии EULAR, а также оценивали изменения индекса DAS28 через 3, 6 и 12 месяцев после первичного осмотра. Лечение считалось эффективным через 6 месяцев лечения у тех пациентов, которые достигли уровня $DAS28 < 2,6$.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного обеспечения Statistica 7.0 (StatSoft, США) и Medcalc 12.5.0.0 (США), включая общепринятые методы параметрического и непараметрического анализа, ROC-анализ, логистическую регрессию, точный критерий Фишера.

Результаты. Установлена хорошая эффективность лечения тоцилизумабом и ритуксимабом при РА в исследуемой выборке, однако 15,09% и 27,08% пациентов соответственно не достигли цели лечения через 12 месяцев наблюдения. Из всех проанализированных показателей установлено, что лечение тоцилизумабом достоверно эффективно при наличии у пациента до начала лечения активного воспалительного процесса в суставах ($ЧПС > 7$), (ROC-анализ, чувствительность 81,82%, специфичность 44,44%, площадь под кривой 0,722, $p=0,019$). Учитывая то, что не установлено зависимости эффективности лечения от серопозитивности по РФ и АЦЦП, можно ожидать хорошего результата терапии тоцилизумабом как при серопозитивном, так и серонегативном РА. Также установлено, что лечение ритуксимабом достоверно эффективно при положительном результате на РФ (точный критерий Фишера, $p=0,017$), а также при системных проявлениях РА (ревматоидные узелки, синдром Шегрена, амиотрофия, положительный результат на антинуклеарные антитела (АНА), точный критерий Фишера, $p=0,014$). Таким образом, при серопозитивном РА с системными проявлениями или наличием АНА лекарственным средством выбора может быть ритуксимаб.



Выводы. 1. В качестве предиктора ответа на тоцилизумаб при РА может служить высокая активность суставного синдрома (ЧПС больше 7). 2. Высокую эффективность ритуксимаба можно ожидать при серопозитивном по РФ варианте РА, а также при наличии системных проявлений (ревматоидные узелки, синдром Шегрена, амиотрофия, положительный результат на АНА).

БЕССИМПТОМНАЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК АКТУАЛЬНАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА НА ПРИМЕРЕ КОГОРТНОГО АНАЛИЗА СОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

Машкунова О.В., Лапина Е.А., Мынбай Р.К., Болатбекова Р.Б.

Казахский государственный медицинский
университет им. С.Д. Асфендиярова,

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней,
г. Алма-Ата, Казахстан

Бессимптомная гиперурикемия (БГУ) – это состояние, при котором уровень мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови повышен выше 6 мг/дл (360 мкмоль/л), но клинические симптомы подагры или других заболеваний, связанных с гиперурикемией, отсутствуют. Научные исследования показывают, что БГУ может быть значимым предиктором различных кардиологических, метаболических и нефрологических рисков. Распространенность БГУ в мире варьирует от 6,4% до 24,3%. Уровень МК тесно связан с развитием артериальной гипертензии. Исследования показывают, что гиперурикемия может способствовать активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и нарушению функции эндотелия, что приводит к повышению артериального давления МК увеличивает риск формирования атеросклеротических бляшек и, как следствие, развития ишемической болезни сердца (ИБС). БГУ ассоциируется с повышенным риском развития хронической сердечной недостаточности. МК может способствовать ремоделированию миокарда и нарушению его функции.

БГУ является компонентом метаболического синдрома, который включает в себя ожирение, инсулинорезистентность, дислипидемию и артериальную гипертензию. Эти компоненты усиливают друг друга, повышая общий риск сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа. Повышенные уровни МК способствуют повреждению почек через механизмы воспаления, оксидативного стресса и нарушение функции эндотелия. Это повышает риск развития хронической болезни почек.

БГУ также представляет проблему и для ревматологических пациентов, генез которой обусловлен сочетанием нескольких факторов. Подагра – это классическое ревматологическое заболевание, напрямую связанное с гиперурикемией. Оно харак-



теризуется отложением кристаллов мочевой кислоты в суставах и других тканях, что приводит к воспалению и болезненным приступам. СКВ часто приводит к повреждению почек, что может нарушать выведение мочевой кислоты и приводить к ее накоплению. Некоторые препараты, используемые для лечения СКВ (например, глюкокортикоиды), могут способствовать гиперурикемии. СКВ ассоциируется с повышенным риском метаболического синдрома, который, в свою очередь, связан с гиперурикемией. Хотя РА сам по себе не связан напрямую с гиперурикемией, есть несколько факторов, которые могут способствовать повышению уровня мочевой кислоты у этих пациентов: хроническое воспаление, характерное для РА, может способствовать оксидативному стрессу и, как следствие, повышению уровня мочевой кислоты. Некоторые препараты, используемые при лечении РА (например, низкие дозы аспирина или диуретики, применяемые для лечения сопутствующих состояний), могут повышать уровень мочевой кислоты. Почечная дисфункция у пациентов с РА может развиваться поражение почек (амилоидоз, гломерулонефрит), что также может привести к гиперурикемии.

Цель исследования. Изучить значимость БГУ в развитии кардиоваскулярных, метаболических, нефрологических осложнений в терапевтической когорте пациентов, находящихся на стационарном лечении в научно-исследовательском институте кардиологии и внутренних болезней. (НИИК и ВБ МЗ РК)

Задачи исследования. 1. Изучить распространенность БГУ среди пациентов терапевтического профиля: кардиологического, эндокринологического, нефрологического, ревматологического, находящихся на лечении в НИИК и ВБ МЗ РК по профильному диагнозу. 2. Выявить количество коморбидных состояний у пациентов с БГУ. 3. Определить кардиоваскулярный риск (КВР), скорость клубочковой фильтрации (СКФ), индекс массы тела (ИМТ), гликемический профиль, липидный профиль у пациентов с БГУ. 4. Провести сравнительный описательный анализ между уровнем БГУ и КВР, СКФ, ИМТ, гликемическим и липидным профилем у пациентов с БГУ кардиологического, эндокринологического, ревматологического и нефрологического профилей. 5. Провести корреляционный анализ полученных данных с нормативными референтными значениями исследуемых показателей.

Материал и методы исследования. В ходе данного исследования было изучено 15 000 историй болезней пациентов Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней города Алматы за период 2019-2023 гг. Выборка пациентов с анализами мочевой кислоты составила 300 человек. Критериями отбора для исследования был уровень мочевой кислоты – 6,0 мг/дл (360 мкмоль/л) у женщин и мужчин. Пациенты были разделены на 4 группы по ведущему профилю нахождения в стационаре: кардиологический – 40% (22 пациента), эндокринологический – 20% (11 пациентов), нефрологический – 18% (10 пациентов), ревматологический – 22% (12 человек). Соотношение по полу составило: мужчины – 64% (35 человек), женщины – 36% (20 человек); по возрасту: 18-40 лет – 12 пациентов, 41-60 лет – 22 пациента, 61-870 лет – 9 пациентов, старше 70 лет – 12 пациентов. Определяли число коморбидностей у каждого пациента. У пациентов с БГУ (55 человек) определили уровень мочевой кислоты, рассчитали КВР по шкале SCORE 2, СКФ по формуле $CD-EPI$,



определили ИМТ, уровень глюкозы натощак, гликолизированный гемоглобин (HbA1), липидный спектр. Для сравнения средних величин применялся метод однофакторного дисперсионного анализа. Для оценки тесноты связи применялся корреляционный анализ по Спирману.

Результаты. Все полученные величины значимо имели отклонения от референсных показателей. Средний уровень мочевой кислоты составил 454 мкмоль/л, максимальный – у пациентов кардиологического профиля и эндокринологического профиля (471,44 и 471, 25 соответственно). Средний уровень МК среди пациентов ревматологического профиля составил 410,51 мкмоль/л. Среди пациентов с БГУ в 2 раза больше кардиологических больных, чем с другой патологией, что имеет под собой доказательную базу и согласуется с международными исследованиями. Коморбидность присутствует у 100% пациентов. Средний показатель МК больше у эндокринологических и кардиологических пациентов минимум на 15 единиц, что объясняется изначально высоким КВР, приемом диуретиков и метаболическими нарушениями. Уровень БГУ составил 18% у пациентов терапевтической когорты, что согласуется с международными данными. Коморбидность присутствовала у 100% пациентов и составила самый высокий у пациентов кардио- и ревма- профиля – 2,77 и 2,66 заболеваний на одного пациента. СКФ тоже была у всех снижена и в среднем составила 70, 7 мл/мин., при этом самая низкая наблюдалась у нефрологических пациентов – 61 мл/мин и самая высокая – у лиц ревматологического профиля – 88 мл/мин. Определены статистические значимые различия в уровнях средних показателей глюкозы ($p \leq 0,001$), HbA1 ($p = 0,002$), холестерина ($p = 0,002$), триглицеридов ($p = 0,002$) и липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) ($p = 0,022$) у пациентов с профилями «кардио-, нефро-, эндокринно- и ревмо-». Для оценки тесноты связи применялся корреляционный анализ по Спирману. Определена статистически значимая связь между уровнем мочевой кислоты и: СКФ ($r = -0,385$, $p = 0,004$), креатинином ($r = 0,526$, $p \leq 0,001$) и мочевиной ($r = 0,482$, $p \leq 0,001$). При этом, с увеличением мочевой кислоты уменьшается СКФ и увеличиваются креатинин и мочевина. Также в сравнении с нормированными значениями во всех случаях в исследуемой совокупности статистически достоверно отличается от нормированного значения усредненный уровень мочевой кислоты ($p \leq 0,001$), показателя КВР ($p \leq 0,001$), показателя СКФ ($p \leq 0,001$), показателя ИМТ ($p \leq 0,001$), мочевины ($p = 0,003$), HbA1 ($p \leq 0,001$) и ЛПНП ($p = 0,025$).

Выводы. 1. БГУ является независимым предиктором увеличения частоты сердечно-сосудистых, метаболических и нефрологических осложнений в терапевтической когорте пациентов. 2. Пациенты ревматологического профиля находятся в группе риска по БГУ, благодаря патогенетическим механизмам, системным поражениям сердечно-сосудистой системы, поражению почек и ятрогенным причинам, связанным с приемом глюкокортикоидов, мочегонных и иммуносупрессивных препаратов. 3. Среди пациентов с гиперурикемией в 2 раза больше кардиологических больных, чем с другой патологией, что имеет под собой доказательную базу и согласуется с международными исследованиями. 4. Коморбидность присутствует у 100% пациентов и достигает в среднем до 3 заболеваний. 5. Средний показатель мочевой кислоты больше у эндокринологиче-



ских и кардиологических пациентов минимум на 15 мкмоль/л, что объясняется изначально высоким КВР, приемом диуретиков и метаболическими нарушениями. 6. Уровень БГУ составил 18% у пациентов терапевтической когорты, что согласуется с международными данными. 7. Не все пациенты госпитального профиля обследуются на уровень мочевой кислоты, что говорит о недостаточной осведомленности врачей о значении гиперурикемии в развитии кардиоваскулярных, метаболических и нефрологических осложнений.

Заключение. Бессимптомная гиперурикемия в соматической когорте пациентов, в том числе и в группе ревматологических пациентов является важным аспектом ведения пациентов, требующим внимательного мониторинга и, при необходимости, коррекции. Понимание механизмов, лежащих в основе гиперурикемии в контексте различных ревматических заболеваний, помогает улучшить качество жизни пациентов и снизить риск осложнений.

ВЛИЯНИЕ ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА И ГЛЮКОЗАМИНА В СОЧЕТАНИИ С МЕТОДАМИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Мохов А.Д., Беляева И.Б.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Обоснование. Остеоартрит (ОА) – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц. В настоящее время установлено, что ОА является одной из лидирующих патологий, приводящих к инвалидности в общей популяции, что определяет необходимость профилактики ее развития и повышения эффективности лечения и реабилитации. Общепринятый арсенал медикаментозных средств в остром и реабилитационном периодах ведения пациентов с ОА состоит из анальгетиков (чаще всего ацетаминофена), селективных и неселективных пероральных нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), локального применения НПВС и капсацина, внутрисуставных инъекций глюкокортикостероидов и гиалуроновой кислоты, длительного перорального применения глюкозамина и хондроитин-сульфата. Особое место занимают методы немедикаментозной коррекции болевого синдрома при ОА.



В настоящее время среди немедикаментозных методов лечения ОА обсуждается роль остеопатии в комплексном лечении пациентов с этой патологией. Однако влияние остеопатической коррекции на динамику клинических проявлений ОА в комплексной терапии этой патологии до конца не определено.

Цель исследования. Изучить влияние комплексного лечения, включающего применение хондроитина сульфата и глюкозамина в сочетании с методами остеопатической коррекции на динамику болевого синдрома и показатели качества жизни у пациентов с ОА коленного сустава (КС).

Материалы и методы. В исследование включены 10 пациентов с подтвержденным диагнозом ОА КС согласно критериям Американской коллегии ревматологов, в возрасте от 45 до 79 лет II-III рентгенологической стадией ОА по Kellgren-Lawrence, не получавшие ранее терапию по поводу своего заболевания. Критериями исключения явились: онкологические заболевания, декомпенсированные хронические заболевания, внутрисуставные инъекции депо-кортикостероидов или гиалуроновой кислоты за последние 3 месяца, стойкие нарушения функции КС (значительные деформации, контрактуры, мышечная атрофия), эндопротезирование КС и вторичный генез ОА (инфекционный артрит, воспалительные заболевания суставов, подагра, псевдоподагра, болезнь Педжета, внутрисуставные переломы), применение НПВП per os и местно.

Все пациенты получали хондроитина сульфат 500 мг и глюкозамина гидрохлорид 500 мг в первые 3 недели по 1 таблетке 2 раза в сутки, а затем по 1 таблетке 1 раз в сутки до 28 дня наблюдения с последующей рекомендацией продолжения медикаментозной терапии в течение 4-х месяцев и остеопатическую коррекцию в 1,8,15 и 22 дни наблюдения.

Методы. Длительность наблюдения составила 28 дней.

Оценивалось качество жизни пациентов с ОА КС с помощью опросника SF-36 в 1 и 28 дни наблюдения. Интенсивность болевого синдрома изучалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ в мм) до и после каждой остеопатической коррекции в 1,8,15 и 22 дни.

Статистическая обработка полученных данных осуществляли в программном пакете Statistica 12.0. Рассчитывали квартиль 25 (q1), квартиль 75 (q3) и медиану (me). Анализ значимости различий в уровне выраженности количественного признака в связанных группах проводили по критерию Уилкоксона. Выявленные значения считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Отмечено статистически значимое снижение выраженности болевого синдрома в КС по ВАШ боли относительно исходных значений после первого сеанса остеопатической коррекции в КС с 55 мм (48,2; 60,2) $me(q1; q3)$ до 40,5 мм (36,5; 46,5) $me(q1; q3)$ ($p < 0,05$). Динамика снижения показателей ВАШ боли была достоверной относительно исходных значений и показателей после первого сеанса остеопатической коррекции в сочетании с применением ХС и ГГ на 8 день – 37 мм (34,7; 40,2) $me(q1; q3)$, 15 день – 34 мм (30,2; 37,5) $me(q1; q3)$, и 22 день – 29,5 мм (26,5; 34,5) $me(q1; q3)$ ($p < 0,05$).

К 28 дню наблюдения отмечалось достоверное улучшение физического (с 30,7% (29,9; 33,7) $me(q1; q3)$ до 41,5% (40,1; 42,1) $me(q1; q3)$) и психологического (с



38,2% (35,3; 41,1) $me(q1;q3)$ до 45,8% (42,4; 48,4) $me(q1;q3)$ компонентов качества жизни пациентов с ОА КС ($p < 0,05$).

Выводы. Применение хондроитина сульфата и глюкозамина в сочетании с методами остеопатической коррекции в течение 28 дней приводит к статистически значимому уменьшению выраженности болевого синдрома по ВАШ боли и улучшению физического и психологического компонентов качества жизни пациентов с ОА КС. Требуется дальнейшие когортные плацебо-контролируемые исследования по уточнению роли остеопатии в комплексном лечении ОА КС.

МЕТАБОЛОМНОЕ ПРОФИЛИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мусаева Л.М.^{1,2}, Апполонова С.А.¹, Шестакова К.М.¹,
Загребнева А.И.², Меньшикова И.В.¹

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
²Городская клиническая больница №52,
Москва

Обоснование. Ревматоидный артрит (РА) – хроническое системное аутоиммунное заболевание с прогрессирующим поражением суставов и развитием ранней инвалидизации пациентов. Основная цель лечения РА – облегчение боли, вызванной заболеванием, задержка прогрессирования болезни, снижение уровня заболеваемости и улучшение качества жизни больных. В настоящее время из-за не до конца изученного механизма развития РА специфичность и чувствительность методов диагностики недостаточно высокая, а лечение не всегда эффективно. Заболевание не только сложно диагностировать на ранней стадии, но и трудно отличить от других аутоиммунных заболеваний. В последние десятилетия исследования были сосредоточены на патогенезе и открытии потенциальных биомаркеров с использованием новых и высокоточных методов, в частности метаболомики. Метаболомика – наука, изучающая низкомолекулярные соединения (метаболиты), участвующие в биохимических процессах и являющиеся конечными продуктами обмена веществ. Метаболиты отражают текущее состояние организма человека, поэтому могут служить перспективными биомаркерами.

Цель. Изучить метаболомный профиль больных РА с целью поиска потенциальных биомаркеров для диагностики и оценки терапии.

Материал и методы. Участники исследования были разделены на 4 группы: в группу пациентов с РА, не получающих противоревматическую терапию «РА de novo» было включено 14 человек, в группу пациентов, получающих базисную противоревматическую терапию «РА-БПВП» – 16 человек, в группу пациентов, находящихся на генно-инженерной биологической терапии «РА-ГИВП» – 16 человек и группу контроля «Здоровые добровольцы» – 15 человек. Метаболиты в плазме крови были исследованы с помощью сверхэффективной жидкостной хроматографии в сочетании



с тройным квадрупольным анализатором. Проведено сравнение концентрации 93 метаболитов у пациентов с «РА de novo» и здоровых лиц. Выполнен корреляционный анализ значимых метаболитов в трех группах больных с активностью заболевания по DAS28, уровнем СРБ и СОЭ, наличием РФ и АЦЦП.

Результаты. При сравнении больных РА и здоровых добровольцев выявлены наиболее значимые метаболиты, играющие важную роль в патогенезе РА: лейцин/изолейцин, тирозин, лизин, валин, фенилаланин, пролин, орнитин, аспарат, глутамин и длинноцепочечные ацилкарнитины (C14, C14-ОН, C16-1, C18). Мы обнаружили взаимосвязь активности РА (по DAS28) с уровнями лейцина/изолейцина ($p=0,03$) и пролина ($p=0,05$). Установлена обратная корреляция между АЦЦП и глутамином и прямая корреляция между АЦЦП и пролином ($p=0,039$), обратная корреляция между РФ и фенилаланином ($p=0,0491$) и гистидином ($p=0,04$). При сравнении выявленных метаболитов в группах, принимающих БПВП и ГИБП было выявлено статистически значимое изменение: у пациентов в группе «РА-ГИБП» уровень лейцина/изолейцина, валина, пролина, орнитина, тирозина и ацилкарнитинов практически был сопоставим с группой контроля.

Заключение. Метабомика открывает новые возможности для дальнейшего изучения патогенеза ревматоидного артрита, поскольку позволяет идентифицировать метаболиты, наиболее связанные с заболеванием, что может повысить точность диагностики РА и способствовать персонализации терапии.

МЕТАБОЛИТЫ АРГИНИНА КАК ВОЗМОЖНЫЕ БИОМАРКЕРЫ АКТИВНОСТИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

**Мусаева Л.М.^{1,2}, Загребнева А.И.¹, Апполонова С.А.¹,
Шестакова К.М.¹, Симонова Е.Н.², Меньшикова И.В.¹**

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
²Городская клиническая больница №52,
Москва

Обоснование. Целью терапии ревматоидного артрита (РА) является достижение клинической ремиссии или низкой активности. Выбор терапии основан на активности заболевания и маркерах неблагоприятного прогноза, вероятности развития побочных эффектов, предпочтений пациентов и затрат на лекарственные препараты. Несмотря на успех противоревматической терапии, значительная доля пациентов (примерно 30-40%) не достигает цели. На сегодняшний день нет достоверных биомаркеров, отражающих тяжесть заболевания и эффективность терапии, что диктует необходимость поиска новых диагностических биомаркеров и мишеней для лечения РА. В течение последнего десятилетия активно ведутся работы по оценке метаболомного профиля плазмы при различных заболеваниях, в том числе ревматических. По данным литературы, у больных РА обнаружено повышенное содержание аминокислот, связанных с



метаболизмом аргинина, включая цитруллин, орнитин и глутамин, по сравнению со здоровыми людьми. Орнитин образуется из аргинина и может метаболизироваться в цитруллин, коллаген или глутамат. Было также обнаружено повышение уровня циркулирующего орнитина у пациентов со скелетно-мышечными болями, кроме того, орнитин важен для синтеза коллагена и заживления ран. РА может привести к деградации хряща и кости с хроническим дегенеративным состоянием. Таким образом, вполне вероятно, что повышенный уровень орнитина может быть частью компенсаторного или восстановительного механизма для костно-хрящевой ткани при РА.

Цель. Оценить уровень орнитина у больных РА в качестве биомаркеров активности и возможного прогрессирования заболевания.

Материалы и методы. В исследование был включен 61 пациент. Участники исследования были разделены на 4 группы: в группу пациентов, не принимающих противоревматическую терапию «РА de novo» было включено 14 пациентов, в группу пациентов, находящихся на базисной противоревматической терапии «РА-БПВП» было включено 16 пациентов, в группу «РА-ГИБП»-пациентов, принимающих генно-инженерную биологическую терапию – 16 пациентов, а группу контроля составили 15 здоровых добровольцев. Уровень орнитина, аргинина, цитрулина и глутамина в плазме крови были исследованы с помощью сверхэффективной жидкостной хроматографии в сочетании с тройным квадрупольным анализатором. В группе больных РА была проанализирована связь этих метаболитов с активностью по DAS28, уровнем СРБ и СОЭ, наличием ревматоидного фактора (РФ) и АЦЦП.

Результаты. При сравнении больных РА и здоровых добровольцев было выявлено статистически значимое повышение уровней орнитина, цитрулина и глутамина у больных группы «РА- de novo» ($p < 0,003$, $p < 0,001$ и $p < 0,001$ соответственно). Мы обнаружили прямую корреляционную связь активности РА (по DAS28) с уровнем цитрулина ($p = 0,003$), орнитина ($p = 0,001$) и глутамина ($p = 0,001$). Установлена прямая корреляция между СОЭ и СРБ с уровнем цитрулина ($p = 0,001$), орнитина ($p = 0,001$) и глутамина ($p = 0,001$). Уровень орнитина ($p = 0,001$), цитрулина ($p = 0,001$) и глутамина ($p = 0,003$) у пациентов, страдающих РА более 1 года был статистически значимо выше, чем у пациентов с ранним ревматоидным артритом, а уровень орнитина ($p = 0,004$), цитрулина ($p = 0,026$) и глутамина ($p = 0,020$) у пациентов с наличием РФ был статистически значимо выше, чем у РФ-негативных пациентов, при этом была установлена прямая корреляционная связь уровня РФ и АЦЦП с уровнем орнитина ($p = 0,007$ и $p = 0,039$). При сравнении этих метаболитов в группах, принимающих БПВП и ГИБП было выявлено статистически значимое снижение уровня орнитина ($p = 0,007$) в группе «РА-ГИБП» при сравнении с группой «РА-de novo».

Вывод. Повышение уровня орнитина, цитрулина и глутамина может быть связано как с активностью РА, так и с прогрессированием заболевания. В нашем исследовании орнитин сыграл наиболее значимую роль как при сравнении с группой контроля, так и у пациентов, принимающих противоревматическую терапию. Таким образом, орнитин может заявить себя как потенциальный биомаркер активности заболевания и эффективности терапии РА, но необходимы дальнейшие исследования с более широкой выборкой пациентов.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Мусийчук М.М.¹, Мазуров В.И.², Гайдукова И.З.²,
Инамова О.В.², Алиев Д.Б.¹

¹Клиническая ревматологическая больница №25,

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург

Введение. Бессимптомная гиперурикемия (ГУ) активно изучается в настоящее время в разрезе ее влияния на различные ревматические заболевания и коморбидные состояния при ней. Ранее уже были выявлены взаимосвязи между ГУ и возрастом пациента, повышением артериального давления, заболеваниями почек, метаболическим синдромом [1-4]. В настоящее время имеются убедительные данные о вкладе ГУ в течение и исходы ревматоидного артрита, псориазического артрита, остеоартрита. Не может не вызывать интерес и роль мочевой кислоты при системной красной волчанке (СКВ).

Цель. Изучить особенности течения СКВ у женщин молодого возраста (до 45 лет) с гиперурикемией.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ данных 1257 карт пациентов, госпитализированных в СПб ГБУЗ КРБ №25 с 10.01.2019 по 25.12.2023 с диагнозом СКВ. Суммарно в исследование было включено 99 пациентов женского пола в возрасте до 45 лет с установленным диагнозом СКВ согласно критериям SLICC (2012 г.)/EULAR (2019 г.), отсутствием терминальных стадий ХБП (4 или 5). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия гиперурикемии (хотя бы однократно зарегистрированного повышения сывороточной МК более 360 мкмоль/л): 1-ая группа (СКВ с гиперурикемией, гуСКВ) включала 46 (46,5%) пациентов с СКВ и повышением сывороточной МК; 2-ая группа (нуСКВ) состояла из пациентов с нормальным уровнем мочевой кислоты n=53 (53,5%). Оценивали длительность заболевания, особенности поражения внутренних органов, сопутствующая патология, применяемая лекарственная терапия.

Результаты. Средний возраст пациентов с гуСКВ составил 35,57±6,87 г, нуСКВ 28,38±6,89 г, длительность заболевания 12,35 [3; 24] и 7,85 [1; 25] г соответственно (p<0,05). Активность заболевания, оцененная по индексу SLEDAI-2K составила 5,48±4,97 и 5,06±3,63 балла соответственно (p≥0,05). У пациентов с ГУ ожидаемо чаще зарегистрированы ХБП (13,04% и 5,66, p<0,05), артериальная гипертензия (19,57% и 13,21%, p<0,05), чаще встречались серозиты (32,61% и 7,55%, p<0,05), нарушения менструального цикла (19,57% и 5,66%, p<0,05). В то же время отмечена сопоставимая частота встречаемости алопеции (21,74% и 32,08%, p=0,074), остеопороза (13,04% и 18,07% p≥0,05) при гуСКВ и ну СКВ соответственно.



Значимых различий в применении ГК и синтетических БПВП выявлено не было. Отмечена тенденция к более частому назначению ритуксимаба у пациентов с гуСКВ (28,26% и 22,64%).

Выводы. Пациенты с СКВ и гиперурикемией старше пациенток без гиперурикемии и имеют большую длительность заболевания, встречаемость ХБП, артериальная гипертензия, серозиты и нарушения менструального цикла.

РОЛЬ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ ИЛ-13 У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

**Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У.,
Хелковская-Сергеева А.Н., Колтакова А.Д., Старовойтова М.Н.,
Десинова О.В., Ананьева Л.П.**
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Системная склеродермия (ССД) – аутоиммунное заболевание соединительной ткани, которое характеризуется прогрессирующим избыточным фиброзом кожи и внутренних органов, вазоспастическими реакциями (феномен Рейно), с фиброинтимальной пролиферацией микрососудов. Примерно в 65-85% у пациентов с ССД развивается интерстициальное поражение легких различной степени тяжести. В 25-30% случаев развивается тяжелое прогрессирующее течение заболевания, что связано с высокой смертностью (40%) за 10 летний период. Поражение легких приводит примерно к 35% всех смертных случаев, связанных с ССД. Цитокины, интерлейкины и хемокины часто повышены при ССД. Сообщается, что все Интерлейкины (ИЛ) -1, ИЛ – 4, ИЛ-6, ИЛ-10, ИЛ-13 и др. повышение при ССД.

Цель. Оценить взаимосвязь сывороточного уровня ИЛ-13 у пациентов с ССД и различными паттернами интерстициального заболевания легких.

Материалы и методы. Сывороточный уровень ИЛ-13 оценивался у 62 пациентов с ССД в двух точках (средний возраст на момент включения составил $49,5 \pm 13,1$ лет, жен – 49 (79%), с диффузной формой 64,5%, средняя продолжительность наблюдения $18,7 \pm 14$ месяцев). Всем пациентам проводилась компьютерная томография высокого разрешения (КТВР). Изменения выявленные в легких были оценены экспертным рентгенологом. В рентгенологической картине были описаны следующие изменения: ретикулярные изменения, сотовое легко, «матовое стекло».

Результаты. Средние значения сывороточного уровня ИЛ-13, в двух точках, были $5,74 \pm 25,12$, med 0,001 [0,001; 0,01] и $2,0 \pm 8,82$, med 0,001 [0,001; 0,001] соответственно. Сывороточный уровень ИЛ-13, при включении, коррелировал с уровнем TGF- β , во второй точке исследования ($R=0,292$ ($p<0,05$)) и был достоверно ниже у пациентов с ретикулярными изменениями ($p=0,04$), «матовом стеклом» ($p=0,04$), а так же более



низкие, но не достоверные, значения у пациентов без сотового легкого ($p=0,064$), по данным КТВР. Была, так же, обнаружена отрицательная корреляция уровня сывороточного ИЛ-13 с суммарной дозой циклофосамида ($R=-0,248$ ($p<0,05$)).

Заключение. Наши данные могут косвенно подтверждать, что ИЛ-13, не на прямую, может индуцировать фиброз путем активации макрофагов, которые продуцируют TGF- β . Лучшее понимание патогенетических путей может привести к новым терапевтическим стратегиям, которые будут направлены на воздействие клеток и путей, управляющих аномальной экспрессией цитокинов, которые они производят.

РОЛЬ ИЛ-17 В РАЗВИТИИ ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА И ФИБРОЗА КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

**Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У.,
Десинова О.В., Колтакова А.Д., Бабак В.В., Хелковская-Сергеева А.Н.,
Ананьева Л.П., Старовойтова М.Н.**
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Иммунное воспаление играет центральную роль в развитии системной склеродермии (ССД). Интерлейкин 17 (ИЛ-17) повышался, среди других медиаторов воспаления, в периферической крови и органах-мишенях, включая кожу у пациентов с ССД. В экспериментальных моделях фиброза кожи и легких на животных ИЛ-17 косвенно усиливал процесс фиброобразования, способствуя дальнейшему воспалению путем привлечения воспалительных клеток, активируя и/или стимулируя выработку TGF- β и других профиброзных медиаторов, ингибируя аутофагию.

Цель. Попытка оценить взаимосвязь уровня ИЛ-17 с фиброзом легких и кожи у пациентов с ССД интерстициальным заболеванием легких (ИЗЛ).

Материалы и методы. Сывороточный уровень ИЛ-17, ИЛ-6 и TGF- β оценивался с помощью иммуноферментного анализа ELISA, в двух точках (средний возраст пациентов на момент включения в исследования составил $49,5\pm 13,1$ лет, женщины 49 (79%), диффузная форма – 64,5%, средняя продолжительность наблюдения $18,7\pm 14$ месяцев). Всем пациентам проводилась компьютерная томография высокого разрешения (КТВР). Изменения выявленные в легких, были оценены экспертным рентгенологом. В рентгенологической картине были описаны следующие изменения: ретикулярные изменения, сотовое легкое, «матовое стекло». Всем пациентам проводилась спирометрия с определением стандартных статических показателей вентиляции. Диффузионная способность легких (ДСЛ) измерялась с использованием метода одиночного входа.

Результаты. В двух точках средние значения сывороточного уровня ИЛ-17 были ($n=76$) $9,16\pm 37,84$, med 0,005 [0,001; 0,054] и ($n=62$) $4,41\pm 17,04$, med 0,005 [0,001; 0,01] соответственно; сывороточный уровень ИЛ-6 ($n=78$) $0,419\pm 3,68$, med



0,00068 [0,0005; 0,001] и (n=64) $1,43 \pm 5,35$, med 0,0008 [0,0005; 0,001] соответственно; сывороточный уровень TGF- β (n=64) $57,3 \pm 65,13$, med 34,65 [20,7; 66,15] и (n=45) $50,69 \pm 42,35$ соответственно. Нами не было найдено корреляций между средними уровнями TGF- β и IL-17. Была обнаружена отрицательная корреляция между сывороточным уровнем ИЛ-6 со средними значениями ДСЛ ($R = -0,28$ ($p < 0,05$)) в первой точке и ИЛ-6 в первой точке со средними значениями форсированной жизненной емкостью легких (ФЖЕЛ) во второй точке ($R = -0,28$ ($p < 0,05$)). Не было найдено корреляций между ИЛ-17 и данным функциональных легочных тестов (ФЛТ), однако сывороточный уровень ИЛ-17, в первой точки, коррелировал с сывороточным уровнем ИЛ-6 в обеих точках исследования ($R = 0,248$ и $R = 0,397$ ($p < 0,05$) соответственно) и во второй точке уровень ИЛ-17 коррелировал с уровнем ИЛ-6 ($R = 0,57$ ($p < 0,05$)). Так же стоит отметить, что уровень ИЛ-17 имел лучшие корреляционные значения с уровнем ИЛ-6 у пациентов с диффузной формой ССД, в сравнении с лимитированной формой. Так же уровень ИЛ-17 в обоих точках коррелировал со второй точкой дигитальных язв и некрозов ($R = 0,306$, $R = 0,414$ и $R = 0,358$ и $R = 0,267$ ($p < 0,05$) соответственно).

Заключения. Таким образом, сывороточный уровень ИЛ-17 косвенно ассоциировался с фиброзом легких через уровень ИЛ-6 ил лучше ассоциировался с фиброзом кожи у пациентов с ССД-ИЗЛ. Необходимо дальнейшее изучение этого вопроса в больших длительных исследованиях пациентов с ССД-ИЗЛ, для возможности применения сывороточного уровня ИЛ-17 в качестве биомаркера и новых стратегий в лечении.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 С ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

**Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У.,
Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Хелковская-Сергеева А.Н.,
Бабак В.В., Колтакова А.Д., Ананьева Л.П.**

НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Системная склеродермия (ССД) хроническое, аутоиммунное заболевание соединительной ткани характеризующееся микро- и макроваскулопатией, воспалением и структурным изменениям в тканях, что часто приводит к избыточному отложению внеклеточного матрикса и образованию фиброза не только в коже, но и во многих внутренних органах. Согласно существующим представлениям, в основе патогенеза ССД лежит активация эндотелиальных клеток, фибробластов и иммунной системы. Медиаторы, продуцируемые иммунокомпетентными клетками, активируют эндотелиальные клетки. В частности, на фибробластах экспрессируются рецепторы эндотелина-1 (ЕТ-1), посредством которых секретируемый эндотелиальными клетками ЕТ-1 оказывает пролиферативное и митогенное действие на фибробласты. ЕТ-1



играет ключевую регуляторную роль вазоконстрикции и фиброза. Большое количество проведенных работ сфокусированы на роли ET-1 при ССД. У пациентов с ССД повышенный уровень ET-1 обнаруживается в эндотелиальных клетках и фибробластах, что коррелируется с тяжестью фибротического фенотипа.

Материалы и методы. Сывороточный уровень ET-1 оценивался с помощью иммуноферментного анализа ELISA в двух точках (средний возраст пациентов на момент включения составил $49,5 \pm 13,1$, жен. 49 (79%), диффузная форма 64,5%, средняя продолжительность наблюдения $18,7 \pm 14$ месяцев). Всем пациентам проводилась компьютерная томография высокого разрешения (КТВР). Изменения выявленные в легких, были оценены экспертным рентгенологом. В рентгенологической картине были описаны следующие изменения: ретикулярные изменения, сотовое легкое, «матовое стекло». Всем пациентам проводилась спирометрия с определением стандартных статических показателей вентиляции. Диффузионная способность легких (ДСЛ) измерялась с использованием метода одиночного входа. Для оценки среднего значения систолического давления на легочной артерии (СДЛА) использовалась доплеровская ЭХО-кардиография.

Результаты. Средние значения сывороточного уровня ET-1 были ($n=64$) $126,7 \pm 52,4$ и ($n=45$) $159,05 \pm 89,9$ при включении и в конце исследования соответственно. Нами не было обнаружено корреляций со средними значениями форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), но были выявлены обратные корреляции ET-1 со средними значениями с ДСЛ ($R=-0,397$ ($p<0,05$)) при включении и средним уровнем ET-1 в обеих точках со средними значениями ДСЛ во второй точке ($R=-0,395$ и $R=-0,372$ ($p<0,05$) соответственно). Средние значения ДСЛ в первой и второй точки составили $49,5 \pm 18,8$ и $49,9 \pm 20,8$ соответственно. Показатели ФЖЕЛ и ДСЛ прямо коррелировали между собой. Так же были выявлены отрицательные корреляции между средними значениями ДСЛ и СДЛА в обеих точках ($p<0,05$) и прямые корреляции между СДЛА и ET-1 ($R=0,428$ ($p<0,05$)) при включении. Следует отметить, что средние значения СДЛ в первой точке обратно коррелировали с наличием рентгенологического паттерна «матовое стекло» как при включении, так и в конце исследования ($R=-0,29$ и $R=-0,35$ ($p<0,05$) соответственно), в то время как ET-1 во второй точке прямо коррелировал с рентгенологическим паттерном «матовое стекло», так же в обеих точках ($R=0,484$ и $R=0,521$ ($p<0,05$)) соответственно. Во время работы были выявлены корреляции среднего уровня ET-1 со средними значениями СОЭ ($R=0,45$, ($p<0,05$)), но не было найдено никаких корреляций с СРБ. Суммарная доза ритуксимаба была $2,38 \pm 1,52$ грамма. Средний уровень ET-1 отрицательно коррелировал с суммарной дозой ET-1 ($R=-0,46$ и $R=-0,414$ ($p<0,05$)) в обеих точках, соответственно. Таким образом снижение сывороточного уровня ET-1 на фоне лечения ритуксимабом, может отражать положительный ответ на терапию.

Заключение. В проведенной работе средний уровень сывороточного ET-1 отрицательно коррелировал со средними значениями ДСЛ, и прямо с СДЛА, СОЭ и рентгенологическим паттерном «матовое стекло». Это может косвенно подтверждать, что высокий уровень ET-1 у пациентов с системной склеродермией, коррелирует с тяжестью заболевания и поражением легких. А снижение его во время терапии ритуксимабом, указывает на положительный ответ на терапию. Таким образом снижение сывороточного ET-1 может быть положительным предиктором ответа на терапию.



ЧАСТОТА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Панафидина Т.А., Горбунова Ю.Н., Кондратьева Л.В.,
Попкова Т.В., Лиля А.М.
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) – гетерогенное заболевание, в основе которого лежит широкий спектр клинических проявлений и иммунологических нарушений. Поражения легких при СКВ разнообразны, встречаются у половины пациентов в разные периоды болезни и включают: плеврит, интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ), васкулит, тромбоэмболию легочной артерии, легочную гипертензию и инфекционные осложнения. Клинически значимые ИЗЛ определяются у 1-15% пациентов с СКВ.

Цель исследования. Определение частоты ИЗЛ и ассоциированных с ними факторов рисков у пациентов с СКВ.

Материал и методы. В наблюдательное проспективное одноцентровое исследование включен 141 пациент (88% женщин) с достоверным диагнозом СКВ, соответствующим классификационным критериям SLICC 2012 г. Медиана возраста на момент включения составила 34 [26; 41] года (медиана [25-й; 75-й перцентили]). Все больные наблюдались в клинике ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой и подписали информированное согласие на участие в исследовании. Оценивались следующие показатели, связанные с СКВ: возраст начала заболевания, длительность заболевания, клинические, лабораторные и серологические показатели, проводимая терапия, индекс активности СКВ (SLEDAI-2K) и индекс повреждения (SDI). Всем пациентам проводилась рентгенография органов грудной клетки, спирометрия легких с измерением диффузионной способности легких (DLCO). Для уточнения диагноза ИЗЛ проводилась компьютерная томография грудной клетки высокого разрешения.

Результаты. Медиана возраста установки диагноза СКВ составила 26 [19; 34] года, возраста первых проявлений СКВ – 23 [17; 31] года, длительности периода между появлением первых симптомов СКВ и установки диагноза – 12 [5; 48] месяцев. При включении в исследование медиана длительности СКВ составила 3,0 [0,3; 12,0] года, активность заболевания соответствовала средней – SLEDAI-2K=8 [4; 11] баллов, индекс повреждения – низкому: SDI 0 [0; 1] баллов.

Из 141 пациента у 13% выявлены ИЗЛ.

Пациенты с СКВ и ИЗЛ достоверно чаще имели феномен Рейно (53% против 21%, $p<0,01$), лимфаденопатию (63% против 38%, $p<0,05$) и остеопороз (21% против 4%, $p<0,05$), реже курили (0 против 20%, $p<0,05$) по сравнению с пациентами без ИЗЛ. В группе ИЗЛ большее число пациентов получали преднизолон: 100% против 82%, $p<0,05$.

Выводы. Феномен Рейно, лимфаденопатия и остеопороз ассоциированы с развитием ИЗЛ у пациентов с СКВ. В отличие от других исследований, опубликованных ранее, мы не обнаружили связи ИЗЛ с большей продолжительностью СКВ, поздним



дебютом заболевания, наличием синдрома Шёгрена, позитивностью по анти-(U1)RNP и другим антиядерным антителам, гипокомплементемией или высоким уровнем СРБ.

ИНТЕРЛЕЙКИН-6 – МАРКЕР СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Пилярова М.Х.¹, Тополянская С.В.^{1,2}, Васильева Ю.Ю.¹,
Елисева Т.А.¹, Вакуленко О.Н.¹, Романова М.А.¹,
Бубман Л.И.¹, Лыткина К.А.¹, Мелконян Г.Г.¹

¹Госпиталь для ветеранов войн №3,

²Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,

Москва

Цель. Определить концентрацию интерлейкина-6 (ИЛ-6) в крови и оценить взаимосвязь этого цитокина с рядом патологических состояний у больных старческого возраста и долгожителей с ИБС.

Материалы и методы. В одномоментное исследование включено 128 больных: 94 пациента с ИБС – в основную группу, 34 без ИБС – в группу контроля. Средний возраст больных достигал 88,3±5,3 года (76-98 лет); 49,2% были старше 90 лет. Большинство больных (68,7%) составляли женщины. Концентрацию ИЛ-6 в крови ($N < 7,0$ пг/мл) определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Повышенный уровень ИЛ-6 обнаружен у 45,3% больных. Среднее содержание ИЛ-6 составило 8,2±6,3 пг/мл (1,5-36,2 пг/мл). У больных ИБС средняя концентрация ИЛ-6 достигала 9,0 пг/мл, у пациентов без ИБС – 5,8 пг/мл ($p=0,001$). При наличии ХСН выявлены достоверно более высокие уровни ИЛ-6, по сравнению с пациентами без ХСН – 11,2 и 6,6 пг/мл, соответственно ($p=0,00005$). Вероятность обнаружения повышенной концентрации ИЛ-6 у больных ХСН увеличивалась в 3,1 раза, сравнительно с соответствующими показателями в группе без ХСН (Отношение шансов=3,1; $p=0,005$). Среди больных с бессимптомной гиперурикемией средние значения ИЛ-6 в крови достигали 10,8±4,8 пг/мл, у пациентов с нормальным уровнем мочевого кислоты – 6,9±4,5 пг/мл ($p=0,001$). Вероятность обнаружения повышенного уровня ИЛ-6 у больных с гиперурикемией повышалась в 5,7 раза, по сравнению с соответствующими показателями у пациентов с нормальным содержанием мочевого кислоты (Отношение шансов=5,7; 95% ДИ=1,8-18,1; $p=0,002$). Установлена прямая корреляция между концентрацией ИЛ-6 и общим числом лейкоцитов ($r=0,29$; $p=0,002$), числом нейтрофилов ($r=0,37$; $p=0,00002$) и уровнем фактора некроза опухоли- α ($r=0,39$; $p=0,007$). У больных с повышенным содержанием ИЛ-6 отмечены более низкие показатели базовой функциональной активности по индексу Бартел (70,7 и 80,7, $p=0,003$) и инструментальной активности по шкале IADL (3,4 и 5,0, $p=0,0002$).



Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о частом повышении уровня интерлейкина-6 у больных старческого возраста и долгожителей с ИБС. Повышение ИЛ-6 ассоциируется, прежде всего, с ХСН и гиперурикемией.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

**Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е., Гордеева С.Е., Папичев Е.В.,
Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В.**

Научно-исследовательский институт клинической
и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Согласно клиническим рекомендациям (КР) МЗ РФ (ID87 от 2021) все патогенетические препараты для лечения остеопороза (ОП) рекомендуется назначать в сочетании с препаратами кальция (Ca) и колекальциферола.

Приверженность к патогенетической терапии ОП повышается при назначении препаратов с редкими интервалами введения (ибандроновая, золедроновая кислота, деносумаб). Базисная терапия колекальциферолом, как правило, не вызывает нарушений режима приема препарата не зависимо от частоты введения. Приверженность к регулярному приему Ca, как основного базисного препарата для лечения ОП составляет серьезную проблему. К основным причинам низкой приверженности приема препаратов Ca относятся: боязнь отложения Ca в тканях, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта и необходимость практически пожизненного его приема.

Цель исследования. Оценить приверженность приема препаратов Ca у пациентов с ОП при стандартном назначении и назначении с акцентами на необходимость регулярного приема и протективными эффектами препаратов Ca и колекальциферола в отношении переломов, мочекаменной болезни и сердечно-сосудистых заболеваний при периодическом контроле уровня Ca крови и по показаниям – мочи.

Материалы и методы. Проанализировано 1.000 карт амбулаторного пациента, наблюдающихся в течение не менее 3-х лет в Волгоградском центре по диагностике и лечению остеопороза. Сравнивалась приверженность приема препаратов Ca пациентами, консультируемых врачами, уделяющими большой процент времени приема беседе с пациентом – 1-ая группа (500 карт) и врачами, преимущественно просто назначающих лечение согласно КР МЗ – 2 группа (500 карт).

Результаты и обсуждение. Из 1.000 пациентов регулярно принимали препараты базисной терапии 62% (620 больных); из них – пациенты 1 группы – 41% (406) и 21% (214) – 2-ой группы.



Данные результаты объясняются тем,

- что большинство пациентов считают, что регулярное потребление продуктов, содержащих Са является достаточным для адекватного поступления Са в организм. При этом основным кальцийсодержащим продуктом многие считают творог, потребляемый обычно в объеме около 100 г в сутки и молоко, добавляемое в кашу или кофе;
- абсолютное большинство пациентов и значимая часть врачей считают, что при регулярном приеме препаратов Са, он накапливается в почках в виде солей, образующих камни и в стенках артериальных сосудов;
- часть пациентов отменяют препараты Са при усугублении проблем с кишечником (в рекомендуемых дозировках 500 мг кальция – 1-2 раза в день эта проблема часто отмечается пациентами);
- часть пациентов и врачей поликлиник отменяют препараты Са, так как Са крови при лабораторном контроле попадает в нормальный референс значений.
- ОП воспринимается, как дефицит Са в костной ткани, но понимания на сколько выражен этот дефицит нет ни у пациентов, ни у врачей, не занимающихся данной проблемой. Информирование пациента о размерах дефицита, выраженных в привычных единицах измерения (килограммах и граммах) приводит к лучшему пониманию проблемы.
- Са – основной минерал костной ткани. В организме взрослого здорового человека весом 60-70 кг содержится примерно 1.200-1.400 г кальция.

При ОП (значение стандартного отклонения при DXA $\leq -2,5$) недостаток Са составляет $\geq 25\%$, для пациента весом 70 кг – дефицит Са составит ≥ 350 г. Учитывая, что всасывание Са в нормальных условиях относительно низкое ($\approx 25-35\%$ от общего потребления), пациент для компенсации дефицита должен принять более 1 кг Са в чистом виде. Если учесть тот факт, что Са ежедневно теряется с мочой, потребление Са для компенсации дефицита должно быть еще больше. Дополнительное информирование пациентов о том, что препараты патогенетической антирезорбтивной терапии только останавливают разрушение костной ткани, но сами не стимулируют ее восстановление является значимым стимулом для повышения приверженности приема препаратов Са и витамина D. Информирование больных о том, что Са связывает оксалаты (наиболее часто вызывающие развитие мочекаменной болезни (МКБ)), снижая риск камнеобразования за счет выведения соединений оксалатов с Са кишечником, способствует уменьшению фобии прогрессирования МКБ. Снижение риска атеросклероза при нормализации кальциевого обмена имеет более сложные причинно-следственные связи, тем не менее доказано, что у пациентов с ОП риск атеросклероза выше, чем у пациентов с адекватным потреблением Са и колекальциферола. Важное условие безопасности приема Са – своевременное подавление любых воспалительных процессов в почках и адекватное лечение атеросклероза, периодический лабораторный контроль.

Выводы. Информирование пациентов о необходимости и безопасности базисной терапии ОП (препараты Са и витамина D) повышает приверженность лечения на 20% по сравнению с вариантом назначения лечения без минимального объяснения роли макроэлемента Са в терапии.



УДАЛЕННЫЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОГРАММЫ НА БАЗЕ ПЕРСОНАЛЬНОГО МЕССЕНДЖЕРА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Прокофьева Ю.А., Меньшикова И.В., Кожевникова М.В.,
Железных Е.А., Беленков Ю.Н.

Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского,
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
Москва

Обоснование. Благодаря стремительному развитию коммуникационных технологий дистанционные методы оказания медицинской помощи получили широкое распространение и обладают потенциальными преимуществами для диагностики, лечения, реабилитации и последующего наблюдения за пациентами. В работе обсуждается интеграция в клиническую практику и эффективность цифрового инструмента для осуществления удаленного наблюдения и контроля лечения пациентов с ревматоидным артритом.

Цель исследования. Оценить эффективность и технологические особенности наблюдения за пациентами с ревматоидным артритом с помощью платформы для удаленного мониторинга состояния пациентов.

Материалы и методы. В проспективное нерандомизированное контролируемое исследование включены пациенты старше 18 лет с ревматоидным артритом с высокой и умеренной степенью активности, выписанные из стационара для амбулаторного наблюдения. Пациенты были разделены на две группы: первая – группа удаленного наблюдения, а вторая – группа стандартного очного наблюдения. Данные для удаленной оценки состояния пациентов были получены путем анкетирования посредством программного комплекса для удаленного наблюдения за пациентами на основе персонального мессенджера – Телемедбот. Использовались опросник для оценки функциональной недостаточности HAQ, европейский опросник качества жизни EQ-5D, вопросы для оценки приверженности пациентов рекомендациям, длительности утренней скованности, числе болезненных и припухших суставов, общей оценке заболевания больным по визуальной аналоговой шкале. Программа полностью обеспечивает безопасность персональных данных пациентов. Врач связывался с пациентами по телефону в следующих случаях: 1. при выявлении отрицательной динамики по данным анкетирования; 2. при внеплановом заполнении анкеты и запросе пациента; 3. при недостаточном темпе снижения активности РА. Через 6 месяцев в обеих группах оценивалась эффективность лечения РА по DAS28.

Результаты и обсуждение. 30 пациентов использовали программу удаленного наблюдения 6 месяцев. Группа традиционного наблюдения также состояла из 30 пациентов. Через 6 месяцев среди пациентов, использующих Телемедбот, низкая активность РА и ремиссия достигались чаще, чем во второй группе ($p=0,049$). В группе удаленного наблюдения ремиссии и низкой активности заболевания достигли 9 (30,0%) и 11 (36,7%) пациентов, соответственно, против 3 (10,0%) и 8 (26,7%) пациентов в груп-



пе очного контроля. Таким образом, в группе удаленного наблюдения у 20 (66,7%) пациентов удастся контролировать заболевание, в то время как в группе только очного наблюдения лишь у 11 (36,7%) пациентов. Полученные различия между группами были связаны с более ранним выявлением ухудшения состояния и отсутствия положительной динамики на фоне лечения у пациентов в группе удаленного наблюдения, что позволило своевременно корректировать терапию. Большинство пациентов 25 (83,3%), использовавших программу удаленного наблюдения, отмечают улучшение понимания принципов самоконтроля при лечении РА и оценки своего состояния.

Выводы. Удаленное наблюдение с помощью Телемедбот можно считать потенциальным инструментом повышения доступности медицинской помощи, и повышения эффективности лечения ревматоидного артрита. Программа позволяет осуществлять более частый контроль динамики состояния, вовремя выявлять повышение активности РА и своевременно оптимизировать терапию. С другой стороны, удаленное наблюдение позволяет уменьшить количество очных визитов, что особенно важно для маломобильных и проживающих в отдаленных регионах пациентов. Метод продемонстрировал высокий уровень удовлетворенности пациентов в отношении результатов терапии, повышения вовлеченности в процесс лечения и удобства использования программы.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СПОНДИЛОАРТРИТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Пулатова Ш.Б., Алиева К.К., Абдуразакова Д.С.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Обоснование. На сегодняшний день в ревматологии одновременно применяется большое число классификационных критериев спондилоартрита (СпА). Это создает ряд проблем: частое использование в реальной клинической практике классификационных критериев для установления диагноза; возможность констатации разных нозологических форм СпА у одного пациента при одной и той же клинической картине.

Цель исследования. Изучение особенностей диагностики СпА и применения классификационных критериев в клинической практике.

Материалы и методы. Были обследованы 119 больных с установленным диагнозом анкилозирующего спондилита (АС), псориатического артрита (ПсА), недифференцированного аксиального или периферического спондилоартрита (СпА). У пациентов определяли соответствие клинической картины модифицированным Нью-Йоркским критериям, критериям Европейской группы по изучению СпА (European Spondyloarthropathy Study Group – ESSG), критериям Amor, критериям ASAS (Assessment of Spondyloarthritis International Society) для аксиального и периферического СпА, соответствие Российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев критериям CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis) для ПсА.



Результаты и обсуждение. 63 больных наблюдались лечащими врачами с диагнозом АС (M45), 44 – ПсА (M07.0-07.3), 8 – недифференцированного СпА (M46.9), 4 – аксиального нерентгенологического СпА (M46.8). АС был диагностирован лечащими врачами у 10 больных, не соответствующих модифицированным Нью-Йоркским критериям, но подходящих под критерии ASAS для аксиального СпА. 21 больной с диагнозом ПсА соответствовал одновременно и критериям CASPAR, и модифицированным Нью-Йоркским критериям, что позволяло установить в этих случаях диагноз АС. Критериям Атог удовлетворял 81 (68,0%) из 119 больных, критериям ESSG – 98 (82,3%) пациентов, критериям ASAS для аксиального СпА – 91 (76,5%), критериям ASAS для периферического СпА – 18 (15,1%), модифицированным Нью-Йоркским критериям – 76 (63,8%), критериям CASPAR – 42 (32,3%). «Пересечения» критериев не наблюдалось только у 5 пациентов, ≥ 2 критериям соответствовали 113 (94,9%) больных, ≥ 3 критериям – 96 (80,7%), ≥ 4 критериям – 81 (68,1%), ≥ 5 критериям – 66 (55,5%), 6 критериям – 18 (15,1%).

Выводы. Большинство больных со СпА соответствуют ≥ 2 классификационным критериям, что часто дает возможность у одного и того же пациента констатировать наличие ≥ 2 нозологических форм. Это указывает на необходимость разработки диагностических критериев, позволяющих четко разграничить различные формы СпА в условиях клинической практики.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОПАРОЗА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

Пулатова Ш.Б., Набиева Д.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение. Нарушение метаболизма костной ткани вследствие воспалительного процесса, который лежит в основе патогенеза большинства ревматических заболеваний (РЗ) и анкилозирующем спондилоартрите (АС) в том числе, увеличивает риск развития остеопароза (ОП) и может рассматриваться как своеобразный показатель «тяжести» заболевания и активности воспаления. Снижение минеральной плотности кости (МПК) зависит от общих факторов риска: возраста, пола, генетической предрасположенности, низкой массы тела и др., а также факторов, ассоциированных с самим заболеванием: длительности АС, активности воспалительного процесса, тяжести функциональных нарушений, поражения периферических суставов и особенностей проводимой терапии.

Цель. Изучение распространенности остеопароза (ОП) и остеопении при АС методом ультразвуковой денситометрии пяточной кости.

Материал и методы. Под наблюдением находились 62 больных (61 муж. и 1 жен., от 21 до 70 лет, средний возраст $36,2 \pm 1,1$ лет) с достоверным диагнозом АС. Средняя длительность заболевания $7,8 \pm 0,8$ лет. BASDAI – 3,9 (3,3; 4,3); BASFI – 4,1 (3,6; 4,6). У 22 (35,4%) обследованных отмечалась функциональная недостаточность суставов I сте-



пени, у 33 (53,22%) – II степени, у 7 (11,38%) – III степени. Все больные имели двусторонний сакроилеит: I рентгенологическая стадия выявлена у 2 (3,22%), II – у 41 (66,1%), III – у 12 (19,39%), IV – у 7 (11,29%) пациентов. Для оценки выраженности суставного синдрома и тяжести заболевания использовались следующие показатели: общая выраженность боли в суставах, счет боли, боль в костях, суставной индекс, функциональный индекс Ли и Лансбури, индекс припухлости, продолжительность утренней скованности (вмин), мышечная сила. Боль в костях оценивалась по 3-х балльной системе: I балл – отсутствие болей; 2 балла – слабая боль; 3 балла – сильная, почти постоянная боль. Индекс массы тела (ИМТ) определялся как отношение веса к росту, выражался в кг/м². Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялась методом ультразвуковой денситометрии пяточной кости с использованием аппарата UB1S-3000 (Франция).

Результаты и обсуждение. При обследовании 62 больных с АС методом ультразвуковой денситометрии у 30 (48,38%) было обнаружено снижение МПКТ. ОП был выявлен у 3 (4,8%), остеопения – у 25 (40,3%) пациентов.

Больные, имеющие ОП и остеопению, чаще предъявляли жалобы на боли в костях и снижение мышечной силы. Мы изучали влияние факторов риска на развитие ОП у больных АС. Из полученных данных видно, что ОП и остеопения встречались преимущественно у больных с низким ИМТ и у принимавших глюкокортикоидные препараты per os. Известно, что развитие ОП связано с активностью воспалительных РЗ. Мы исследовали зависимость МПКТ от клинико-лабораторных показателей, определяющих тяжесть АС. ОП и остеопения чаще встречались у больных с более высокой активностью и рентгенологической стадией заболевания, наличием висцеритов, большей длительностью заболевания.

Таким образом, остеопенический синдром и ОП при АС чаще встречались у пациентов с большими показателями активности, рентгенологической стадии и длительности заболевания и клинически проявлялся болями в костях и позвоночнике, снижением мышечной силы.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ И ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Романова М.А.¹, Тополянская С.В.^{1,2}, Васильева Ю.Ю.¹, Долотказина Е.Н.¹,
Пилярова М.Х.¹, Елисева Т.А.¹, Лыткина К.А.¹, Мелконян Г.Г.^{1,3}**

¹Госпиталь для ветеранов войн №3,

²Первый МГМУ им.И.М.Сеченова,

³РМАНПО,

Москва

Цель. Определить концентрацию витамина 25(OH)D в крови и проанализировать его взаимосвязи с различными клиническими и лабораторными параметрами у пациентов с боевыми травмами и переломами костей конечностей.



Материалы и методы. В исследование было включено 139 пациентов, перенесших боевые ранения в сроки от 3 до 876 дней до поступления в стационар. 34 пациента (24,5%) с длительно неконсолидирующимися переломами составили основную группу, 105 раненых (75,5%) без данной патологии – группу сравнения. Время с момента ранения до поступления в стационар у пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами достигало 325,1±188,6 дней, без данной патологии – 67,6±92,7 дней ($p < 0,000001$). Средний возраст пациентов составил 38,1±8,7 лет (от 20 до 60 лет). Возраст раненых с длительно неконсолидирующимися переломами достигал 40,4±6,0 лет, без данной патологии – 37,3±9,3 лет ($p = 0,04$). В группе пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами 58,8% составляли раненые в возрасте 40 лет и старше, без данной патологии – 41,9% ($p = 0,06$). Практически все включенные в исследование пациенты были мужчинами (99,3%), женщина была лишь одна. Для оценки состояния пациентов использовали стандартные методы обследования раненых с боевыми травмами. Концентрацию 25-гидроксикальциферола (25(OH)D) определяли методом иммунохемилюминесцентного анализа. Уровень 25(OH)D <10 нг/мл расценивался как выраженный дефицит витамина D, 10-19 – дефицит, 20-29 – недостаточность, ≥ 30 нг/мл – норма.

Результаты. Средняя по группе концентрация 25(OH)D составляла 17,3±7,8 нг/мл (4,2-50,7 нг/мл). Среди всех пациентов только у 6,5% раненых уровень 25(OH)D был в норме, у 19,4% выявлялась недостаточность данного витамина, у 63,3% – дефицит, у 10,8% – выраженный дефицит. У пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами средняя концентрация витамина 25(OH)D составила 18,3±8,8 нг/мл (9,2-50,7 нг/мл), в группе сравнения – 17,0±7,5 нг/мл (4,2-49,0 нг/мл) ($p = 0,4$). В группе пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами у 8,8% уровень 25(OH)D был в норме, у 20,6% наблюдалась его недостаточность, у 61,8% – дефицит, у 8,8% – выраженный дефицит. У раненых с отсутствием длительно неконсолидирующихся переломов уровень 25(OH)D был в норме в 5,7% случаев, в 19,0% наблюдалась его недостаточность, в 63,8% - его дефицит, в 11,4% - выраженный дефицит. У пациентов в возрасте 40 лет и старше средний уровень витамина 25(OH)D составил 18,6±9,1 нг/мл, моложе 40 лет – 16,2±6,4 нг/мл ($p = 0,08$). При проведении корреляционного анализа зарегистрирована тенденция к прямой корреляции между концентрацией 25(OH)D и возрастом пациентов ($r = 0,16$; $p = 0,058$). В группе пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами средняя концентрация общего кальция составила 2,4±0,1 ммоль/л (2,17-2,66 ммоль/л), ионизированного кальция – 1,35±0,26 ммоль/л (0,98-2,09 ммоль/л), фосфора – 1,30±0,22 ммоль/л (0,88-1,72 ммоль/л), щелочной фосфатазы – 74,3±22,1 Ед/л (44,0-122,3 Ед/л). Отмечена тенденция к прямой корреляции между уровнем щелочной фосфатазы в крови и возрастом пациентов ($r = 0,39$; $p = 0,09$). У 52,4% из обследованных пациентов ионизированный кальций был в пределах нормы, у 14,3% – сниженный, у 33,3% – повышенный. У 27,3% обследованных пациентов концентрация фосфора в крови была повышенной, у 72,3% – в норме. Наблюдалась достоверная позитивная корреляция между уровнем фосфора и ионизированного кальция в крови ($r = 0,59$; $p = 0,004$). При проведении корреляционного анализа не обнаружено взаимосвязей между концентрацией 25(OH)D и давностью ранения ($r = 0,006$; $p = 0,94$) ни в одной из изученных групп пациентов. Обнаружена тенденция к обрат-



ной корреляции между концентрациями 25(OH)D и общего кальция в крови ($r=-0,32$; $p=0,1$). Не зарегистрировано взаимосвязей между уровнем 25(OH)D и концентрацией ионизированного кальция ($r=-0,05$; $p=0,83$), фосфора ($r=0,008$; $p=0,97$), а также щелочной фосфатазы в крови ($r=-0,05$; $p=0,84$). Отмечена тенденция к обратной корреляции между концентрацией 25(OH)D и мочевиной в крови ($r=-0,31$; $p=0,08$); иных взаимосвязей данного витамина с другими показателями биохимического и клинического анализов крови не обнаружено.

Заключение. В рамках настоящего пилотного исследования обнаружено, что у пациентов с боевыми травмами очень часто выявляется дефицит или недостаточность витамина 25(OH)D. В данной группе пациентов не зарегистрировано значимых различий между содержанием витамина 25(OH)D в крови раненых с длительно неконсолидирующимися переломами и у лиц без данной патологии. Установлен ряд взаимосвязей между концентрацией различных маркеров костного метаболизма и другими изученными показателями. Необходимы дальнейшие исследования по изучению костного метаболизма у пациентов с длительно неконсолидирующимися переломами, полученными в результате высокоэнергетических боевых травм.

АНАЛИЗ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АРТРИТАМИ

Руденко И.Б.¹, Мамутин И.В.¹, Маликова А.Р.¹, Мамеева О.В.²

¹Ижевская государственная медицинская академия,

²ГКБ №6,

г. Ижевск

Обоснование. Длительное использование глюкокортикостероидов (ГКС) в лечении хронических иммунновоспалительных и аутоиммунных заболеваний, особенно в высоких дозах, приводит к значительной вариабельности побочных эффектов, что подчеркивает необходимость более глубокого изучения механизмов их возникновения. В связи с этим требуется разработка новых терапевтических стратегий, включая персонализированные схемы лечения и профилактические меры для минимизации осложнений, а также исследование вспомогательных подходов, направленных на повышение безопасного применения ГКС.

Цель исследования. Изучение зависимости между стажем применения глюкокортикостероидной терапии и частоты возникновения нежелательных эффектов.

Материалы и методы. В исследование включены 135 пациентов с ревматоидным и псориатическим артритами, проходивших обследование и лечение на базе ревматологического отделения БУЗ УР ГКБ№6 МЗ УР г. Ижевска за период 2023 года. Возраст пациентов составил от 32 до 83 лет. Стаж приема ГКС на момент анализа: от полугода до 37 лет. В качестве поддерживающей дозы (4-6 мг) применялся метипред. Пациенты распределены на группы в зависимости от стажа приема метипреда:



1 группа (до 1 года) – 21 человек; 2 группа (от 1 до 5 лет) – 55; 3 группа (от 5 до 10 лет) – 25; 4 группа (от 10 до 20 лет) – 20 пациентов; 5 группа (более 20 лет) – 14 пациентов. Анализ проводился по результатам клинического и биохимического анализов крови: уровня глюкозы, холестерина, кальция. Учитывались данные по коморбидности – наличие синдрома Кушинга, повышенный индекс массы тела (ИМТ), патология ЖКТ, артериальная гипертензия (АГ). Принимались в расчет и данные денситометрии, выявления остеопороза и переломов в анамнезе. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Excel и включала расчет коэффициента корреляции Пирсона для выявления корреляционных взаимосвязей между изучаемыми показателями: анамнестическими, клиническими и лабораторными.

Результаты и обсуждение. Самым ожидаемым осложнением ГКС терапии является развитие синдрома гиперкортицизма (синдрома Кушинга). Среди всех пациентов синдром Кушинга, как зафиксированный в диагнозе встречался в 13% случаях. При этом основная доля приходилась на вторую группу пациентов, где выявлена заметная положительная корреляционная связь ($r=0,56$; $p<0,05$). Данная зависимость обусловлена непосредственным влиянием высокого уровня ГКС на метаболизм.

Артериальная гипертензия зафиксирована у 60% от всех исследуемых. Зависимость между стажем приема и частотой АГ умеренная ($r=0,39$; $p<0,05$). При этом, в третьей группе – корреляционная связь выявлена высокая ($r=0,72$; $p<0,05$), что может быть связано с тем, что терапия ГКС, вероятнее всего, ведет к структурным изменениям регулирующих систем. Слабая корреляция выявлена в отношении гиперхолестеринемии, которая зачастую имеет место в патогенезе АГ ($r=0,27$; $p<0,05$).

ИМТ выше 25 встречался в 44,5% случаев. Стоит отметить, что во второй группе связь между стажем терапии и развитием ожирения заметная ($r=0,58$; $p<0,05$). Данное явление обусловлено усилением липогенеза в области лица и туловища.

Развитие гипергликемии является еще одним нежелательным эффектом терапии ГКС. Причина этого явления – мощное контринсулярное действие. Однако среди всех пациентов, повышение уровня глюкозы в крови зафиксировано лишь у 5%, что связано, вероятно, с приемом сахароснижающей терапии.

Другим весьма распространенным осложнением длительного приема ГКС является остеопороз. Появление данного нежелательного эффекта связано с угнетением ГКС всасывания кальция в кишечнике и усилением выхода кальция из костей и его почечной экскреции, а также с прямым ингибированием ГКС синтеза половых гормонов. Во второй группе исследуемых (при стаже приема от 1 до 5 лет) имеется заметная положительная связь ($r=0,61$; $p<0,05$). В остальных группах корреляционная связь умеренная (во всей совокупности пациентов $r=0,43$; $p<0,05$). При этом, гипокальциемия встречается лишь у 1,5% пациентов. Коэффициент корреляции между возникновением переломов среди всех обследуемых пациентов составил 0,3; $p<0,05$.

Также, ГКС увеличивают выработку соляной кислоты и ферментов в желудке, одновременно блокируют синтез простагландинов, что приводит к снижению цитопротективного действия их на слизистую желудка. Результатом данных изменений является развитие гастрита и язвенной болезни. В ходе исследования было установлено, что достоверной связи между стажем приема ГКС и частотой развития гастрита и язв не обнаружено ($r=-0,03$ и $r=0,02$ соответственно).



Так же, в ходе исследования не обнаружено связи между изменениями в показателях белой крови и стажем приема ГКС. Внимание обратило только на имеющиеся у 2.2% пациентов лейкопению.

Выводы. С увеличением продолжительности приема ГКС возрастает риск появления синдрома гиперкортицизма. В частности, при стаже приема от 1 до 5 лет повышается вероятность развития артериальной гипертензии, ожирения, остеопороза, что требует особого внимания и грамотного терапевтического подхода.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Рыбакова А.Д.

НИИКЭЛ – филиал ИЦиГ СО РАН,
г. Новосибирск

Введение. Ревматоидный артрит (РА) – это аутоиммунное хроническое заболевание, протекающее по типу эрозивного полиартрита с множеством системных проявлений, и связанное с ранней потерей трудоспособности и сокращением продолжительности жизни больных. Были достигнуты значительные успехи в лечении ревматоидного артрита, в первую очередь, с применением базисных противоревматических препаратов (БПВП). Согласно современным рекомендациям, в силу своей эффективности и безопасности, метотрексат должен быть частью первой стратегии лечения РА, а также служить основой для комбинации с глюкокортикостероидами (ГКС), другими БПВП и генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП). Оптимальная терапевтическая доза метотрексата составляет 20-25 мг в неделю. Существуют алгоритмы по коррекции дозировки и способа введения метотрексата при развитии нежелательных явлений. Поэтому переход на следующий уровень терапии со сменой БПВП или назначением ГИБП должен быть обоснованным и проводиться только при неэффективности полноценной дозы или наличии противопоказаний к метотрексату. Тем не менее, в реальной клинической практике нередки случаи отклонения от вектора по активному удержанию пациента на терапии метотрексатом в силу различных причин: неверная тактика при работе с нежелательными явлениями, назначение неоптимальной дозы, ошибки в применении или отказ от приема препарата пациентом. Анализ и последующая коррекция таких факторов врача и пациента позволят улучшить качество оказания медицинской помощи больным ревматоидным артритом.

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность терапии метотрексатом, а также лечебную тактику при ревматоидном артрите в реальной практике врача.

Задачи. 1. Определить виды и частоту нежелательных явлений метотрексата у пациентов с ревматоидным артритом. 2. Установить частоту неэффективности рекомендуемой дозы метотрексата, которая потребовала усиления терапии. 3. Оценить соответствие назначения метотрексата клиническим рекомендациям и приверженность пациентов к лечению.



Пациенты и методы. В исследование были включены пациенты с диагнозом серопозитивного ревматоидного артрита, получавших лечение в НИИКЭЛ – филиал ИЦиГ СО РАН (г. Новосибирск).

Методы исследования.

- Осмотр пациентов (сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни, данных о сопутствующих заболеваниях и принимаемых лекарственных препаратах, вредных привычках; физикальное исследование);

- Оценка активности заболевания и эффективности терапии по комплексным индексам активности (DAS28-COЭ, DAS28-СРБ и CDAI);

- Лабораторные методы (ОАК с определением СОЭ, количества лейкоцитов; БХАК с определением уровня АЛТ, АСТ, креатинина, СРБ);

- Определение уровня РФ, АЦЦП методом ИФА.

Критерии включения:

- Соответствие критериям ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010г и/или критериям ACR 1987 г.;

- Серопозитивность по ревматоидному фактору;

- Прием метотрексата в анамнезе;

- Наличие добровольного информированного согласия пациента на участие в исследовании;

- Возраст старше 18 лет.

Критерии исключения:

- Наличие других воспалительных артропатий;

- Прием лекарственных препаратов с аналогичными метотрексату нежелательными явлениями;

- Активный инфекционный процесс;

- Декомпенсация хронических заболеваний;

- Отказ пациента от участия в исследовании.

Результаты. В исследование был включен 51 пациент с серопозитивным ревматоидным артритом из числа госпитализированных в ревматологическое отделение НИИКЭЛ – филиал ИЦиГ СО РАН за 2023 год: 42 женщины (82,4%) и 9 мужчин (17,6%). Медиана возраста составила 54 года. На момент включения в исследование 40 (78,4%) пациентов получали генно-инженерную биологическую терапию - такой высокий процент объясняется тем, что как правило, в стационарном лечении нуждаются пациенты с более тяжелым течением заболевания. Амбулаторная когорта пациентов не была включена в исследование.

У 25 из 51 (49%) пациентов были зафиксированы те или иные нежелательные явления. Наиболее частыми стали тошнота и рвота, лейкопения и повышение печеночных трансаминаз выше трех норм. Примечательно, что по нашим результатам частота выявления лейкопении была выше, чем в схожих исследованиях.

Распространенность нежелательных явлений:

- Желудочно-кишечные 19,6% (n=10): умеренная тошнота 11,8% (n=6); выраженная тошнота, рвота 7,8% (n=4);

- Гематологические: лейкопения 15,7% (n=8);



- Гепатотоксичность: синдром цитолиза 13,7% (n=7);
- Инфекции: рецидивирующий герпес 5,9% (n=3);
- Поражение слизистых: стоматит 3,9% (n=2).

У 80,4% пациентов (n=41) метотрексат был неэффективен, что потребовало усиления терапии (смены БПВП, либо добавления ГИБП). В половине случаев (51%) причиной были нежелательные явления. Из тех, у кого нежелательных явлений не наблюдалось, только 55% (n=11) получали максимальную дозу 25 мг в неделю, остальные 45% (n=9) получали 20-22,5 мг метотрексата в неделю. Из 10 пациентов (19,6%), не осуществивших переход на следующую ступень терапии, четверо (40%) успешно продолжили прием метотрексата, несмотря на наличие нежелательных явлений в анамнезе.

Причинами смены или усиления терапии стали: нежелательные явления (51%), «истинная» неэффективность максимальной дозы метотрексата (27%), фактор врача – отсутствие усиления дозы до максимально переносимой (22%). При оценке тактики врачей и комплаентности пациентов были выделены следующие факторы:

Фактор врача в 23,5% случаев (n=12):

- 9 пациентов – не увеличена доза до максимальной,
- 3 пациента – не возобновлена терапия после однократного НЯ (цитоллиз, герпес, тошнота).

Фактор пациента: 11,8% случаев (n=6):

- 5 пациентов – самостоятельная отмена препарата, во всех случаях из-за тошноты (при этом не были предприняты меры для ее купирования: переход на подкожную форму, деление на два приема и противорвотные препараты),
- 1 пациент – нерегулярный прием метотрексата.

Выводы. 1) Наиболее распространенными нежелательными явлениями метотрексата в госпитальной когорте пациентов были диспепсические расстройства, лейкопения и гепатотоксичность. 2) Основными причинами перехода на следующий уровень терапии стали наличие нежелательных явлений (51%), истинная неэффективность максимальной дозы (27%) и неэффективность субмаксимальной дозы метотрексата (22%). 3) Определены субъективные факторы, повлиявшие на терапевтическую тактику: отсутствие повышения врачом дозы метотрексата до максимальной и отказ пациента от приема препарата из-за тошноты.

РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Сагатова Д.Р., Хидоятова М.Р., Абдуазизова Н.Х.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Введение и цель. Патогенетически лечение ревматоидного артрита (РА) глюкокортикоидами (ГК) обосновано их способностью влиять на систему провоспалитель-



ных цитокинов, однако длительный прием поддерживающих, минимальных доз ГК имеет отрицательное воздействие на кость.

Цель. Определить частоту остеопороза (ОП) и остеопении у больных РА, длительно принимающих ГК.

Материал и методы. В исследование включено 50 пациенток в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст $44,21 \pm 3,07$ года) с достоверным диагнозом РА. Для оценки состояния костной ткани использовали: ультразвуковую денситометрию, количественную КТ минеральной плотности костной ткани (МПКТ) [количество минерализованной костной ткани на единицу площади ($\text{г}/\text{см}^2$)]. Денситометрия проводилась трижды: 1. при поступлении в стационар (до лечения); 2. через 3 мес от начала лечения; 3. через 6 мес от начала лечения. Лабораторные исследования: определяли уровень общего кальция, ионизированного кальция, фосфора крови.

Результаты и обсуждение. По анамнестическим данным, в большинстве случаев у больных имела место менопауза (53% женщин). Рост пациенток при тщательном антропометрическом обследовании оказался на $3,96 \pm 0,25$ см меньше, чем у пациенток, обследованных 10–15 лет назад. Масса тела больных составила $59,74 \pm 1,16$ кг, что не соответствовало формуле Брока, при которой она должна быть равна росту минус 100 см. Сниженный в плазме крови уровень ионизированного кальция отчасти подтверждает предположение о наличии ОП у больных РА. На основании проведенной ультразвуковой денситометрии и результатов обследования диагностирован ОП у 41 пациентки с РА (Т-критерий в пределах $2,6 \pm 0,03$), остеопения – у 9 больных РА (Т-критерий в пределах $1,4 \pm 0,06$).

Выводы и заключение. Определен высокий риск развития ОП у больных РА, длительно принимающих низкие дозы ГК – от 2,5 до 10 мг/сут. Пациенткам, длительно принимающим ГК в малых дозах, рекомендуется регулярное (1 раз в 6 мес) исследование МПКТ, и при наличии пороговых значений Т-критерия необходимо назначать средства, повышающие МПКТ.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТИТА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМОМ В КЛИМАКТЕРИИ

Сагатова Д.Р., Набиева Д.А., Хидоятлова М.Р.

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

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

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 160 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 суставах в ночное время, слабость. Пациенты были разделены на 2 группы. В контрольную группу,



вошли пациенты без признаков МС. Основную группу составили женщины пациентов с МС. Остеоартрит регистрировали на основании диагностических критериев. Диагностика МС была основана на критериях, разработанных Международной федерацией диабета (IDF, 2005 г.). У больных отслеживали локализацию пораженных суставов, распространенность воспалительных изменений в суставах (синовитов), оценивали интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ при движении и в покое, рассчитывали индекс WOMAC. Также в обеих группах отслеживали показатели острофазового воспаления: СОЭ, С-реактивного белка и фактора некроза опухоли α .

Результаты и обсуждение. У пациентов основной группы чаще были поражены коленные (78 больных – 97,5%) и тазобедренные суставы (43 больных – 53,8%), в контрольной группе эти показатели оказались заметно ниже: коленные суставы у 54 пациентов (67,5%), тазобедренные суставы у 26 больных (32,5%) Суставы нижних конечностей у больных с МС были поражены в 100% случаев (у 80 больных), в то время как в контрольной группе поражение суставов нижних конечностей выявлено только у 57 (81,3%) пациентов. При оценке выраженности болевого синдрома у пациентов обеих групп выяснилось, что больные основной группы испытывают более интенсивную боль, чем пациенты контрольной группы, что было подтверждено достоверно более высокими показателями выраженности боли по двум из трех показателей (индекс ВАШ в покое и при движении) у пациентов с остеоартрозом с признаками МС В настоящем исследовании доказано, что МС оказывает негативное влияние на течение суставного синдрома при остеоартрозе. Под влиянием МС более часто были подвержены патологическому процессу практически все группы суставов, в том числе и пястно-фаланговые, плюснефаланговые, лучезапястные суставы, поражение которых нетипично для остеоартрита, что, вероятно, связано с повышением воспалительной активности при МС.

Выводы. Таким образом, полученные данные диктуют необходимость поиска новых, более эффективных терапевтических подходов к лечению пациентов с остеоартритом и МС не только для снижения риска развития возможных сердечно-сосудистых осложнений, но и с целью снижения выраженности суставного синдрома и повышения эффективности лечения остеоартрита в целом.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ

Сагагова Д.Р.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Целью настоящего исследования была оценка эффективности препарата диацереин при остеоартрите и его влияния на эндотелиальную дисфункцию у пациентов с коморбидной патологией – артериальной гипертензией.



Материалы и методы. В открытом перспективном когортном исследовании приняли участие 47 пациенток-женщин в возрасте от 44 до 69 лет, имеющих остеоартрит коленных суставов I-II стадии. От всех участниц исследования получено информированное согласие. Обследование проводилось в СКАЛЕ и в ревматологическом отделении первой клиники Ташкентской Медицинской Академии. Все включенные в исследование пациенты имели артериальную гипертензию I-II степени. Участники исследования были рандомизированы блочным методом на две группы: пациенты основной группы получали диацереин в дозировке 50 мг 2 раза в день и парацетамол, пациенты группы контроля получали только парацетамол. Для оценки степени выраженности эндотелиальной дисфункции использовался метод J. Hladovec (1978), принцип которого заключается в изоляции клеток эндотелия. На область плеча пациента накладывалась манжета, в которой создавалось давление, превышающее систолическое на 40-50 мм рт. ст., через 4 минуты проводилась декомпрессия и производился забор крови из подкожной локтевой вены, после чего в плазме крови определялось количество циркулирующих (десквамированных) эндотелиоцитов в расчете на 100 мкл плазмы.

Результаты. В результате проведенного анализа было выявлено, что назначение диацереина в течение 45-дневного срока терапии статистически значимо эффективнее по сравнению с монотерапией парацетамолом: лечение диацереином в большей степени снижает значение индекса Лекена – на 1,0 балл (95% ДИ: 0,1; 1,9), в большей степени снижает выраженность болевого синдрома – на 10 мм (95% ДИ: 3; 17), а также снижает суточную потребность пациента в парацетамоле – на 323 мг (95% ДИ: 39; 608), по сравнению с монотерапией.

Заключение. Курс терапии диацереином в течение 45 дней в сочетании с парацетамолом эффективнее монотерапии парацетамолом: в большей степени снижает значение индекса Лекена – на 1,0 балл (95% ДИ: 0,1; 1,9), в большей степени снижает выраженность болевого синдрома – на 10 мм (95% ДИ: 3; 17), снижает суточную потребность в парацетамоле – на 323 мг (95% ДИ: 39; 608).

ВРАЧ КАК ПАЦИЕНТ: ВЗГЛЯД ПРОФЕССИОНАЛА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Санникова О.Ю.^{1,2}, Теплякова О.В.^{3,4}

¹Институт иммунологии и физиологии УрО РАН,

²Свердловская областная клиническая больница №1,

³Уральский государственный медицинский университет,

⁴Медицинское объединение «Новая больница»,

г. Екатеринбург

Нарушение функции передвижения по любым причинам ассоциируется со снижением приспособляемости и чрезвычайно легкой уязвимости пациента как био-



логического и социального объекта. Нарратив – это способ преподнесения личного опыта, отражающего проблемы, с которыми пришлось столкнуться пациенту.

Цель работы. Описание опыта пациента с травмой коленного сустава, исследование соответствующих медицинских, психологических и социальных проблем.

Пациентка – женщина, 52 лет, врач ревматолог, к.м.н. Индекс массы тела – 34,4 кг/м². Травматический вывих голени с повреждением связок правого коленного сустава получен при падении с лестницы-стремянки высотой 1,2 метра. Расчетное время доезда бригады СМП – 29 минут, время ожидания составило около 75 минут.

Психологическая характеристика пациентки: по данным опросника HADS пациентка набрала 5 баллов по шкале «тревога» и 3 балла по шкале «депрессия» (норма). Оценка катастрофизации (по Sullivan, M.J. et al., 1995) позволила установить низкий уровень данного расстройства: общий показатель составил 2 балла из 52. Из стратегий совладания (Folkman S.) пациентка наиболее часто использовала «планирование решений» и «положительную переоценку», крайне редко – «бегство – избегание» проблемы.

Результаты и обсуждение. Проведено структурированное интервьюирование. При оценке медицинских факторов пациентка указала на достаточно четкую и слаженную работу медицинского персонала на всех этапах; отмечена помощь персонала при ее перемещении. Вся дальнейшая тактика и планируемые действия объяснялись врачом. Тем не менее был выделен ряд замечаний: длительное время ожидания СМП, что важно для профилактики травматического шока и переохлаждения (пациентка не могла самостоятельно перемещаться); в качестве анальгетика в травматологическом отделении используются парентеральные формы кетопрофена, т.е. не проводится стратификация рисков и выбор НПВП с учетом клинических рекомендаций и не предлагаются неинвазивные (энтеральные) формы. В качестве иммобилизирующего вещества после вправления вывиха использовалась гипсовая лонгета, недостаточное качество и прочность которой очень быстро привели к изломам, а следовательно, снижению фиксирующей функции и появлению дискомфорта у пациентки.

В специализированном травматологическом отделении отсутствовали средства для самостоятельного перемещения (ходунки, костыли), пациенты вынуждены осуществлять их поиск самостоятельно. В отделении отсутствуют специалисты ЛФК, которые с первого дня после травмы должны проводить занятия для профилактики тромботических осложнений, снижения тонуса и силы мышц. У кровати обездвиженного больного не было «тревожной кнопки».

Организация физиотерапевтического лечения в ранние сроки за счет средств ОМС была проведена только благодаря тому, что пациентка является сотрудником одной из реабилитационных клиник. МРТ в сроке 4 недели после травмы также выполнена как сотруднику клиники по договоренности. Альтернатива – ожидание по очереди, реальные сроки четко не определены.

Стороннее наблюдение за другими пациентами показало, что если медицинская помощь всем пациентам оказывалась на высококвалифицированном уровне, то эмоциональный фон со стороны медицинского персонала был неоднороден.

Интервьюирование выявило наличие ряда социальных проблем у маломобильных пациентов. Глубина туалетной комнаты в стационаре была недостаточной и не



позволяла закрыть двери при полностью выпрямленной иммобилизированной конечности. Поскольку требовалась коляска, то самостоятельное перемещение по городу после выписки было возможным только в такси (общественный транспорт не предусмотрен для этой цели), но в некоторых такси кресло-коляска не вмещалась, приходилось вызывать другую машину. Покупки продуктов совершались только через службу доставки, что удорожало их стоимость. В ряде кафе (несмотря на декларирование доступной среды) отсутствовали кнопки вызова персонала и не было никаких возможностей перемещения маломобильных пациентов по лестнице. При перемещении по центральным улицам не всегда можно проехать на коляске.

Пациентка не отказалась от поездки с образовательной целью. Полностью положительная оценка была дана реализации доступной среды в аэропортах Екатеринбург и Санкт-Петербурга и в отеле, где пришлось остановиться пациентке.

Будучи и сама позитивно настроенной, пациентка указала на положительный психологический фон, исходящий от россиян: совершенно незнакомые люди были терпимы и пытались, по возможности, помочь. Однако, находясь на врачебной конференции, пациентка отметила смещение фокуса: так вместо того, чтобы продолжать общаться с ней как с коллегой, у многих проявилось отношение к ней как к пациентке.

Заключение. Представленная информация демонстрирует наличие ряда устранимых проблем при оказании помощи пациенту с травмой нижней конечности, вызвавшей нарушение функции передвижения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЯК КИНАЗ, ИНГИБИТОРОВ ИЛ17А, ИЛ 6, ФНОА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ВТОРИЧНЫМ АМИЛОИДОЗОМ

Сахарова К.В., Эрдес Ш.Ф.
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Введение. Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов. Одной из его особенностей является вовлечение в воспалительный процесс помимо опорно-двигательного аппарата, других органов и систем. Одним из грозных осложнений АС является АА амилоидоз, который приводит к развитию хронической болезни почек и при отсутствии адекватной терапии может заканчиваться гибелью пациента. На данный момент не существует установленного метода лечения АА амилоидоза у пациента с аутоиммунными заболеваниями. Одной из целей терапии является активное лечение хронического воспалительного заболевания, что позволяет подавить синтез белка-предшественника SAA (вплоть до устойчивой нормализации).

Цель. Сравнить результаты проводимой терапии тсБПВП и трех групп ГИБП у пациентов с анкилозирующим спондилитом, осложненным АА амилоидозом.



Материалы и методы. В исследование включено 19 пациентов с АС, осложненным вторичным амилоидозом, получающих генно-инженерную биологическую терапию (ГИБП) и тсБПВП (таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты). Из них 15 мужчин и 4 женщины. Терапию тсБПВП получало 4 пациента, ингибиторами ИЛ17А – 3 пациента, 6 пациентов получали терапию ингибиторами ИЛ6 и 6 пациентов ФНО α . Оценка эффективности проводимой терапии проводилась через 6 месяцев от начала лечения.

Активность заболевания и функциональный статус пациентов оценивались согласно рекомендациям российских экспертов. Всем пациентам проведено лабораторное и инструментальное обследование, общепринятое при диагностике и мониторинге АС. Дополнительно проводилось исследование биохимического анализа мочи, уровня сывороточного амилоидного белка А (SAA), проба Реберга.

Ряду пациентов назначалась терапия препаратами из группы блокаторов ИЛ 6, однако данная группа препаратов не зарегистрирована для терапии АС. Решение о назначении этой группы препаратов принималось off-label по жизненным показаниям членами врачебной комиссии по назначению ГИБП (11 членов комиссии), официально утвержденной руководством ФГБНУ НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой.

Результаты. У пациентов, получавших терапию ингибиторами ИЛ 6 отмечался хороший клинический результат. Однако достоверные различия были получены по индексу активности заболевания ASDAS срб 5 [4;5] и 2,3 [1,6; 3,5] ($p=0,04$) и уровень СОЭ 109 [67;140] и 22 [16;25] ($p=0,005$), СРБ 62,9 [20;109] и 1,2 [0,2;6,6] ($p=0,008$). Также значительные различия выявлены по индексу активности BASDAI 7,2 [6,4;7,2] и 4,3 [3,4;5,4] ($p=0,1$) наблюдалась тенденция с снижению активности заболевания, но умеренной или низкой активности на момент наблюдения мы не достигли. По биохимическим показателям имелась положительная динамика по уровню креатинина 154 [96;191] и 114 [93;172] ($p=0,5$), мочевой кислоты 518 [501;540] и 472 [446;563] ($p=0,9$), нарастала скорость клубочковой фильтрации 37 [33;86] и 50 [36;92] ($p=0,5$). В клинической картине отмечалось уменьшение частоты энтезисов 50% и 16% ($p=0,1$), периферических артритов 100% и 66% ($p=0,3$), коксит сохранялся у ряда пациентов как до, так и после лечения 50% и 50% ($p=0,8$), активного сакроилиита/спондилита по данным МРТ выявлено не было. У данной группы выявлен высокий уровень SAA 133 [39,9;381].

Пациенты второй группы получали терапию ингибиторами иФНО α При сравнении клинических и лабораторных данных этой группы мы не выявили достоверных различий. Но стоит отметить, что при снижении лабораторной активности заболевания СОЭ 98 [18;140] и 81,5 [68;101] ($p=0,8$) и СРБ 16,2[2,89;42,7] и 6,6 [0,2;7,6] ($p=0,4$) наблюдается нарастание индексов активности заболевания BASDAI 4,2 [2,3;6,2] и 5,3 [4,8;6,1] ($p=0,6$), ASDAS 2,25 [1,9;3,48] и 4,12 [3,5;4,5] ($p=0,06$). Что вероятно связано с клинической картиной заболевания, у пациентов отмечен более высокий процент периферических артритов 33,3% и 50% ($p=0,3$), коксита 83,3% и 100% ($p=0,3$). Отрицательная динамика отмечена в виде нарастания уровня биохимических показателей, креатинина 101 [56;235,5] и 120,5 [66,3;240] ($p=0,6$), мочевины 8,15 [4,1;13,9] и 9,6 [4,8;13,6] ($p=0,9$), мочевой кислоты 375,5 [311,4;444] и 392,7 [289,3;452,9] ($p=0,9$), суточной протеинурии 0,4 [0,2;2,8] и 2,05 [1,2;3,34] ($p=0,2$). У данной группы выявлено умеренное повышение уровня SAA 15,3 [9,5;54,1].



У пациентов получавших терапию тсБПВП отмечалось нарастание лабораторной активности по уровню СРБ 4,7 [1,2;22,5] и 29,3 [16,9;40,5], креатинин 85 [61,6;195,5], мочевой кислоты 289 [224;341], суточной протеинурии 1,7 [0,5;3,8], протеинурии 0,7 [0,09;3,0], индексу BASDAI 3,7 [3,2;5,3] и 5,1 [3,4;5,7], существенных различий по уровню СОЭ, мочевины, общего белка, альбумина, СКФ и индексу ASDAS срб не получено.

У пациентов получавших терапию иИЛ17А, отмечено нарастание лабораторной активности СОЭ 45 [7;96] и 71 [48;120], СРБ 2,9 [1,5;28] и 37 [30;41], креатинин 79 [66;296] и 85 [82;33], мочевой кислоты 368 [320;444] и 453 [352;703], суточная протеинурия 0,5 [0,3;2,3] и 2,5 [2;5], индексам BASDAI 4 [2,3;5,2] и 6,7 [6,1;6,7], ASDASсрб 2,8 [1,5;3,5] и 3,6 [3,4;4,5] не отмечено различий по уровню СКФ, общего белка, альбумина, мочевины.

Выводы. На фоне проводимой терапии препаратами из группы ингибиторов ИЛ 6 отмечены достоверные различия по ответу на проводимую терапию по уровню СОЭ и индексу активности ASDAS срб. У пациентов, получавших ингибиторы ИЛ 6, отмечалась более высокая активность заболевания и значимое снижение СКФ в отличие от пациентов, получавших блокаторы ФНО α . У пациентов получавшие терапию ингибиторами ИЛ 17А и JAK киназами отмечается нарастание лабораторной и клинической активности, а также уровня протеинурии, как разовой, так и суточной.

ВАРИАНТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

**Сахин В.Т.¹, Сотников А.В.², Крюков Е.В.¹, Казаков С.П.^{3,4},
Гордиенко А.В.¹, Носович Д.В.¹, Рукавицын О.А.³**

¹Национальный медицинский исследовательский центр
высоких медицинских технологий – Центральный военный клинический
госпиталь им. А.А. Вишневого,
г. Красногорск,

²Военно-медицинская акад. им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург,

³Главный военный клинический госпиталь им. акад. Н.Н. Бурденко,

⁴Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования,
Москва

Цель исследования. С помощью параметров клинического, биохимического и иммунологического анализов крови разработать математическую модель, позволяющую проводить дифференциальную диагностику анемии хронических заболеваний



(АХЗ) и железодефицитной анемии (ЖДА) у пациентов с воспалительными заболеваниями суставов (ВЗС) (ревматоидным артритом (РА), псориатическим артритом (ПсА), анкилозирующим спондилоартритом (АС)).

Материалы и методы. В исследование включены 104 пациента с ВЗС и анемическим синдромом (37 мужчин/67 женщин, возраст $48,4 \pm 5,42$ лет). Среди них: у 54 пациентов диагностировали РА, у 27 – ПсА и 23 – АС. В группу сравнения вошли 22 пациента с ВЗС без анемии (13 мужчин/9 женщин, возраст $47,8 \pm 3,55$ лет). Ее составили семь пациентов с РА, 10 – с ПсА, пять – с АС. Всем обследованным, помимо показателей гемограммы, определяли концентрации интерлейкинов 6, 10 и 1 β , интерферона-гамма, фактора некроза опухоли альфа, ферритина, С-реактивного белка, гепцидина, трансферрина, растворимого рецептора трансферрина. Все пациенты проходили обследование и лечение в 1586 военном клиническом госпитале Минобороны России с 2017 по 2020 г. Для диагностики анемии использовали критерии, предложенные экспертами Всемирной организации здравоохранения. Пациенты с анемией разделены на три группы в зависимости от ведущего патогенетического фактора: 1-я группа – АХЗ (коэффициент насыщения трансферрина – КНТ $> 16\%$, ферритин ≥ 100 нг/мл, С-реактивный белок (СРБ) ≥ 10 мг/л), 2-я группа – ЖДА (КНТ $< 16\%$, ферритин < 30 нг/мл, СРБ < 10 мг/л), 3-я группа – АХЗ+ЖДА (КНТ $< 16\%$, ферритин < 100 нг/мл, СРБ ≥ 10 мг/л). Разделение на группы больных, страдающих анемией, проводили с использованием критериев, предложенных S. Van Santen et al. and M. Worwood et al. У количественных показателей рассчитывали медиану, стандартную ошибку среднего и межквартильный интервал. Достоверность различий между несколькими несвязанными группами определяли с помощью критерия Краскела-Уоллиса. Расчет математической модели для дифференциальной диагностики АХЗ и ЖДА проводился дискриминантным анализом.

Результаты и обсуждение. На первом этапе в результате анализа изученных показателей сформирована группа из двух наиболее информативных для модели переменных (концентрации ферритина и гепцидина). Лямбда Уилкса – 0,29, критерий $F=37,373$, $p < 0,00001$. Критерий $F=37,373$ и $p < 0,00001$ указывают на статистическую значимость модели. Ее чувствительность составила 100%, специфичность 80%, а информационная способность (общая доля правильно классифицированных исходов) – 88,88%.

Полученная в итоге каноническая линейная дискриминантная функция имела следующий вид: (КЛДФ): $\text{КЛДФ} = 1,612171 - 0,002725 \times \text{Гепцидин} - 0,005429 \times \text{Ферритин}$.

Рассчитаны координаты центроидов, для АХЗ это -1,44222008, а для ЖДА 1,52705656. Пациента, у которого на основании концентраций ферритина и гепцидина определено значение КЛДФ, следует отнести к группе АХЗ или ЖДА по минимальному расстоянию к соответствующему центроиду.

Выводы. Наиболее значимыми параметрами для дифференциальной диагностики ЖДА и АХЗ у пациентов с ВЗС оказались концентрации в крови гепцидина и трансферрина. Полученное, по результатам дискриминантного анализа, уравнение на основе этих показателей позволяет с высокой чувствительностью, специфичностью и информационной способностью проводить дифференциальную диагностику АХЗ и ЖДА у пациентов с ВЗС уже на этапе первичного контакта с врачом. Использование уравнения позволит эффективнее проводить диагностику и коррекцию этих типов анемий при данной патологии в том числе и с целью более эффективного лечения.



ПОИСК МАРКЕРОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Папичев Е.В.,
Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной
ревматологии им. А.Б. Зборовского,
г. Волгоград

Введение. Костная ткань является метаболически активной структурой, которая подвергается постоянному ремоделированию. В норме процессы резорбции костной ткани и ее синтеза уравновешены. При ревматоидном артрите (РА) этот баланс нарушается, что нередко приводит к развитию остеопороза (ОП). Наилучших результатов в сохранении качества костной ткани у больных РА удастся достичь при раннем и профилактическом фармакологическом вмешательстве. В связи с этим является актуальным поиск маркеров прогнозирования развития ОП при этой патологии.

Известно, что в развитии ОП важную роль играет нарушение синтеза и метаболизма витамина D. Его дефицит может усиливать процессы костной резорбции за счет нарушения формирования кости и отрицательного кальциевого баланса. Кроме того, при недостаточности 25-ОН витамина D наблюдается торможение активации Т-лимфоцитов и пролиферации клеток кости.

Среди маркеров костного ремоделирования выделяют маркеры формирования и резорбции костной ткани. Так N-концевой пропептидпроколлагена типа I (PINP) представляет собой пептиды, полученные в результате посттрансляционного расщепления молекул проколлагена типа I протеазами на N-конце. PINP происходят преимущественно из пролиферирующих остеобластов и фибробластов с небольшим вкладом со стороны кожи, сухожилий, дентина и хрящей. PINP является предпочтительным для клинического использования в качестве маркера образования кости. Первоначально PINP присутствует в виде тримера-пропептидов из 3 белковых цепей в коллагене типа I и впоследствии превращается в мономерные формы в кровотоке. Соответственно, анализы могут измерять как мономерный, так и тримерный PINP (общий PINP) или только тримерный PINP (неповрежденный PINP).

C-концевой телопептид коллагена I типа является продуктами деградации коллагена типа I кости, генерируемого активностью фермента катепсина K. Нативный C-концевой телопептид коллагена I типа существует в двух формах: α - и β -изомеризованных формах. Эти изомеризованные формы подвергаются дальнейшей изомеризации с образованием D и L форм. Спонтанная β -изомеризация α -изоформ происходит со старением белка. Следовательно, измененное соотношение α - и β -изомеризованных форм происходит с образованием новой кости, как в физиологических условиях, так и при патологических состояниях, таких как ревматические заболевания.

Цель исследования. Оценка диагностического значения определения показателей костного ремоделирования у больных (РА) с целью прогнозирования развития остеопороза (ОП).



Материалы и методы. Обследовано 88 женщин с РА в возрасте от 21 до 81 года (средний возраст 47,51±9,63). Диагноз РА устанавливался в соответствии с критериями ACR/EULAR 2010. Средняя длительность заболевания РА составляла 7,92±5,21 месяца. У всех больных был исследован уровень 25-ОН витамина D, специфическая последовательность коллагена I типа, продукты деградации коллагена I типа методом ИФА с использованием коммерческих наборов. Диагностическая ценность определялась методом построения ROC-кривых.

Результаты исследования. Исследование уровня N-терминального пропептида проколлагена I типа (P1NP) показало, что он является ценным маркером диагностики ОП при РА (площадь под кривой 0,785), точка принятия диагностического решения 50,225 нг/мл. При использовании данной отсечной точки, специфичность метода составила 71,21%, чувствительность 81,82%.

Определение C-телопептида коллагена I типа методом построения ROC-кривых показало, что в диагностике ОП при РА показатель обладает хорошим качеством (площадь под кривой 0,595), точка принятия диагностического решения 0,988 нг/мл. Чувствительность метода составила 36,36%, специфичность – 90,91%.

При исследовании диагностической ценности 25-ОН витамина D было выявлено, что определение данного маркера в диагностике ОП при РА также обладает хорошим качеством (площадь под кривой 0,696), точка принятия диагностического решения 58,741 нг/мл (чувствительность 95,45%, специфичность 37,88%).

Выводы. Таким образом, уровень P1NP, C-телопептид коллагена I типа и 25-ОН витамина D обладают высокой диагностической ценностью и могут быть использованы для ранней диагностики нарушений костного метаболизма при РА и для прогнозирования развития остеопороза у больных РА.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

**Спицина С.С.^{1,2}, Емельянова О.И.², Русанова О.А.²,
Бедина С.А.¹, Трофименко А.С.³**

¹Научно-исследовательский институт клинической
и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского,
²Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград

Антителообразование к церулоплазмину (ЦП) при ревматических заболеваниях (РЗ) в настоящее время представляет собой малоизученную проблему. Выбор этого медь-содержащего гликопротеида плазмы крови, обладающего мультиферментными свойствами, в качестве объекта исследования не случаен. Учитывая гиперпродукцию активных



форм кислорода при РЗ, можно ожидать компенсаторного увеличения синтеза антиоксидантов, в том числе и ЦП, что должно приводить к ингибированию свободных радикалов.

Цель исследования. Усовершенствование иммунологической диагностики системной красной волчанки (СКВ) путем определения антител (АТ) к ЦП, а также его количества и ферментативной активности.

Материалы и методы. Исследовались сыворотка 30 практически здоровых лиц и 68 больных СКВ, проходивших стационарное лечение в ГУЗ «ГКБ СМП №25» г. Волгограда. Диагноз СКВ ставили на основании клинико-лабораторного обследования и верифицировали по критериям ACR 1997г. Активность патологического процесса при СКВ оценивали с помощью шкалы SLAM. Среднее значение индекса SLAM у больных СКВ составило $10,2 \pm 6,7$ (диапазон значений от 2 до 28). АТ к ЦП определяли в сыворотке крови больных методом непрямого иммуферментного анализа с использованием магнитосорбентов на основе полиакриламидных гранул по оригинальной технологии Гонтаря и соавторов (1990г.).

Результаты и обсуждение. У пациентов с СКВ АТ к ЦП появляются на ранних стадиях процесса. В процессе исследования выявлено значимое повышение содержания АТ к ЦП, активности и количества ЦП у больных СКВ, при этом отмечается прямая корреляция исследуемых показателей со степенью активности заболевания. Учитывая, что показатели активности и количества ЦП, а также наличие АТ к ЦП, связаны с активностью СКВ, был модифицирован индекс оценки активности СКВ SLAM. В него были добавлены показатели количества, активности ЦП и наличия АТ к ферменту. Полученный модифицированный индекс активности SLAM был оценен методом корреляционного анализа с индексом SLEDAI и исходной версией индекса SLAM. Между индексом активности SLEDAI и модифицированным индексом SLAM выявлена тесная корреляция ($r=0,728$, $p<0,0005$) и практически линейная связь с исходной версией индекса SLAM ($r=0,955$, $p<0,0005$).

Выводы. При СКВ отмечается повышение как ферментативной активности, так и количества ЦП и уровня АТ к нему, что может быть использовано как дополнительный критерий диагностики активности СКВ и утяжеления прогноза основного заболевания.

СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКАЯ ГРУППА БОЛЕЗНЕЙ. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Старовойтова М.Н., Десинова О.В.
НИИР им.В.А.Насоновой,
Москва

Системный склероз (ССД), также называемый системной склеродермией или склеродермией, представляет собой редкое сложное иммуноопосредованное заболевание соединительной ткани, характеризующееся прогрессирующим фиброзом кожи и другими клинически гетерогенными признаками.



Этиопатогенез ССД включает васкулопатию и нарушение регуляции иммунной системы, возникающие на перmissiveм генетическом и эпигенетическом фоне, что в конечном итоге приводит к фиброзу. Активация врожденного и приобретенного иммунитета происходит разнообразными пусковыми факторами.

Различные клетки и структурные белки приводят к активации предшественников фибробластов, которые превращаются в миофибробласты – которые играют центральную роль в продукции избыточного количества продуктов экстрацеллюлярного матрикса и других белковых компонентов, характерно ассоциирующихся с определенными субтипами склерозирующих болезней кожи.

Критерии ССД 2013 г. повысили чувствительность диагностики ранней склеродермии, что имеет жизненно важное значение для более ранней терапии и, соответственно, прогноза.

ССД подразделяется на лимитированную ССД и диффузную ССД на основании степени и распространения изменений кожи. Подтип заболевания имеет важное прогностическое значение, поскольку каждый из них имеет в значительной степени предсказуемую картину поражения внутренних органов.

Профили аутоантител помогают диагностировать, классифицировать и прогнозировать ССД, а также помогают исключить склеродермоподобные состояния, которые по определению не имеют ССД-специфических аутоантител. Примерно 95% пациентов с ССД имеют положительный АНФ. SSc-специфические аутоантитела, включая антицентромерные антитела (ACA), антитела против топоизомеразы-I/Scl-70 и антитела против РНК-полимеразы (RNAP) I-III связаны со специфическими клиническими особенностями.

При ССД многие клинические проявления, которые представляют собой ранние признаки прогрессирования и активности заболевания, являются кожными, а это означает, что дерматологи могут и должны играть ключевую роль в диагностике и лечении этого серьезного заболевания.

Согласно современным представлениям, термин «склеродермия» объединяет широкий круг заболеваний склеродермической группы от системной и очаговой склеродермии до индуцированных форм и псевдосклеродермии.

ССД следует отличать от других причин утолщения кожи, включая морфею (локализованную склеродермию) и склеродермоподобные состояния, также называемые склеродермоподобными или псевдосклеродермиями.

Круг диагнозов «склеродермии» широк и включает склеромикседему, склеродерму Бушке, нефрогенный системный фиброз и склеродермоподобную реакцию «трансплантат против хозяина». Соответствующие клинические параметры, данные обследования, в том числе иммунологического и гистологического, необходимы для исключения или подтверждения диагноза ССД.

Ограниченная (бляшечная, морфея) форма характеризуется появлением на голове, туловище или конечностях очагов эритемы и/или индурации кожи округлой формы.

Пансклеротическая форма – является наиболее тяжелой формой заболевания, при которой поражаются все слои кожи и подлежащих тканей вплоть до костей, часто формируются контрактуры суставов с деформацией конечностей и длительно суще-



ствующие язвы. Эта форма склеродермии обычно наблюдается у детей, быстро прогрессирует, резистентна к терапии и нередко заканчивается фатальным исходом.

При линейной склеродермии на коже возникают очаги эритемы и/или склероза линейной формы, локализующиеся, как правило, на одной половине тела (гемиформа) или по ходу нервно-сосудистого пучка. Очаги поражения чаще всего возникают на голове или конечностях. Линейная склеродермия на лице и волосистой части головы обычно выглядит в виде плотного тяжа склерозированной кожи, в которой отсутствует рост волос (форма «удар саблей»). Со временем поверхность очага сглаживается, образуя западение, обусловленное атрофией кожи, мышц и костной ткани.

Склеромикседема – редкое хроническое заболевание неизвестной этиологии. Характеризуется наличием инфильтративного и сливного уплотнения кожи с образованием папул вследствие повышенного отложения гликозаминогликанов в дерме.

Основными симптомами диффузного эозинофильного фасциита являются симметричный отек и уплотнение дистальных отделов конечностей (предплечий и голей). На ранних стадиях: покраснение, боль в местах уплотнения; во многих случаях проявляются общие симптомы (лихорадка, утомляемость, слабость).

Нефрогенный системный фиброз – склеродермоподобное фиброзирующее заболевание. У всех пациентов отмечалась почечная недостаточность. Провоцирующим фактором данного заболевания является использование для визуализации контрастных веществ на основе гадолиния, замещения металла в хелатах гадолиния, что, по-видимому, приводит к отложению свободного гадолиния в дерме и других органах.

Особый вариант индуцированной склеродермии представляет опухоль-ассоциированная или паранеопластическая склеродермия, которая развивается на фоне злокачественной опухоли, но клинически доминирует, особенно в начальный период заболевания.

Роль экзогенных триггерных механизмов наиболее очевидна в группе индуцированной склеродермии и склеродермоподобных состояний, связанных с воздействием различных химических, промышленных, алиментарных, медикаментозных и иных агентов. Хорошо известна индуцированная склеродермия при длительной экспозиции силициевой пыли (в шахтах, камнеразработках и др.), хлорвиниловых производных, трихлорэтилена, органических растворителей, эпоксидной смолы. Среди медикаментозных склеродермоподобных синдромов наиболее изучена блеомицин-индуцированная склеродермия, воспроизведенная также в эксперименте.

Склеродермоподобные заболевания представлены широким спектром состояний, сопровождающихся склеротическими изменениями кожи, развивающимися как идиопатически, так и под воздействием внешних факторов, порой приводящим к тяжелым изменениям со стороны других систем органов и дифференциально-диагностическим трудностям.

Диагностика заболеваний склеродермической группы недостаточна. Необходимо дальнейшее изучение заболеваний этого круга с клинических позиций, ранней и дифференциальной диагностики, разработка диагностических критериев и методов лечения.



ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Таирова З.К.

Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан

Пациенты с ревматоидным артритом имеют сопутствующие (коморбидные) заболевания, которые оказывают влияние на течение и прогноз РА, выбор тактики лечения и качество жизни больных.

Цель. Выявление наиболее распространенных коморбидных заболеваний у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. В исследование было включено 80 больных РА: 66 (82,5%) женщин, 14 (17,5%) мужчин, находившихся на лечении в кардиоревматологическом отделении городского медицинского объединения г. Самарканда в период с 2022 по 2023 года. Средний возраст больных составил $43,3 \pm 11,4$ года, длительность заболевания – $11,2 \pm 6,4$ года. Критерии включения: пациенты женского и мужского пола в возрасте от 18 до 60 лет включительно. Критерии исключения: возраст до 18 и старше 60 лет, онкологические заболевания.

Результаты и обсуждение. У пациентов с РА сопутствующая патология выявлена у 61 (76,25%), у 37 (46,25%) из них имелось сочетание нескольких коморбидных состояний, что создает дополнительные трудности при подборе терапии, часто является причиной полипрагмазии и увеличивает риск развития нежелательных реакций. Ведущее место в структуре коморбидности занимала сердечно-сосудистая патология – 47 (58,75%) пациентов. Так, артериальная гипертензия была диагностирована у 31 (38,75%) пациента. У большинства – 18 (58%) пациентов – она развилась на фоне уже диагностированного РА, у 9 (29%) пациентов диагноз АГ предшествовал диагнозу РА, у 4 (13%) – выявлена одновременно с развитием суставного синдрома. Частота ишемической болезни сердца (ИБС) составила 15 (31,9%) пациентов, в которой преобладала стенокардия напряжения III-IV функционального класса (ФК). На втором месте по частоте у больных РА находится патология желудочно-кишечного тракта – 42 (52,5%). Наиболее часто регистрировались заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки – у 30 (71,4%) больных, 8 (19%) пациентов получали лечение по поводу хронических гепатитов различной этиологии, что делает проблематичным назначение БПВП и ГИВП. Остеоартроз выявлен у 22 (36%) больных РА, преимущественно у пациентов старше 40 лет. Сахарный диабет (СД) выявлен у 6 (9,83%) больных РА, хронический аутоиммунный тиреоидит и гипотиреоз – у 8 (13,1%) больных. Респираторные заболевания встречались сравнительно редко: у 4 (6,5%) больных была диагностирована бронхиальная астма, у 3 (4,91%) больных – хроническая обструктивная болезнь легких. Индекс коморбидности коррелировал с возрастом пациентов ($r=0,78$; $p<0,05$) и частотой госпитализаций ($r=0,3$; $p<0,05$).



Выводы. Таким образом, в клинической практике у больных с хроническими воспалительными заболеваниями суставов необходимо учитывать имеющуюся коморбидность, наличие которой влияет на течение РА, снижает эффективность терапии, увеличивает частоту госпитализаций. Лечение больных РА требует взаимодействия врачей разных специальностей (кардиологов, гастроэнтерологов, эндокринологов).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Танрыбердиева Т.О., Курбанов В.А., Амандурдыева Ш.О.

Государственный медицинский университет
Туркменистана им. М. Гаррыева,
Ашхабад, Туркмения

Обоснование. Разнообразие клинических проявлений – характерная особенность системной красной волчанки (СКВ). Это, в свою очередь, создает сложности в диагностике болезни. Болезнь может начинаться одним или двумя симптомами. В активной стадии поражаются многие органы, в том числе кожа, слизистые, опорно-двигательный аппарат, легкие, почки, сердечно-сосудистая и нервная системы. По времени постановки диагноза и назначения лечения отмечаются ранняя (у больных, не получивших патогенетическое лечение) и развернутая (у больных, издавна получающих такие препараты, как глюкокортикостероиды, цитостатики или гидроксихлорохин) разновидности СКВ.

Цель исследования. Изучить особенности течения СКВ.

Материалы и методы. В отделении взрослой ревматологии Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии было обследовано 31 женщина с ранней СКВ. Средний возраст больных был $36,1 \pm 5,3$ лет. Начало болезни отмечалось в среднем в возрасте $31,7 \pm 3,4$ лет. У больных изучались особенности клинического течения, гематологические и иммунологические показатели. Активность СКВ устанавливалась по индексу SLEDAI-2K.

Результаты и обсуждение. В клинике больных ранней СКВ среди чаще встречающихся признаков отмечались поражение кожи в виде «бабочки» (67,7%), лихорадка (38,7%), лимфаденопатия (38,7%), поражение почек (32,3%), серозиты (22,6%), миалгия (29%), артралгия (25,8%), лимфаденопатия (38,7%). У всех больных anti-isDNK был больше 25 МЕ/мл. У больных ранней СКВ клинические и иммунологические критерии по SLICC встречались часто. У большинства больных патологический иммунный процесс проходил активно: высокая активность отмечалась у 10 больных (32,3%), средняя активность у 16 (51,6%) и низкая активность у 5 больных (16,1%). У всех больных титр антинуклеарного фактора (АНФ) был больше 1:160. Другие иммунологические показатели тоже были высокие: анти-дсДНК (74,2%), антитела к экстрагированным ядерным антигенам (Ro и RNP-Sm) (51,6%). Основной показатель



болезни – повышение титра АНФ – отмечается при других аутоиммунных нарушениях (аутоиммунный тиреозит, аутоиммунный гепатит), при использовании некоторых лекарственных средств (антисудорожные лекарственные средства антидепрессанты, ингибиторы α -фактора некроза опухоли). Поэтому, очень важно изучение взаимоотношения клинических признаков и иммунологических показателей.

Выводы. Изучение разнообразия клинического течения болезни не только ревматологами, но и генетиками, клиническими иммунологами играет важную роль в улучшении диагностики, лечения и прогноза ранней СКВ.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ТЕРАФЛЕКСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА

Танрыбердиева Т.О., Худайбердыева Г.Б.
Государственный медицинский университет
Туркменистана им. М. Гаррыева,
Ашхабад, Туркмения

Обоснование. Остеоартрит является одним из наиболее распространенных заболеваний суставов и встречается у 75-85% взрослых. В течение многих лет причину заболевания трактовали как изменение возраста, однако патогенез заболевания сложен и характеризуется такими местными симптомами, как локальные вывихи суставов, поражение субхондральных костей, образование остеофитов. Рентгенологические признаки заболевания возникают раньше, чем клинические. В связи с этим лечение остеоартроза является одной из важнейших проблем, стоящих сегодня перед врачами.

Цель исследования. Изучить терапевтическое действие терафлекса на суставную хрящевую ткань при лечении остеоартроза.

Материалы и методы. В отделении взрослой ревматологии Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии в течение 6 месяцев наблюдались 28 пациентов в возрасте 45-63 лет, страдающие остеоартрозом коленных и голеностопных суставов в течение 10-15 лет. Из них у 18 больных были симптомы вторичного синовита. Всем больным выполнялись рентгенограммы суставов и общеклиническое обследование. Диагноз был поставлен на основании критериев, установленных Американской ассоциацией ревматологов. Больным назначали препарат терафлекс по 500 мг 2 раза в сутки в течение 3 недель в качестве монотерапии. Затем лечение продолжали в течение 6 месяцев в дозе 500 мг. При оценке клинического эффекта препарата учитывали специфические для заболевания критерии: суставной индекс, лабораторные пробы (при вторичном синовите). У больных без симптомов синовита обезболивающий эффект выявлялся через 4-6 дней после начала лечения, а при лечении больных с симптомами синовита, в связи с недостаточностью противовоспалительного действия терафлекса 75 мг /1 раз дексалгина в сутки вводили внутривенно. В процессе лечения отмечено улучшение состояния здоровья почти всех пациентов (98%).



Результаты и обсуждение. У 90% больных гонартрозом и 92% коксартрозом на фоне терапии терафлексом выявлено клиническое улучшение, т.е. уменьшение силы и продолжительности болевого симптома, уменьшение припухлости в пораженных суставах, повышение подвижности суставов, повышение лабораторных показателей. В покое боли в суставах купировались у 57% больных гонартрозом и у 46% больных хороартрозом. Через 6 недель лечения у 40% пациентов была стабильная ремиссия, а у 30% пациентов – через 8 недель после лечения. Несмотря на то, что лечение проводилось длительное время, так как 30% больных не принимали лекарство регулярно, эффекта от лекарства не было.

Выводы. Применение препарата терафлекс в лечении больных остеоартрозом используется в качестве базисного лечения в течение 6-8 месяцев благодаря быстрому обезболивающему, противовоспалительному и реабилитационному действию на структуру суставов.

ДЕТСКАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Теплякова О.В.

Уральский государственный медицинский университет,
Медицинское объединение «Новая больница»,
г. Екатеринбург

Обоснование. Ряд современных исследований демонстрируют ассоциацию детской психотравмы с более высокой вероятностью развития аутоиммунной патологии во взрослом возрасте, что связывают с высоким уровнем провоспалительных цитокинов, их нейротоксическим эффектом и последующим развитием дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. В патогенезе фибромиалгии (ФМ) – заболевания, не имеющего аутоиммунного компонента, но сопровождающегося центральной сенситизацией, также предлагается учитывать возможность детской психотравмы: хроническая стрессовая ситуация сенсibiliзирует центральную нервную систему и приводит к развитию генерализованного болевого синдрома.

Цель. Пилотное сравнительное исследование по оценке распространенности детских психологических травм у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и ФМ.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 28 пациентов, страдающих ФМ (критерии ACR, 2016), и 12 пациентов с РА. После получения информированного согласия все пациенты заполняли опросник Adverse Childhood Experiences (ACE) [1]. Соотношение мужчин и женщин составило, соответственно, 5/23 и 1/11 человек. Результаты представлены в виде описательной статистики.



Результаты и обсуждение. Наше исследование показало, что пациенты с ФМ и РА указывают на ряд психологических детских травм. На вопрос: «Часто ли родители/ другие взрослые ругали, оскорбляли или унижали Вас в детстве?» положительно ответили 78,6% пациентов с ФМ и 75,0% с РА. Среди положительно ответивших средний ранговый показатель частоты травм (от 0 – редко, до 4 – очень часто) составил 2,27 балла и 1,89 балла, соответственно. В аналогичном формате представлены ответы на следующие вопросы: «Часто ли родители/другие взрослые говорили Вам о том, что могут причинить вам физическую боль?» – 53,6% и 50,0%; 2,0 и 1,5 балла; «Часто ли родители/другие взрослые толкали, хватали, шлепали или кидали что-то в Вас?» – 78,6% и 66,7%; 1,68 и 1,87 балла; «Били ли родители/другие взрослые вас когда-нибудь так сильно, что у вас остались следы или были травмы?» – 17,9% и 0%; 1,8 балла; «Часто ли мама ругала, оскорбляла или унижала Вас в детстве?» – 53,6% и 66,7%; 1,93 и 1,88 балла; «Часто ли мама кусала или била Вас ногами, кулаком или чем-то твердым?» – 17,8% и 25,0%; 1,4 и 1,33 балла. Частота положительных ответов при дихотомическом варианте ответов (да/нет) составила при ФМ и РА, соответственно: «сексуальный ласки от взрослого человека» – 10,7% и 0%; «наличие алкоголика в семье» – 39,9% и 16,7%; «семейный анамнез психического заболевания и депрессии» – 21,4% и 25,0%; «самоубийство среди членов семьи» – 7,1% и 0%; «избиение со стороны матери» – 10,7% и 0%; «нахождение членов семьи в тюрьме» – 10,7% и 0%; «развод родителей» – 35,7% и 25,0%.

Проведена оценка корреляции между показателями частоты детских психотравм и шкалами тревоги и депрессии (HADS). При ФМ умеренная связь выявлена между показателем тревоги и физическим избиением в детстве со стороны родителей (коэффициент корреляции – 0,34), а также с нахождением родственников в тюрьме (0,34); между показателем депрессии и физическим избиением в детстве (0,38), сексуальными ласками взрослого человека (0,33); злоупотреблением членами семьи наркотиками (0,56).

При РА ассоциация выявлена между показателем тревоги и оскорблениями со стороны родителей (0,30); физическими угрозами со стороны родителей (0,35); физическим избиением в детстве со стороны родителей (0,31); наличием алкоголика в семье (0,54); избиением со стороны матери (0,38); между показателями депрессии и оскорблениями со стороны родителей (0,37); физическим избиением в детстве со стороны родителей (0,68); наличием алкоголика в семье (0,41); избиением со стороны матери (0,54).

Данное исследование является пилотным и демонстрирует высокую частоту, психологических и физических травм, полученных в детстве пациентами как с ФМ, так и с РА. Отметим преждевременность обсуждения патогенеза данного наблюдения: не исключено подтверждение теории сенсibilизации центральной нервной системы. Однако мы допускаем, что психика пациентов с хронической болью устроена таким образом, что происходит «застывание» на негативных ситуациях с длительным сохранением памяти на психотравмирующие события.

Выводы. Продолжение нашего исследования с участием большего числа респондентов, сравнение с группой контроля, выявление биохимических коррелятов – позволит оценить наличие связи между стрессом в детстве с развитием ревматических заболеваний.



ЛОКОМОТИВНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Тополянская С.В.^{1,2}, Романова М.А.², Вакуленко О.Н.², Елисеева Т.А.²,
Пилярова М.Х.², Бубман Л.И.², Лыткина К.А.², Мелконян Г.Г.²

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,

²Госпиталь для ветеранов войн №3,

Москва

Цель исследования. Анализ распространенности и особенностей течения локомоторного синдрома у больных гериатрического отделения стационара.

Материалы и методы. В одномоментное исследование включено 58 пациентов (43 женщины и 15 мужчин) гериатрического отделения многопрофильного стационара. Средний возраст больных достигал 82,7±5,9 лет (75-96 лет). Проводили комплексную гериатрическую оценку, включающую опросник «Возраст не помеха», индекс Бартел базовой активности в повседневной жизни, шкалу IADL инструментальной активности и шкалу падений Морсе. Заполняли опросники для оценки локомоторного синдрома – GLFS-5 и GLFS-25. Выполняли тест «2 шага».

Результаты. У 82,8% пациентов обнаружен локомоторный синдром: у 88,4% женщин и 66,7% мужчин ($p=0,05$). Локомоторный синдром диагностирован у всех долгожителей, у 82,7% больных 80-89 лет и у 75% пациентов 75-79 лет. Основной причиной локомоторного синдрома были дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике и суставах, наблюдавшиеся у всех больных. Лишь у 1 больного был зарегистрирован локомоторный синдром I стадии, у всех остальных – II стадии. У пациентов с локомоторным синдромом наблюдались более низкие показатели активности в повседневной жизни (84,3±11,2 и 93,0±6,3 баллов по индексу Бартел; $p=0,01$), большая выраженность болевого синдрома по ВАШ (4,2±1,8 и 1,7±1,6 баллов; $p=0,003$) и меньшее расстояние 2 шагов (123,3±30,9 и 148,1±20,7 см; $p=0,003$). Установлены прямые корреляции между значениями шкалы локомоторной функции GLFS-5 и возрастом больных ($r=0,33$; $p=0,01$), а также выраженностью хронического болевого синдрома ($r=0,55$; $p=0,00007$). Зарегистрированы обратные взаимосвязи между показателями шкалы GLFS-5 и индекса Бартел ($r=-0,44$; $p=0,0005$), шкалы IADL ($r=-0,41$; $p=0,001$) и расстоянием, пройденном в тесте «2 шага» ($r=-0,52$; $p=0,0007$). Наблюдались обратные корреляции между значениями шкалы GLFS-25 и индекса Бартел ($r=-0,41$; $p=0,008$), шкалы IADL ($r=-0,59$; $p=0,00008$), теста «Мини-КОГ» ($r=-0,37$; $p=0,02$), а также показателями минеральной плотности костной ткани в проксимальных отделах бедренных костей ($r=-0,39$; $p=0,04$ – $r=-0,54$; $p=0,002$).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных гериатрического стационара очень часто обнаруживается локомоторный синдром, связанный с патологией опорно-двигательного аппарата. Выраженность локомоторного синдрома коррелирует с показателями функциональной активности больных, интенсивностью болевого синдрома и состоянием минеральной плотности костной ткани.



ВЗАИМОСВЯЗЬ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Тополянская С.В.^{1,2}, Елисеева Т.А.², Вакуленко О.Н.², Романова М.А.²,
Кошурников Д.С.², Бубман Л.И.², Лыткина К.А.², Мелконян Г.Г.²

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,

²Госпиталь для ветеранов войн №3,
Москва

Цель исследования. Изучение гематологических показателей и анализ их взаимосвязей с различными параметрами композиционного состава тела у долгожителей с ИБС.

Материалы и методы. Данная работа – одномоментное («поперечное») исследование, в которое было включено 245 больных старше 90 лет, госпитализированных с диагнозом ИБС; большинство из них (67,8%) составили женщины. Возраст пациентов колебался от 90 до 106 лет, составляя в среднем 92,9 (+2,5) лет. Композиционный состав тела анализировали посредством двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Результаты. У 108 (45,2%) больных была выявлена анемия, при этом средний по группе уровень гемоглобина составлял 121,8+15,9 г/л. У 196 (82%) пациентов содержание лейкоцитов в крови было в норме, у 12 (5%) отмечен незначительный лейкоцитоз (с максимальным повышением лейкоцитов до 13,9x10⁹/л), у 31 (13%) – небольшая лейкопения. Содержание тромбоцитов было в норме у 136 (57,1%) больных, у 91 (38,2%) наблюдалась тромбоцитопения, у 11 (4,6%) – незначительный тромбоцитоз. Зарегистрирована высоко достоверная прямая взаимосвязь между уровнем гемоглобина и всеми показателями МПКТ ($p=0,004-0,00002$). Аналогичные корреляции были установлены и между содержанием эритроцитов и показателями МПКТ ($p=0,1-0,005$). У пациентов с остеопорозом отмечен более низкий уровень гемоглобина ($p=0,002$) и железа крови ($p=0,02$). Абсолютные значения общей МПКТ у больных с дефицитом железа были достоверно ниже, чем у пациентов с нормальным его содержанием: 940 и 1005 мг/см³ ($p=0,04$). Аналогичные результаты получены в отношении МПКТ нижних конечностей (909 и 998 мг/см³, $p=0,03$), МПКТ верхних конечностей (733 и 803 мг/см³, $p=0,043$) и МПКТ ребер (582 и 626 мг/см³, $p=0,02$). При анализе взаимосвязей между параметрами жировой ткани и показателями гемопоэза обнаружены достоверные прямые корреляции между гемоглобином и общей массой жировой ткани ($r=0,19$, $p=0,01$), а также жиром туловища ($r=0,23$, $p=0,001$) и тенденция к значимой взаимосвязи с жиром верхних конечностей ($r=0,14$, $p=0,05$). Установлена прямая корреляция между уровнем гемоглобина и отношением жира в туловище к общему содержанию жира ($r=0,22$, $p=0,002$) и обратная корреляция с отношением жира нижних конечностей к общему содержанию жира ($r=-0,19$, $p=0,008$) и отношением жира конечностей к жиру в туловище ($r=-0,20$, $p=0,005$). У больных с ожирением выявлен более высокий уровень гемоглобина ($p=0,007$), эритроцитов ($p=0,03$), лейкоцитов ($p=0,04$), лимфоцитов ($p=0,01$) и моноцитов ($p=0,05$). При увеличении содержания гемоглобина в эритроците наблюдались



более высокие показатели тощей ткани: для общего содержания тощей ткани – $r=0,20$, $p=0,006$, для тощей ткани туловища – $r=0,19$, $p=0,01$, для тощей ткани нижних конечностей – $r=0,17$, $p=0,02$, для тощей ткани верхних конечностей – $r=0,24$, $p=0,001$. Вместе с тем зарегистрирована прямая взаимосвязь между числом тромбоцитов и показателями жировой ткани ($p=0,04-0,00006$) наряду с обратной корреляцией между тромбоцитами и показателями МПКТ ($p=0,04-0,2$) и тощей ткани ($p=0,001-0,0004$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о значимых взаимосвязях между параметрами композиционного состава тела с одной стороны и гематологическими показателями – с другой у долгожителей с ИБС.

РОЛЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Тополянская С.В.^{1,2}, Елисеева Т.А.², Вакуленко О.Н.², Пилярова М.Х.²,
Романова М.А.², Бубман Л.И.², Лыткина К.А.², Мелконян Г.Г.²

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,

²Госпиталь для ветеранов войн №3,

Москва

Основная цель настоящего исследования заключалась в изучении распространенности бессимптомной гиперурикемии и анализе возможных взаимосвязей между повышенным уровнем мочевой кислоты и различными патологическими состояниями 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 хронической болезни почек V ст., злокачественные новообразования в активной фазе, любые хронические воспалительные заболевания. В исследование включено 475 больных, средний возраст которых составил $88,3 \pm 5,1$ 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 $392,6 \pm 127,4$ мкмоль/л, в то время как у пациентов без ХСН – $333,6 \pm 99,7$ мкмоль/л ($p=0,00001$). При наличии гиперурикемии значительно чаще диагностировали и фи-



бриллиацию 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 ($p=0,0001$). 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; $p=0,004$). 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 ($p=0,000008$). У долгожителей взаимосвязь между гиперурикемией и СКФ была более значимой ($r=-0,4$; $p=0,000001$), чем у лиц моложе 90 лет ($r=-0,1$; $p=0,4$). 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. Вероятность обнаружения повышенного уровня ИЛ-6 у больных с гиперурикемией повышалась в 9,7 раза (ОШ=9,7; 95% ДИ=1,9-50,8; $p=0,003$). В группе больных с наличием остеопороза в поясничном отделе позвоночника средний уровень мочевой кислоты в крови составил 299,4 мкмоль/л, тогда как у пациентов с нормальной МПКТ – 381,1 мкмоль/л ($p=0,0004$). Вероятность нормальных значений МПКТ при гиперурикемии повышалась в 3,8 раза, по сравнению с соответствующими показателями у больных с нормальным уровнем мочевой кислоты, чаще имеющими остеопороз (ОШ=3,84; 95% ДИ=1,3-11,3; $p=0,009$). Установлена достоверная обратная корреляция между концентрацией мочевой кислоты в крови и выраженностью старческой астении ($r=-0,24$; $p=0,004$). У женщин обратная взаимосвязь между мочевой кислотой и выраженностью старческой астении была существенно больше ($r=-0,3$; $p=0,002$), чем у мужчин ($r=-0,03$; $p=0,85$). У больных с гиперурикемией выраженность старческой астении была меньше (3,98+1,3 балла), чем у пациентов с нормальным уровнем мочевой кислоты – 4,5+1,3 балла ($p=0,02$). В группе женщин данные различия были высоко достоверными (3,8 и 4,8 балла, соответственно, $p=0,0005$), по сравнению с мужчинами ($p=0,4$).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о значительной распространенности бессимптомной гиперурикемии у лиц старческого возраста и долгожителей, страдающих ИБС. Обнаружены существенные взаимосвязи между повышением уровня мочевой кислоты и развитием ряда патологических состояний, в первую очередь, хронической сердечной недостаточности и фибрилляции предсердий. Влияние гиперурикемии на различную патологию может реализовываться путем повышения уровня провоспалительных цитокинов.



СРАВНЕНИЕ ТЯЖЕСТИ ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ, ЛЕЧИВШИХСЯ С ПРИМИНЕНИЕМ И БЕЗ СТРАТЕГИИ TREAT-TO-TARGET

Тремаскина П.О., Коротаева Т.В., Логинова Е.Ю., Глухова С.И.
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Цель исследования. Оценить поражение кожи и ногтей псориазом в сравнительном аспекте у пациентов с псориатическим артритом (ПсА), получавших лечение согласно стратегии «Лечение до достижения цели» (treat-to-target, T2T) и стандартного подхода (реальная клиническая практика), с продолжительностью заболевания более 7 лет.

Материалы и методы. В исследование вошло 103 пациента (пац.). Основная группа (ОГ) – 53 пац. (28 женщин, 25 мужчин) с диагнозом ПсА, лечившихся на ранней стадии ПсА (до 2 лет) согласно стратегии T2T в течение 24 мес. В ОГ средний возраст на момент текущего исследования составил $45,7 \pm 12$ лет, длительность ПсА – 90 [72; 99] мес. После окончания лечения по T2T на ранней стадии пациенты получали лечение «по требованию» в зависимости от активности заболевания в соответствии с клиническими рекомендациями и были обследованы спустя 7 лет течения заболевания. Контрольную группу (КГ) составили 50 человек (26 женщин, 24 мужчины), средний возраст – $43,5 \pm 12,4$ года, средняя продолжительность ПсА – 72 [65; 102] мес. Пациенты КГ проходили лечение до момента включения в исследование по месту жительства (реальная клиническая практика). В ходе текущего наблюдения все пациенты прошли стандартное ревматологическое клиническое обследование, включая определение индекса активности DAPSA, оценку псориаза кожи по шкале BSA (%) и оценку наличия псориаза ногтей. Было определено количество пациентов (в %), у которых была достигнута минимальная активность заболевания (МАЗ). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Оценивали отношение шансов (ОШ) с 95%-ным доверительным интервалом (95% ДИ) для каждой переменной. Сравнение количественных данных в динамике проводили с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты. После 7-летнего наблюдения вероятность достижения МАЗ встречалась чаще в ОГ (ОШ 11; 95% ДИ 3,49 – 35,14). Достижение МАЗ в ОГ было выявлено у 49% (26%), когда в КГ было достигнуто у 4% (8%) пац. Вероятность достижения легкой степени тяжести кожного псориаза (BSA менее 3%) и отсутствие поражений ногтей псориазом были одинаковыми в обеих группах: BSA менее 3% (ОШ 1,41; 95% ДИ 0,62-3,16), отсутствие псориаза ногтей (ОШ 1,55; 95% ДИ 0,66-3,61). При анализе активности ПсА были обнаружены статистически значимые различия: Me DAPSA ОГ – 10,8 [2,7;21] и Me DAPSA КГ – 29,2 [13,2;38], $p=0,00$. При сравнении кожного псориаза в двух группах: Me BSA ОГ 1 [0,2;4] и Me BSA КГ 1 [0,5;7] различий обнаружено не было, $p=0,43$.



Выводы. Было показано, что стратегия «Лечение до достижения цели» эффективна по сравнению со стандартным лечением пациентов с ПсА в долгосрочной перспективе (наблюдение более 7 лет) при оценке активности DAPSA и MA3. Однако при длительном наблюдении лечение согласно стратегии T2T и стандартный подход (без применения стратегии) оказывали одинаковый эффект на псориазическое поражение кожи и ногтей.

РАСТВОРИМЫЕ ФОРМЫ ИНГИБИТОРНЫХ ЧЕКПОЙНТ МОЛЕКУЛ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Тыринова Т.В.¹, Сахно Л.В.¹, Ильина Н.А.¹, Чумасова О.А.¹, Ращупкин И.М.¹,
Шкаруба Н.С.¹, Федорова А.В.², Курочкина Ю.Д.², Омельченко В.О.²,
Летягина Е.А.², Королев М.А.², Сизиков А.Э.¹, Черных Е.Р.¹**

¹Научно-исследовательский институт фундаментальной и клинической иммунологии,

²Институт клинической и экспериментальной лимфологии – филиал
Института цитологии и генетики Сибирского отделения РАН,
г. Новосибирск

Ингибиторные чекпойнт молекулы, или контрольные точки иммунного ответа, определяют баланс между поддержанием аутоотолерантности и аутоиммунитетом, являясь регуляторами функции клеток иммунной системы, а также процессов их дифференцировки и продукции различных цитокинов. Несмотря на то, что чекпойнт молекулы и их ингибиторы в настоящее время наиболее активно изучаются при онкопатологии, эта группа молекул может играть важную роль в патогенезе аутоиммунных заболеваний. Многие чекпойнт молекулы экспрессируются не только на поверхности клеток, но и продуцируются в растворимой форме путем протеолитического расщепления мембраносвязанных белков или альтернативным сплайсингом. Растворимые формы ингибиторных чекпойнт молекул могут дублировать эффекты мембранных форм и проявлять ингибиторную активность или, наоборот, конкурировать с мембранными формами, препятствуя проведению ингибиторного сигнала в клетки и вызывая иммуностимулирующий эффект. Однако, роль растворимых чекпойнт молекул при аутоиммунных заболеваниях до конца не ясна.

Цель исследования. Изучение концентрации растворимых чекпойнт рецепторов PD-1 и TIM-3, а также соответствующих для них лигандов PD-L1 и галектина-9 (Gal-9) в сыворотке крови пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. В исследование было включено 56 пациент с РА в возрасте от 31 до 78 лет, в том числе 47 женщин и 9 мужчин, а также 15 здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту. Включенные пациенты соответствовали критериям Американской коллегии ревматологов/Европейского альянса ревматологических ассоциаций (ACR/EULAR), 2010 г. Высокая активность (DAS28COЭ>5,1) регистрировалась у 39% пациентов (22/56), умеренная активность РА (DAS28COЭ>3,2



и $\leq 5,1$) – у 38% пациентов (21/56), ремиссия/низкая активность РА (DAS28COЭ $\leq 3,2$) – у 23% пациентов (13/56). РФ определялся у 75% пациентов, антитела к ЦЦП – у 86% пациентов. Терапию генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП; анти-CD20 и анти-IL6-моноклональные антитела) получали 24 пациента с РА. Концентрацию растворимых форм PD-1, PD-L1, TIM-3 и Gal-9 в образцах сывороток крови пациентов и доноров определяли методом иммуноферментного анализа с помощью коммерческих тест-систем Wuhan Fine Biotech Co., Ltd. (Китай).

Результаты и обсуждение. Содержание сывороточной пары рецептор/лиганд TIM-3 и Gal-9 было сопоставимо в группах больных РА и доноров. В то же время пациенты с РА характеризовались повышенным содержанием растворимой формы рецептора PD-1 ($pU=0,004$) и соответствующего для него лиганда PD-L1 ($pU=0,03$) по сравнению со здоровыми донорами. При этом концентрация PD-1 и PD-L1 ассоциировалась с типом терапии. Пациенты, получающие стандартные базисные противовоспалительные препараты (БПВП), демонстрировали в среднем более чем в 9 раз повышенное содержание сывороточного PD-1 ($pU=0,001$) по сравнению со здоровыми донорами. В группе пациентов, длительно получающих ГИБТ, уровень сывороточного PD-1 был повышен в среднем в 1,5 раза ($pU=0,04$). При этом наиболее высокие значения были выявлены при терапии анти-IL6-моноклональными антителами ($pU=0,03$). У пациентов, получающих анти-CD20 моноклональные антитела, повышенное содержание сывороточного PD-1 регистрировалось на уровне тренда ($pU=0,15$). Содержание растворимой формы PD-L1 в сыворотке было повышенным только в группе пациентов со стандартной терапией ($pU=0,02$), тогда как при терапии ГИБП у пациентов с РА этот показатель был сопоставим с контрольными значениями в группе доноров. В группе пациентов со стандартной терапией наиболее высокие значения PD-1 были выявлены при высокой активности РА (vs доноров $pU=0,04$). Содержание лиганда PD-L1, наоборот, при высокой активности РА было наименьшим и не отличалось от донорских значений (Me 54 и 55,4 пг/мл, соответственно), тогда как при низкой активности РА отмечался тренд к повышенному содержанию PD-L1 (vs доноров $pU=0,09$).

Заключение. При РА у пациентов, получающих стандартную терапию БПВП, содержание растворимых PD-1 и PD-L1 в сыворотке крови повышено и ассоциируется с активностью заболевания. Более высокая концентрация PD-1 и сопоставимая с контрольными значениями концентрация PD-L1 при высокой активности РА может свидетельствовать о сдвиге баланса между мембранной и растворимой формами PD-1 в условиях воспаления, способствуя тем самым срыву иммунологической толерантности. При этом терапия ГИБП сопровождается менее выраженными изменениями в содержании сывороточных PD-1 и PD-L1, что может указывать на прямое или опосредованное действие данных препаратов на продукцию ингибиторных молекул. В целом, проведенное исследование позволяет рассматривать продукцию растворимых чекпойнт молекул в качестве потенциальных биомаркеров активности аутоиммунного процесса при РА, а дальнейшие исследования в этом направлении позволят выяснить возможную сопряженность этих молекул с индукцией и поддержанием стабильного ответа на проводимую терапию.

Исследование выполнено в рамках государственного задания №1022052600003-3-3.2.17.



ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ КОМОРБИДНОСТИ ОСТЕОАРТРИТА И ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Тюрин А.В.

Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа

Вопросы коморбидности остеопороза (ОП) и остеоартрита (ОА) являются объектом научного исследования в течение длительного времени, и тем не менее до сих пор высоко актуальны. По результатам крупных многоцентровых исследований отмечается сниженный шанс совместного развития данных патологий, однако более детальные исследования, в том числе на ранних стадиях остеоартрита, свидетельствуют о наличии, как минимум, общих звеньев патогенеза у данных заболеваний. Также не до конца установлена значимость уровня минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в оценке риска развития как остеоартрита, что и явилось целью нашего исследования.

В исследование были включены 231 женщина постменопаузального возраста ($61,94 \pm 7,98$ лет) с остеопорозом. Группу контроля составили 60 женщин сопоставимого возраста без снижения МПКТ и переломов. Всем пациентам было проведено измерение МПКТ в стандартных локализациях, оценка индекса массы тела (ИМТ), длительности менопаузы, уровня витамина Д, наличия ОА в целом и отдельных его локализаций. Наличие низкотравматических переломов оценивали по данным анамнеза и результатам рентгенографии костей. Критериями исключения были наличие вторичного ОП любой этиологии, отказ от участия в исследовании.

Помимо очевидных статистически значимых различий в уровнях МПКТ, обращает на себя внимание тенденции к большему ИМТ в контрольной группе ($p=0,059$) и меньшей длительности менопаузы у женщин с ОП ($p=0,065$) при несколько более высоком уровне среднего возраста ($63,66 \pm 2,14$ и $65,25 \pm 0,69$ лет). Сывороточные концентрации витамина Д были сопоставимы в исследуемых группах. Не было выявлено статистически значимых различий в частоте встречаемости ОА в целом у женщин с ОП и в контрольной группе, однако ОА коленных суставов чаще встречался в группе контроля, хотя различия носили характер тенденции ($p=0,062$), что может быть связано с малыми размерами выборки.

Далее мы провели оценку ИМТ, длительности менопаузы, уровней витамина Д, МПКТ в зависимости от наличия и локализации ОА. Женщины с сочетанием ОП и ОА были статистически значимо старше, чем женщины с изолированным остеопорозом ($67,03 \pm 1,09$ и $63,9 \pm 0,84$, $p=0,021$). При оценке возрастных различий в зависимости от локализации патологического процесса, старше были пациентки с генерализованным ОА, но различия имели характер тенденции ($p=0,059$). Индекс массы тела у женщин без остеоартрита был наименьший ($25,43 \pm 0,35$ кг/м²), что может свидетельствовать как о неблагоприятном метаболическом влиянии жировой ткани на формирование дегенеративных процессов в суставном хряще, там и повышенном разрушении хряща на фоне повышенной механической нагрузки, при этом ИМТ у женщин с ОА коленного сустава был наибольшим, различия достигли уровня статистической значимости



по сравнению с контрольной группой ($28,60 \pm 0,89$ кг/м² и $25,43 \pm 0,35$ кг/м²; $p=0,0003$). Длительность менопаузы была в целом сопоставима во всех исследованных группах, сывороточные концентрации витамина Д были в области недостаточности, а у пациенток с генерализованным ОА и ОА коленных суставов – в области дефицита ($19,51 \pm 2,06$ и $18,49 \pm 1,24$ нмоль/л), хотя различия с контрольной группой и не достигли уровня статистической значимости. Уровни минеральной плотности костной ткани в области шейки бедренной кости практически не отличались в исследованных группах, а вот МПКТ поясничного отдела позвоночника была значимо выше в группе с ОА коленного сустава ($0,86 \pm 0,07$ г/м² и $0,76 \pm 0,14$ г/м²; $p=0,00005$). Повышенная МПКТ соотносится с более высоким уровнем ИМТ у данных пациенток, выявляя эти два фактора как рискованные для развития ОА данной локализации.

В целом полученные результаты не противоречат ранее опубликованным данным и дополняют их. Первое исследование, в котором оценивалась взаимосвязь между ОА и ОП, показало, что ОА редко встречается у пациентов с переломами бедра (Foss, 1972). С другой стороны, в Роттердамском исследовании (Bergink, 2003) было установлено, что риски переломов были повышены у пациентов с рентгенологическим ОА коленного сустава. Одним из вариантов объяснения этого феномена могут быть результаты исследования Abdul-Mohamed и соавторов, в котором количественная компьютерная томография показала, что увеличение МПКТ было не общим, а региональным у пациентов с рентгенологическим ОА коленного сустава (Abdin-Mohamed, 2009). Ожирение стимулирует развитие и прогрессирование ОА путем механической нагрузки на суставы и предполагаемым неблагоприятным воздействием специфических адипокинов, вырабатываемых жировой тканью. По сравнению с людьми с нормальным весом, люди с ожирением (ИМТ >30 кг/м²) имеют в 2,5-4,5 раза повышенный риск развития ОА коленного сустава (Silverwood, 2015).

Таким образом, не было выявлено статистически значимых различий в частоте встречаемости ОА у женщин со сниженной МПКТ. У пациенток с ОА коленных суставов были выявлены повышенный уровень МПКТ поясничного отдела позвоночника и высокий ИМТ.

КОМБИНИРОВАННАЯ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ИНЪЕКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ И ПОЛИМОРБИДНОСТЬЮ

Фатенко А.С., Беляева Е.А., Кузнецова С.В.

Тульский государственный университет, медицинский институт,
г. Тула

Обоснование. Пациенты с остеоартритом и множественной коморбидностью при болевом синдроме и связанных с этим ограничениях двигательной активности, требуют эффективного и вместе с тем безопасного лечения боли во избежание дестабилизации течения сопутствующих заболеваний.



Цель исследования. Предложить эффективные схемы локальной терапии при суставных болевых синдромах различной локализации, ассоциированных с остеоартритом (ОА), у лиц с полиморбидностью, используя препараты для локальной терапии, не имеющие противопоказаний при сердечно-сосудистых заболеваниях (в том числе после перенесенного инфаркта миокарда и чрезкожного коронарного вмешательства, ишемического инсульта), сахарном диабете, онкозаболевании (после проведенного хирургического и/или комбинированного лечения), хронической болезни почек, бронхиальной астме и ХОБЛ.

Материалы и методы. Проведен анализ применяемых схем лечения с использованием препаратов гиалуроновой кислоты, полинуклеотидов и тропоколлагенов по результатам изучения медицинской документации пациентов амбулаторного приема ревматолога и ортопеда с диагнозом ОА в реальной клинической практике. Период наблюдения составил три года. Общее количество пациентов 186 (М-79, Ж-108), минимальный возраст 38 лет, максимальный – 89 лет. Все пациенты имели верифицированный диагноз остеоартрита: множественная локализация – 46, коленные суставы – 62, тазобедренные суставы – 21, голеностопные суставы и 1-е ПФС стоп – 17, плечевые суставы – 30, суставы кисти – 10. Эффективными считались схемы, при которых интенсивность боли уменьшалась более, чем на 50%, высокоэффективными – более, чем на 70% от исходных значений по ВАШ. Анализировались только те медицинские документы, в которых при каждом визите пациента фиксировалась боль по ВАШ.

Результаты и обсуждения. Схемы применения локальной терапии были следующими: при ОА коленного и тазобедренного сустава: 1) монотерапия: полинуклеотиды (ПН) внутрисуставно и периартикулярно, гиалуроновая кислота (ГиК) внутрисуставно, тропоколлаген (ТК) внутрисуставно и периартикулярно; 2) комбинированная одномоментная терапия: ПН+ ГиК внутрисуставно, ПН внутрисуставно+ ТК периартикулярно, ГиК внутрисуставно+ ТК периартикулярно, ГиК внутрисуставно+ ПН внутрисуставно+ ТК периартикулярно 3) комбинированная последовательная терапия: ПН+ ГиК+ТК / ПН+ ГиК / ПН+ТК внутрисуставно, ПН внутрисуставно+ ТК периартикулярно, ГиК внутрисуставно+ ТК периартикулярно. Количество инъекций при монотерапии варьировалось от 1-й до 5-ти, в комбинированных схемах от 2-х до 10-ти.

При ОА суставов стопы и кисти ГиК, ПН, ТК применялись внутрисуставно, как в монотерапии (2-5 введений) в область 1-го п/ф сустава стопы и 1-го ЗПС кисти, так и в последовательной терапии. Также использовалось периартикулярное введение ТК от 5 до 10 инъекций на курс.

При спондилоостеоартрите использовалось периартикулярное введение ТК (от 5-ти до 10-ти инъекций) и ПН (от 2-х до 5-ти инъекций) в монотерапии и в виде одномоментных и последовательных введений.

При ОА плечевого сустава и патологии вращательной манжеты плеча применялась: 1) монотерапия – ГиК, ПН, ТК внутрисуставно и периартикулярно; 2) одномоментная и последовательная комбинированная терапия: ГиК+ТК периартикулярно, ПН+ТК периартикулярно, ПН+ГиК+ТК периартикулярно, ГиК+ ПН периартикулярно, ГиК внутрисуставно+ ТК периартикулярно, ПН внутрисуставно+ ТК периартикулярно, ГиК + ПН внутрисуставно+ ТК периартикулярно;



При ОА голеностопного сустава использовалось введение ГиК, ПН, ТК в монотерапии внутрисуставно от 2-х по 5-ти инъекций, ПН+ ГиК в комбинированной последовательной внутрисуставной терапии – 2-3 инъекции на курс.

Все схемы локальной терапии продемонстрировали эффективность в отношении снижения болевого синдрома (более, чем на 50% от исходных значений), при этом при одномоментном или последовательном применении комбинированных схем терапии (ГиК+ПН+ТК/ ГиК+ТК/ ГиК+ПН/ ПН+ТК) интенсивность боли снижалась на 70-75%. Наибольший эффект в отношении восстановления подвижности коленного сустава оказала методика совместного применения внутрисуставного введения ГиК и /или ПН+ введение ТК периартикулярно.

По скорости наступления эффекта на первом месте оказалась комбинированная одномоментная терапия, однако, этот вариант лечения имел самую высокую стоимость и применялся у малого количества пациентов (28 человек – 14,8%). В отдаленном периоде эффективность комбинированных одномоментных и последовательных схем по обезболивающему эффекту и влиянию на функцию сустава была сопоставима.

Ни один пациент не отказался от локальной инъекционной терапии по причине ухудшения течения сопутствующих заболеваний.

Выводы. Эффективность схем комбинированной и последовательной локальной терапии ОА была сопоставима, ведущую роль в разработке схем терапии имеет правильный топический диагноз. Показано синергическое действие тропоколлагенов, полинуклеотидов и гиалуроновой кислоты.

ФАКТОРЫ РИСКА ПОДАГРЫ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Филимонова О.Г., Терешко И.А., Чеченева И.А.

Кировский государственный медицинский университет,
г. Киров

Заболеваемость подагрой выросла за последние 50 лет во многих странах мира, что связано с увеличением частоты сопутствующих состояний, связанных с гиперурикемией, таких как ожирение, артериальная гипертензия, гипертриглицеридемия, гиперхолестеринемия, сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром, хроническое заболевание почек и почечная недостаточность. К дополнительным причинам относятся использование лекарственных средств, повышающих риск развития гиперурикемии (например, тиазидные диуретики, ацетилсалициловая кислота в низкой дозе или их комбинация). В случае осведомленности пациента о наличии и взаимосвязи у него модифицируемых и немодифицируемых факторов риска, он способен вести контроль за состоянием своего организма и предотвратить возникновение ассоциированного с ними заболевания.



Цель исследования. На основании имеющихся у пациентов факторов риска выявить предрасположенность пациентов к развитию подагры.

Материал и методы. Обследовано 50 пациентов различных медицинских учреждений г. Кирова. Из них женщин 30 и мужчин 20. Все пациенты были опрошены с целью выявления факторов риска: фиксировались антропометрические данные (рост, вес, объем талии и бедер), возраст; информированность об уровне мочевой кислоты и липидов в организме; особенности продуктов питания в рационе, а также вид и количество употребляемого алкоголя; препараты, принимаемые на постоянной основе; факт наличия подагры у членов семьи. Для анализа результатов анкетирования обследуемые были разделены на 2 группы по полу: мужчины и женщины, а также на 2 группы по возрасту: до 50 лет (включая 50 лет) и старше 50 лет.

Результаты и обсуждение. Среди опрошенных пациентов преобладали женщины (60%). Средний возраст респондентов составил $50 \pm 0,76$ лет. Индекс массы тела в среднем соответствовал абдоминальному ожирению и был выше у мужчин ($p < 0,05$). У 32% людей до 50 лет включительно и у 20% старше 50 лет – избыточная масса тела. При сопоставлении частоты встречаемости ожирения в зависимости от возраста выявлено, что у людей старше 50 лет достоверно чаще встречается фактор риска – абдоминальное ожирение ($p < 0,001$).

43,3% женщин и 50% мужчин страдают гипертонической болезнью. Зависимости между полом и фактором риска гипертоническая болезнь не выявлено ($p = 0,5$). Однако при анализе зависимости гипертонической болезни от возраста была выявлена взаимосвязь: у людей старше 50-ти лет достоверно чаще встречается данный фактор риска ($p < 0,001$).

Употребление алкоголя с древних времен считают важным фактором риска возникновения подагры. По результатам нашего исследования 60% мужчин и 80% женщин употребляют алкоголь. Разницы между частотой встречаемости употребления алкоголя по половому признаку и возрасту выявлено не было ($p < 0,1$). Наиболее часто употребляют белое вино (32%), реже всего – шампанское и водку (по 4%). Пиво употребляет 8% опрошенных.

Заболеваниями почек страдают 5% мужчин и 13,3% женщин. Разницы между частотой встречаемости заболевания почек по полу ($p < 0,3$), а так же по возрасту ($p < 0,2$) нет. У 2% мужчин и у 2% женщин есть родственники, страдающие подагрой. Разницы между частотой встречаемости отягощенного наследственного анамнеза по подагре по половому признаку нет ($p < 0,7$).

На постоянной основе принимают диуретики/ ацетилсалициловую кислоту/ аминофиллин/ диазепам/ дифенгидрамин/ допамин/ препараты, содержащие кофеин/ препараты, содержащие витамины В12 и С/ препараты, содержащие свинец 40% мужчин, 20% женщин. Разницы между частотой встречаемости употребления вышеперечисленных препаратов на постоянной основе между мужчинами и женщинами нет ($p < 0,1$).

Красное мясо на постоянной основе употребляют 15% мужчин, 23,3% женщин, субпродукты – 5% мужчин, 3,33% женщин, морепродукты – 10% мужчин, 6,66% женщин. Кофе ежедневно в рационе у 70% мужчин, 73,3% женщин, темный шоколад/ какао – у 15% мужчин, 23,3% женщин. Разницы между частотой встречаемости употребления данных продуктов по половому признаку не обнаружено ($p > 0,05$).



Среди пациентов терапевтического профиля чаще всего встречается 3 фактора риска (38% пациентов), реже всего 9 факторов риска (2% пациентов). У мужчин максимально факторов риска – 9, у женщин – 7.

Выводы. Таким образом, наибольшую значимость в величине различий факторов риска развития подагры среди мужчин и женщин имеет факт наличия абдоминального ожирения. Люди, страдающие гипертонической болезнью, и мужчины, имеющие абдоминальное ожирение должны быть более тщательно обследованы, так как данный контингент теоретически имеет больший риск развития подагры.

ПРЕИМУЩЕСТВА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МНОЖЕСТВЕННОГО НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЗРОСЛЫХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОДНОГО ГОДА НАБЛЮДЕНИЙ

Филоненко Е.П.¹, Петухова А.А.¹, Гайдукова И.З.^{1,2}

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

²Клиническая ревматологическая больница №25,
Санкт-Петербург

Цель работы. Представить данные о результатах консервативного иммуносупрессивного лечения хронического множественного остеомиелита (ХМНО) взрослых по результатам одного года наблюдения.

Материал и методы. Из числа пациентов из СЗГМУ им. И.И.Мечникова и КРБ №25 сформирована популяция из 12 пациентов ≥ 18 лет с гистологически подтвержденным диагнозом ХМНО. Период наблюдения составил 12 ± 1 месяц. Результаты консервативного лечения ХМНО взрослых оценивали по динамике оценки пациентом боли по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ), числа рецидивов ХРМО, С-реактивного белка (СРБ), скорости оседания эритроцитов (СОЭ) в течение периода наблюдения, учитывали число случаев оперативного лечения после начала консервативной терапии.

Результаты. Характеристики пациентов: женщины 58,33%, мужчины 41,67%, возраст пациентов на момент начала исследования $37,35 \pm 15,5$ г., возраст клинического дебюта ХМНО $24,4 \pm 18,38$ г., возраст рентгенологического дебюта $26,1 \pm 17,7$ г. (M \pm SD).

Консервативное лечение проводили с применением НПВП у 12 (100%) пациентов, глюкокортикоидов у 3 (25%), сульфасалазина (2-3 г/сут) у 4 (33,3%), метотрексата (15-25 мг/нед) у 1 (8,3%), микофенолата мофетила (1-3 г/сут) у 1 (8,33%); лефлуномида (20 мг/сут) у 1 (8,33%), золендроновой кислоты (5 мг/6 мес) у 2 (16,67%), паминдроновой кислоты (90 мг/12 мес) у 1 (8,33%), адалимумаба (40–80 мг/2 нед) у 2 (16,67%), инфликсимаба (5 мг/кг/8 нед) у 2 (16,67%), голимумаба (50 мг/4 нед) у 1 (8,33%) пациентов. У 6 (50%) пациентов консервативное лечение у было начато после повторных лечебных костных резекций, рецидивы после которых наблюдались у 100% прооперированных.



После начала консервативного лечения ХМНО хирургическое лечение не получал ни один пациент. Показатели активности ХМНО до лечения и после лечения ($M \pm SD$) составили: боль, ВАШ (0–10 баллов) $5,2 \pm 1,64$ и $1,25 \pm 0,96$, число рецидивов заболевания в год 12,0 и 3,0; СРБ $57,1 \pm 35,12$ и $5,61 \pm 2,22$ мг/л; СОЭ $36,91 \pm 30,16$ и $5,61 \pm 2,22$ мм/ч соответственно ($p \leq 0,05$ для всех).

Заключение. Консервативное лечение с применением иммуносупрессивной терапии позволяет достичь контроля над активностью ХМНО в краткосрочной перспективе.

РЕДКАЯ ФОРМА МИОЗИТА: БРАХИО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ МИОПАТИЯ

**Хелковская-Сергеева А.Н., Гарзанова Л.А., Коломейчук А.А.,
Ананьева Л.П., Шаяхметова Р.У.**
НИИР им. В.А. Насоновой,
Москва

Брахио-цервикальная воспалительная миопатия – описание группы 23 пациентов.

Брахио-цервикальная воспалительная миопатия (БЦВМ) – редкий вариант аутоиммунного миозита, характеризующийся уникальным паттерном распределения мышечной слабости с высокой частотой поражения аксиальной мускулатуры, мышц разгибателей шеи с развитием симптома «вислой шеи».

Цель. Описать течение болезни у пациентов с БЦВМ.

В исследование включено 23 пациента (12%) с БЦВМ из группы 191 пациента с воспалительными миопатиями. Средний возраст больных был $52 \pm 14,5$ года, 16 (69,6%) пациентов – женщины. Медиана длительности заболевания составила 18 [12;48] месяцев. Медиана периода наблюдения – 14 месяцев [5-28].

Результаты. Среди пациентов с БЦВМ 18 (78,3%) имели склеромиозит, 2 (8,7%) сочетание миозита и ревматоидного артрита, 1 (4,3%) – миозит и системную красную волчанку и 2 (8,7%) пациента с изолированной БЦВМ. Клинические признаки синдрома Шёгрена имели место у 6 (25%) пациентов.

Симптом «вислой шеи» выявлялся у 12 (52,2%) пациентов, слабость аксиальной мускулатуры у 18 (78,2%), у всех больных была слабость в мышцах плечевого пояса, в мышцах тазового пояса у 16 (69,6%), 2 (8,7%) имели слабость в мышцах предплечий (в разгибателях пальцев) и у 1 (4,3%) пациентки имела место слабость в мышцах голени (в передних большеберцовых мышцах). Медиана мануального мышечного теста 8 мышечных групп составила 50 [44-62] (нормальное значение 80). Медиана уровня креатинкиназы была 1854 Ед/л [600-3100] (нормальный уровень 24-195 Ед/л), у 2-х больных (8,7%) уровень КФК оставался в норме.

Умеренная орофарингеальная дисфагия развилась у 16 (69,6%), у 4 (17,4%) – дисфагия имела жизнеугрожающий характер.



Внемышечные проявления. Основным кожным проявлением была «рука механика» – 9 (39%). Типичная для дерматомиозита сыпь была лишь у 3 (13%) больных, субклиническая эритема Готтрона – у 4 (17,4%) больных.

Синдром Рейно наблюдался у 18 (78,3%) пациентов, у 12 (52,2%) – артрит.

Интересно, что у пациентов с БЦВМ отмечалась высокая частота поражения сердца и легких. Так, у 12 (52,2%) больных развился миокардит, у 9 (39,1%), – аритмия, и у 12 (52%) – интерстициальное поражение легких.

Ни у одного из больных за время наблюдения не было зафиксированного текущего онкологического заболевания.

Иммунологические нарушения: 10 (43,5%) пациентов были позитивными по anti-PM/Scl, 6 (26,1%) по anti – Ku антителам, у 4-х больных выявлялся положительный ревматоидный фактор 4 (17,4%), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду у 2 (8,7%), a-Ro 60 или a-Ro52 были выявлены у 6 (26%), a-ДНК у 1 (4,3), a-La у 2 (8,7%); 22 (95,7%) больных имели высокий титр АНФ HEp-2 – $\geq 1/640$.

Все пациенты получали пероральные глюкокортикоиды, 8(34,8%) – внутривенный иммуноглобулин в различных дозах, 18 (78,3%) – иммуносупрессанты, 16 (69,6%) – ритуксимаб. У 8 (34,8%) из 20 пациентов ответ на лечение был хорошим, у 11 (47,8%) – неполный, с формированием стойкого двигательного дефицита и у 1 (4,3) – прогрессирование мышечной слабости.

5 (21,7%) пациентов умерло, 2 из-за осложнений дисфагии, 1 от острой сердечной недостаточности, 1 – от коронавирусной пневмонии и 1 по неизвестной причине.

Обсуждение. БЦВМ редкая форма миозита с выраженной слабостью мышц плечевого пояса, мышц разгибателей шеи и аксиальной мускулатуры, высокой частотой дисфагии, вовлечения легких и сердца, и неполным ответом на иммуносупрессивную терапию. Не ассоциируется со злокачественными новообразованиями. Это заболевание сложно диагностируется ввиду нетипичного для полимиозита распределения мышечной слабости. В большинстве случаев БЦВМ является частью перекрестного синдрома с системной склеродермией, с высокой частотой выявления anti-PM/Scl и anti – Ku антител.

БРАХИО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ МИОПАТИЯ – ОПИСАНИЕ ГРУППЫ 23 ПАЦИЕНТОВ

Хелковская-Сергеева А.Н., Гарзанова Л.А., Коломейчук А.А.,

Ананьева Л.П., Шаяхметова Р.У.

НИИР им. В.А. Насоновой,

Москва

Брахио-цервикальная воспалительная миопатия (БЦВМ) – редкий вариант аутоиммунного миозита, характеризующийся уникальным паттерном распределения мышечной слабости с высокой частотой поражения аксиальной мускулатуры, мышц разгибателей шеи с развитием симптома «вислой шеи».



Цель. Описать течение болезни у пациентов с БЦВМ. В исследование включено 23 пациента (12%) с БЦВМ из группы 191 пациента с воспалительными миопатиями. Средний возраст больных был 52 ± 14.5 года, 16 (69,6%) пациентов – женщины. Медиана длительности заболевания составила 18 [12; 48] месяцев. Медиана периода наблюдения – 14 месяцев [5-28].

Результаты. Среди пациентов с БЦВМ 18 (78,3%) имели склеромиозит, 2 (8,7%) сочетание миозита и ревматоидного артрита, 1 (4,3%) – миозит и системную красную волчанку и 2 (8,7%) пациента с изолированной БЦВМ. Клинические признаки синдрома Шёгрена имели место у 6 (25%) пациентов. Симптом «вислой шеи» выявлялся у 12 (52,2%) пациентов, слабость аксиальной мускулатуры у 18 (78,2%), у всех больных была слабость в мышцах плечевого пояса, в мышцах тазового пояса у 16 (69,6%), 2 (8,7%) имели слабость в мышцах предплечий (в разгибателях пальцев) и у 1 (4,3%) пациентки имела место слабость в мышцах голени (в передних большеберцовых мышцах). Медиана мануального мышечного теста 8 мышечных групп составила 50 [44-62] (нормальное значение 80). Медиана уровня креатинкиназы была 1854 Ед/л [600-3100] (нормальный уровень 24-195 Ед/л), у 2-х больных (8,7%) больных уровень КФК оставался в норме. Умеренная орофарингеальная дисфагия развилась у 16 (69,6%), у 4 (17,4%) – дисфагия имела жизнеугрожающий характер. Внемышечные проявления. Основным кожным проявлением была «рука механика» – 9 (39%). Типичная для дерматомиозита сыпь была лишь у 3 (13%) больных, субклиническая эритема Готтрона – у 4 (17,4%) больных. Синдром Рейно наблюдался у 18 (78,3%) пациентов, у 12 (52,2%) – артрит. Интересно, что у пациентов с БЦВМ отмечалась высокая частота поражения сердца и легких. Так, у 12 (52,2%) больных развился миокардит, у 9 (39,1%), – аритмия, и у 12 (52%) – интерстициальное поражение легких. Ни у одного из больных за время наблюдения не было зафиксированного текущего онкологического заболевания. Иммунологические нарушения: 10 (43,5%) пациентов были позитивными по anti-PM/Scl, 6 (26,1%) по anti – Ku антителам, у 4-х больных выявлялся положительный ревматоидный фактор 4 (17,4%), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду у 2 (8,7%), a-Ro 60 или a-Ro52 были выявлены у 6 (26%), a-ДНК у 1 (4,3), a-La у 2 (8,7%); 22 (95,7%) больных имели высокий титр АНФ HEp-2 – $\geq 1/640$ Все пациенты получали пероральные глюкокортикоиды, 8 (34,8%) – внутривенный иммуноглобулин в различных дозах, 18 (78,3%) – иммуносупрессанты, 16 (69,6%) – ритуксимаб. У 8 (34,8%) из 20 пациентов ответ на лечение был хорошим, у 11 (47,8%) – неполный, с формированием стойкого двигательного дефицита и у 1 (4,3) – прогрессирование мышечной слабости. 5 (21,7%) пациентов умерло, 2 из-за осложнений дисфагии, 1 от острой сердечной недостаточности, 1 – от коронавирусной пневмонии и 1 по неизвестной причине.

Обсуждение. БЦВМ редкая форма миозита с выраженной слабостью мышц плечевого пояса, мышц разгибателей шеи и аксиальной мускулатуры, высокой частотой дисфагии, вовлечения легких и сердца, и неполным ответом на иммуносупрессивную терапию. Не ассоциируется со злокачественными новообразованиями. Это заболевание сложно диагностируется ввиду нетипичного для полимиозита распределения мышечной слабости. В большинстве случаев БЦВМ является частью перекрестного синдрома с системной склеродермией, с высокой частотой выявления anti-PM/Scl и anti – Ku антител.



ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА С ОСТЕОАРТРИТОМ (ОА)

Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет,
г. Ставрополь

Цель. У пациентов, имеющих сочетание сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и ОА, из-за потенциальных взаимных влияний повышен риск прогрессирования каждого из них. Так как ренин-ангиотензиновая система (РАС) контролирует не только артериальное давление, но и рецепторы ангиотензина II типа 1 (AT1R) и типа 2 (AT2R), имеющиеся в хондроцитах, чаще всего наблюдается сочетание ОА и артериальной гипертензии (АГ). Системное воспаление, которое помимо ОА, характерно и для ССЗ, может способствовать коморбидности этих патологий. Представлялось интересным изучить противовоспалительное влияние ингибиторов РАС у пациентов с коморбидным ОА.

Материалы и методы. Проведен анализ данных отечественных и зарубежных клинических исследований, в которых оценивали влияние ингибиторов АПФ (иАПФ) и сартанов (АРА2) на маркеры воспаления: С-реактивный белок (СРБ), интерлейкин-6 (ИЛ-6), фактор некроза опухоли-альфа (ФНО- α) и новый медиатор воспаления интерлейкин -29 (IL-29), который индуцирует деградацию коллагенов и агреганов типа 2 в хряще.

Результаты. Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), показали, что иАПФ против плацебо достоверно снижали уровни СРБ, ИЛ-6 и ФНО- α . Снижение показателей СРБ при лечении иАПФ было особенно значимым при применении эналаприла ($p=0,006$) и периндоприла ($p=0,01$) при продолжительности лечения до 24 недель у пациентов с ОА и ишемической болезнью сердца (ИБС). АРА2 продемонстрировали достоверное снижение только уровня ИЛ-6 и не оказали существенного влияния на уровни СРБ и ФНО- α . В исследовании Liu Y и соавт. (2021 г.) установлено, что олмесартан подавляет вызванную IL-29 экспрессию ингибитора каппа-В а (IKBa) и ядерную транслокацию ядерного фактора каппа а-В (NF-kB), и оказывает защитное действие на IL-29-индуцированную деградацию коллагена 2 типа в хондроцитах человека.

Вывод. В соответствии с имеющимися клиническими исследованиями, иАПФ (особенно эналаприл и периндоприл) продемонстрировали благоприятное влияние на маркеры воспаления в виде снижения уровней СРБ, ИЛ-6 и ФНО- α . АРА2 были эффективными в снижении уровня ИЛ-6. Олмесартан оказывал защитное действие на IL-29-индуцированную деградацию коллагена 2 типа в хондроцитах человека. Перечисленные противовоспалительные эффекты действия препаратов, влияющих на РАС, необходимо учитывать при выборе терапии коморбидных пациентов с ССЗ и ОА.



ОСТЕОАРТРОЗ И ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Худайбердыева Г.Б., Танрыбердиева Т.О., Аллабердиев А.А.

Государственный медицинский университет Туркменистана им. М. Гаррыева,
Ашхабад, Туркмения

Обоснование. Остеоартроз (ОА) представляет собой хроническое, медленно прогрессирующее заболевание суставов, проявляющееся дегенеративными изменениями хряща, а в последующем костных суставных поверхностей и подлежащей кости, при этом формируются краевые остеофиты и деформация сустава. ОА является третьим по распространенности заболеванием в некоторых странах после ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярных заболеваний. По данным ВОЗ ОА регистрируется у 6,4 – 12% населения планеты. Преобладают женщины в возрасте 40-45 лет. В возрасте 60 лет и старше различные проявления ОА присущи практически всему населению. Среди факторов риска заболевания выделяют: женский пол, избыточную массу тела, возраст старше 50 лет, эндокринные и метаболические расстройства, хроническую перегрузку и травмы суставов. Кроме того, немаловажное значение отводится сопутствующей патологии, среди которой выделяют болезни, такими как артериальная гипертензия (АГ), ИБС, сахарный диабет и другие, течение которых сопровождается нарушением кальциевого обмена, репарации кости, избыточной нагрузкой на суставы.

Цель исследования. Изучение особенностей течения АГ и остеоартроза.

Материалы и методы. В отделении взрослой ревматологии Госпиталя с научно-клиническим центром Кардиологии нами проведено обследование у 31 больных с ОА в сочетании с АГ, средний возраст обследованных составил (47±4,5) лет. Длительность заболевания по ОА превышала 7 до 12 лет, АГ регистрировалась в сроке от 3 до 19 лет. Диагноз гипертонической болезни устанавливали согласно рекомендаций экспертов ВОЗ по поражению органов мишеней. Так же, использовали рентгенологическую классификацию Kellgren-Lawrence, выделяющую 4 стадии остеоартроза. Группа контроля была представлена 20 больными с АГ, которые были сопоставимы с основной группой пациентов по возрасту, полу, стадии гипертонической болезни и длительности анамнеза. В дополнение к общим диагностическим критериям измеряли уровень кальция (Ca⁺⁺) в сыворотке крови и оценивали минеральную плотность кости с помощью остеоденситометрии. Больные предъявляли жалобы на механические боли, возникающие во второй половине дня и усиливающиеся при физической нагрузке. Такая характерная боль наблюдалась у всех больных, но в разных суставах в зависимости от локализации. Результаты и обсуждение. Monoартрит у наших больных выявлен не был. Стартовые боли в начале дня, продолжающиеся не более 15-30 мин, регистрировались у 29 больных (93,5), периодические заклинивание и блокаду сустава отметили 11 лиц (35,4%), крепитацию при движении – 27 (87%), затруднение спуска по лестнице – 21 (67,7%). Деформация суставов различной степени выраженности регистрировалась у всех больных: при этом рентгенологические изменения у 15 из них соответствовали 1-й стадии, у 21 – 2-й и у 3-х – 3-й стадии по Kellgren-Lawrence. Клинические нарушения функции суставов у 13-ти больных



соответствовали 1 степени, у 29-ти - 2-й и у 3-х - 3-й степени. Необходимо отметить, что поступление в стационар в большинстве случаев (27 больных) было связано с усилением болевого суставного синдрома. Усиление болей изменяло качество жизни больных – нарушался сон, трудоспособность, повышалась местная (15 больных) температура. Возникающий дискомфорт сопровождался повышением артериального давления (АД). У 12 больных при поступлении в стационар преобладали жалобы, обусловленные повышением АД, однако суставные проявления дополняли клиническую картину. У всех обследуемых отмечалось снижение данного показателя – уровня кальция в сыворотке крови, особенно отмечалась в группах 2-й степени АГ сочетанного с остеоартрозом. При остеоденситрическом обследовании у лиц в контрольной группе не выявлено изменения минеральной плотности костной ткани, симптомов остеопении у больных с I стадией АГ (T-Score=-2,1), II стадии АГ с ОА (T-Score=-2,5), что соответствует симптомам остеопороза. Эти показатели свидетельствуют о том, что пациенты исследуемой группы имеют повышенный риск переломов вследствие изменения минеральной плотности костной ткани.

Выводы. У больных с артериальной гипертензией, при ее сочетании с остеоартрозом наблюдаются изменения в кальциевом метаболизме с гипокальциемией и снижением минеральной плотности костной ткани в зависимости от длительности перехода остеоартроза. В тоже время сочетание АГ и ОА усугубляет течение обоих заболеваний и усиливает нарушение кальциевого обмена. Поэтому необходимо проводить компенсаторные мероприятия в лечении таких больных.

ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ПАЦИЕНТОМ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Цветкова О.Г.

Медицинское объединение «Новая больница»,
г. Екатеринбург

Несмотря на проводимую терапию, около трети пациентов с остеоартритом коленного сустава (ОА КС) продолжают испытывать боль. Хроническая боль часто определяет качество жизни пациента с ОА КС. На ее восприятие влияет множество факторов, в том числе степень катастрофизации боли, наличие/отсутствие аффективных расстройств, выбор совладающей стратегии поведения. Данные факторы могут усиливать болевой стимул, способны создавать чувство беспомощности в контексте проблемной ситуации.

Цель исследования. Оценка уровня катастрофизации боли и ее ассоциации со степенью аффективных расстройств и выбором ведущей копинг-стратегии у пациентов с ОА КС.

Материалы методы. В исследование включено 30 женщин в возрасте от 40 до 85 (средний возраст 62,6 года). Диагноз ОА КС устанавливали на основании критериев Altman R, et al, 1986, включающих жалобы, данные объективного и инструментального исследования суставов. В представленной выборке I стадия ОА была установлена у 4



(13%) пациентов, II – у 21 (70%), III – у 5 (17%) пациентов. Кроме того, учитывалась давность заболевания, степень выраженности боли в покое и при движениях (визуальная аналоговая шкала - ВАШ), общая оценка состояния здоровья (ВАШ) пациентом. Исследуемому предлагалось ответить на вопросы шкалы катастрофизации боли (PCI), опросника эмоционально-аффективной сферы HADS, боли Мак-Гилла, копинг-стратегий Р. Лазаруса. Результаты представлены в виде медианы и 25, 75 перцентилей.

Результаты и обсуждение. При оценке уровня катастрофизации оказалось, что в первый квартиль (первая группа) – минимальные отклонения (0-13 баллов по шкале PCI) вошли 12 (30%) пациенток, во второй квартиль – вторая группа (14 – 26 баллов): 13 (43%) пациенток, суммарно в третий и четвертый – третья группа (27 и более баллов): 5 (17%) пациенток. Степень катастрофизации не зависела от длительности заболевания, рентгенологической степени ОА, индекса массы тела.

При сопоставлении уровня катастрофизации со степенью аффективных расстройств оказалось, что с показателем тревоги коэффициент корреляции составил $R=0,27$, а с показателем депрессии – $R=0,25$. Нами установлено, что показатель катастрофизации боли у пациентов с ОА КС имеет достоверную связь со степенью выраженности болевого синдрома (оцененную пациентом по шкале Мак Гилла): $R=0,5$, $p<0,05$.

С нашей точки зрения, важным является выявление зависимости между показателем катастрофизации и характеристиками боли в коленном суставе по шкале Мак-Гилла. Так по психической шкале пациенты первой группы выбрали в среднем 2,5 характеристики, их выраженность составила в среднем 1,6 (1,0;1,8); второй группы 2,5 и 1,2 (1,0;5,0), соответственно; третьего и четвертого квартиля – 4,0 и 1,8 (1,6;2,0), соответственно (различия между группами недостоверны). Выраженность боли с помощью опросника Мак-Гилла среди пациентов первой группы составила 2,0 балла; второй – 2,5 балла; третьей – 3,4 балла, соответственно. В свою очередь, качественные характеристики боли показали, что пациенты первой группы указали на наличие в среднем 4,1 характеристики, их выраженность составила в среднем 3,0 (2,7;4,4); второй группы – 5, 4 и 3,7 (2,7;4,6), соответственно; третьей группы – 12,2 и 6,5 (6,3;7,3), соответственно. Различия для третьей группы оказались достоверными по сравнению с первой и второй.

При выраженной катастрофизации боль чаще приобретает характеристики нейропатической: простреливает, жжет, болит от прикосновения, ощущается как ток.

В ходе проведенной работы нами установлено, что пациенты с выраженной степенью катастрофизации боли зачастую делают выбор в пользу неадаптивных стратегий совладания. Так пациенты редко используют возможность социальной поддержки, склонны к самоконтролю и самообвинению, негативизму.

Выводы. Оценка уровня катастрофизации боли у пациентов с ОА КС является необходимым инструментом в работе врача. Выраженная катастрофизация ассоциируется не только с наличием аффективных расстройств и с большей степенью боли, но и с появлением новых характеристик болевого синдрома, не свойственных изолированной ноцицептивной боли. Данный факт, а также присутствующие неадаптивные стратегии совладания указывают на необходимость включения в терапию стратегий, направленных на центральную сенситизацию, что повышает вероятность успешного лечения пациента с остеоартритом коленного сустава.



ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

Цинзерлинг А.Ю.¹, Гайдукова И.З.², Мазуров В.И.²,
Инамова О.В.¹, Петрова М.С.¹

¹Клиническая ревматологическая больница №25,

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить влияние гиперурикемии (ГУ) на клинические, лабораторные и иммунологические аспекты спондилоартритов (СпА).

Материалы и методы. На основании ревматологического регистра Санкт-Петербурга (2000-2020 гг.) сформированы и ретроспективно проанализированы две сопоставимые по возрасту группы больных: группа больных СпА с ГУ (n=96), и группа больных СпА без ГУ (n=106). В анализ включали пациентов с аксиальным спондилоартритом (АксСпА; по критериям ASAS, 2009), анкилозирующим спондилитом (АС; по Нью-Йоркским критериям, 1984) и периферическим спондилоартритом (ПерСпА; по критериям ASAS, 2009). ГУ регистрировали при уровне мочевой кислоты (МК) в крови ≥ 360 мкмоль/л в ≥ 2 тестах с интервалом ≥ 1 месяц при отсутствии подагрического артрита. Статистический анализ проводили с помощью пакета программ SOFA, version 1.5.4.

Результаты. Пациенты со СпА и ГУ были старше ($45,46 \pm 15,41$ и $37,94 \pm 13,36$ г.; $p < 0,001$) пациентов со СпА без ГУ. По полу группы были сопоставимы (преобладали лица мужского пола – 73,96 и 74,53% соответственно). Уровень МК был выше ($p = 0,02$) у мужчин ($393,97 \pm 140,48$ и $343,0 \pm 133,07$ мкмоль/л). Исходно пациенты с ГУ и без ГУ были сопоставимы по активности заболевания, определенной по индексу активности BASDAI ($4,55 [0,5; 9,8]$ и $4,19 [1,6; 8,0]$). Пациенты обеих групп получали сопоставимую терапию нестероидными противовоспалительными, базисными и генно-инженерными биологическими препаратами как в отношении доз препаратов, так и частоты назначения.

Проанализировали дебют СпА: с периферического компонента (артрит) или с аксиального (спондилит). Как у пациентов с ГУ, так и у пациентов без ГУ ПерСпА чаще ($p < 0,001$) дебютировал с периферического компонента (86,36 и 86,89%), АксСпА/АС – с аксиального поражения (73,68 и 74,36%). Частота вариантов дебюта у пациентов с ГУ и без ГУ была сопоставима, преобладал дебют с поражения осевого скелета (60,42 и 58,09%) и соответственно – АксСпА/АС (79,16 и 74,53%).

Оценены основные клинические проявления СпА, а именно – артрит, энтезит и увеит. У пациентов с ГУ значимо реже ($p = 0,04$) выявлялся артрит (60,42 и 73,58%).

В случае дебюта СпА с аксиального поражения отмечался больший ($p = 0,02$) уровень скорости оседания эритроцитов у пациентов с ГУ (24 [15; 32] и 15 [8; 25] мм/ч), чем при дебюте с периферического поражения.



Несмотря на сопоставимую частоту увеита при наличии и отсутствии ГУ, при наличии увеита уровень С-реактивного белка был выше ($p=0,04$) только у пациентов с ГУ (24 [14; 31,4] и 9,4 [9; 23 мг/л]).

По частоте носительства HLA-B27 антигена пациенты с ГУ и без ГУ были сопоставимы (68,83 и 71,88%).

Выявлена взаимосвязь негативности по ревматоидному фактору и отсутствием увеита ($p=0,01$), негативности по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП; $p=0,04$), наличием артрита и отсутствием увеита только у пациентов с ГУ.

У пациентов без ГУ при позитивности по АЦЦП отмечена меньшая активность заболевания рассчитанной по индексу BASDAI – как исходная (2 [1,9; 2,1]), так и на фоне лечения (1,1 [1; 1,2]).

В динамике на фоне лечения отмечено достоверное ($p<0,001$) снижение активности заболевания по индексу BASDAI в обеих группах; при наличии ГУ отмечено меньшее снижение активности, однако различия не были достоверны (3,1 [0,2; 6,0] и 2,75 [0,8; 4,8]; $p>0,05$)

Выводы. 1. У пациентов со спондилоартритами и гиперурикемией реже встречается и протекает с меньшей активностью периферический артрит. 2. При наличии гиперурикемии у пациентов со спондилоартритом выше активность увеита. 3. У пациентов с гиперурикемией серонегативный статус «защищает» от развития увеита, а у пациентов без гиперурикемии от большей активности заболевания «защищает» серопозитивный статус. 4. Наличие гиперурикемии может снижать эффективность терапии за счет поддержания воспаления и персистенции активности спондилоартрита. 5. Требуется проведение дальнейших исследований для уточнения взаимовлияния гиперурикемии и спондилоартритов.

ИНИЦИАЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗНОГО ОСТЕОПОРОЗА БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Шаповалова А.Б.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет,
Санкт-Петербург

Обоснование. Проблема своевременного начала терапии постменопаузного остеопороза (ПМО) по-прежнему остается актуальной. Для сохранения качества и повышения продолжительности жизни женщин работоспособного возраста необходим активный подход к диагностике и принятию решения о назначении медикаментозного лечения ПМО с учетом наличия сопутствующих метаболических нарушений.



Цель исследования. Проанализировать особенности первичной диагностики и первичного назначения медикаментозной терапии ПМО без патологического перелома (ПП) у женщин с метаболическим синдромом (МС) на амбулаторном приеме эндокринолога.

Материалы и методы исследования. Обследовано 37 женщин с впервые выявленным ПМО без ПП в сочетании с МС в возрасте от 58 до 71 года, обратившихся к эндокринологу в период с января 2022 года по июнь 2024 года. Проведено комплексное лабораторно-инструментальное обследование, в том числе рентгеновская остеоденситометрия (РОДМ), исследование фосфорно-кальциевого обмена, функции щитовидной железы (ЩЖ), показателей углеводного и липидного обмена. Полученные данные обработаны с применением современных методов вариационной статистики, корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение. Среди причин первичного обращения преобладали повышенная масса тела, ожирение, случаи заболеваний ЩЖ с различным исходным состоянием ее функции на различных этапах наблюдения и лечения. Плановые обращения по поводу сахарного диабета (СД) 2 типа отмечены в двух случаях. Адреналэктомия в анамнезе – 1 случай. Окружность талии во всех случаях превышала 80 см. Средний индекс массы тела (ИМТ) – $25,6 \pm 4,24$ кг/м кв. В 10 случаях – повышенное питание, у 6 женщин – ожирение 1 ст. и в 1 случае – ожирение 3 ст. (ВОЗ, 2003). Средний возраст естественной менопаузы – $48,51 \pm 4,17$ лет (от 38 до 54 лет) (n-32), хирургической – $45,0 \pm 1,41$ лет (n-5). Менопаузальная гормональная терапия не проводилась ни в одном случае. Более половины обследуемых длительно страдают артериальной гипертензией (АГ) (52%), из них 46% – АГ 3 степени. На момент обследования во всех случаях были достигнуты целевые значения тиреотропного гормона (ТТГ), ТТГ_{сред.} – $2,16 \pm 1,19$ мкМЕ/мл. Ср. уровень общего холестерина – $6,25 \pm 1,41$ ммоль/л, ЛПНП – $4,0 \pm 1,34$ ммоль/л, триглицеридов – $1,07 \pm 0,38$ ммоль/л, коэффициент атерогенности – $2,9 \pm 1,13$. Ср. СКФ – $80,64 \pm 9,7$ мл/мин/1,73 м кв. (СКД-ЕР1). Средний уровень глюкозы натощак – $5,42 \pm 0,55$ ммоль/л, HbA1c – $5,16 \pm 1,43\%$, инсулина натощак – $12,46 \pm 4,5$ мкЕд/л, кальция общ. – $2,43 \pm 0,07$ ммоль/л, ионизированного – $1,26 \pm 0,05$ ммоль/л. Ср. уровень 25-ОН-витамина D в сыворотке крови – $40,23 \pm 13,3$ нг/мл. Дефицит витамина D – в 1 случае, недостаточность – в 4 случаях. Случаев вторичного гиперпаратиреоза не выявлено. Данных за наличие ИБС, сердечно-сосудистые события в анамнезе не получено ни в одном случае. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей – 1 случай. РОДМ: ср. показатели T-критерия: осевой скелет – $-2,56 \pm 0,8$, (медиана $-2,7$), левое бедро – $-1,88 \pm 0,9$ (медиана $-1,9$), шейка – $-1,92 \pm 0,95$ (медиана $-1,65$), левое предплечье – $-3,08 \pm 0,93$ (медиана $-3,2$). Риск 10-летнего остеопоротического перелома оценивался в 22% случаев и составил от 8,23 до 14,22% (в среднем 9,53%). Семейный анамнез по развитию остеопоротических переломов не был отягощен ни в одном случае. Ср. возраст на момент выявления ПМО составил $62,8 \pm 4,87$ лет. Выявлена слабая положительная связь между возрастом менопаузы и выраженностью остеопороза (осевой скелет) ($r = -0,021$), умеренная отрицательная связь и слабая отрицательная связь между ИМТ и степенью остеопороза (бедро, осевой скелет) (соответственно: $r = -0,311$ и $r = -0,116$), слабая положи-



тельная связь между уровнем ТТГ и степенью остеопороза (осевой скелет - $r = 0,14$). Всем больным сразу было назначено комплексное лечение остеопороза. В большинстве случаев инициация терапии ПМО проводилась препаратом антирезорбтивного действия (деносуаб). Всем пациенткам были назначены препараты кальция в дозе не менее 1000 мг в сутки, выполнена индивидуальная коррекция дозы витамина Д, даны рекомендации по рациону питания, регулярному контролю уровней кальция на фоне медикаментозной терапии. Средний возраст на момент начала терапии ПМО составил - $63,56 \pm 3,8$ лет. В динамике рекомендован контроль РОДМ через 1-1,5 года.

Выводы. 1. В большинстве случаев РОДМ впервые проводилась более чем через 10 лет после менопаузы при обращении к эндокринологу по другому поводу. 2. Тесных корреляционных связей между возрастом наступления менопаузы, ИМТ и выраженностью остеопороза не выявлено. 3. На момент обращения у большинства пациенток имеют место клинические проявления МС, требующие коррекции. 4. Начало медикаментозной терапии ПМО без ПП было немедленным, но поздним по отношению к предполагаемой длительности заболевания. Инициация терапии проводилась препаратом деносуаб в связи с наименьшим риском побочных реакций при индивидуальном подборе лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СПОНДИЛОАРТРИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ – ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Шашко К.С.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Обоснование. Сочетание ВИЧ-инфекции и спондилоартритов (СпА) встречается у 8% носителей вируса. Несмотря на то, что наличие ВИЧ-инфекции ограничивает иммуносупрессивное лечение СпА, существуют предпосылки к применению ГИБП при ВИЧ и СпА.

Цель исследования. На основании данных литературного поиска и собственных клинических наблюдений представить данные об эффективности и безопасности ГИБТ при СпА и ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Выполнен поиск в базах РИНЦ, PubMed с применением поисковых слов «Ankylosing spondylitis», «Spondyloarthritis», «Psoriatic Arthritis» за период с 1987 по 2023 гг. Из 233 ссылок исключены статьи на языках, отличных от русского и английского, без полной версии. Проанализировано 35 статей. Представлен собственный опыт лечения 6 пациентов со СпА и ВИЧ.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто встречающимися препаратами, используемыми для лечения СпА у пациентов с ВИЧ были иФНО-альфа (76% всех представленных наблюдений): этанерцепт (92% случаев), инфликсимаб и адалимум-



маб. Число CD4-лимфоцитов при применении этанерцепта во всех наблюдениях оставалось стабильным, оппортунистических инфекций не зарегистрировано. Имеется 1 отчет об успешном лечении ВИЧ-ассоциированного псориаза адалимумабом с увеличением количества CD4 и вирусной нагрузки.

Описаны 2 случая применения устекинумаба с увеличением числа CD4-лимфоцитов и уменьшением вирусной нагрузки при улучшении течения псориаза. Описаны успешные случаи применения секукинумаба, тофацитиниба и апремиласта при ВИЧ у пациентов со СПА.

Собственный опыт применения ГИБП при ВИЧ представлен лечением ПсА у 5 пациентов (применением этанерцепта по 50 мг 1 раз в нед, подкожно) и 1 аксСпА с ВЗК – тофацитиниб (10 мг в сутки). Применение этанерцепта ассоциировалось с клинически значимым уменьшением активности кожного псориаза, числа болезненных и припухших суставов, уровня СРБ, увеличением числа CD4 лимфоцитов при отсутствии нарастания вирусной нагрузки (все пациенты получали антиретровирусную терапию), лечение тофацитинибом проведено без эффекта со стороны аксСпА без ухудшения статуса по вирусной инфекции.

Выводы. Успешное применение ГИБП при сочетании СПА и ВИЧ-инфекции при инициативе пациентка возможно при условии его применения антиретровирусной терапии ВИЧ с контролем вирусной нагрузки и иммунологического статуса.

КОНСТИПАЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ГИПЕРУРИКЕМИИ

Шемеровский К.А.¹, Трофимов Е.А.², Мазуров В.И.², Трофимова А.С.²

¹Санкт-Петербургский медико-социальный институт,

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург

Введение. Основными факторами риска повышения уровня мочевой кислоты в сыворотке крови являются следующие: генетические полиморфизмы, ожирение, злоупотребление алкоголем, жирное мясо, диуретики, хронические заболевания почек и тонкой кишки, (Драпкина О.М., Мазуров В.И., Мартынов А.И. и др., 2024). Однако связь между констипацией и уровнем гиперурикемии остается недостаточно исследованной.

Цель работы. Исследование взаимосвязей гиперурикемии с циркадианным ритмом кишечника у ревматологических пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов ревматологического профиля (26 женщин и 24 мужчины, 32-76 лет) с помощью скринингового анкетирования по тесту «Ритм кишечника и гиперурикемия». Остеоартроз выявлен у 56% пациентов, ревматоидный артрит – у 22%, анкилозирующий спондилит – у 14% и псориатический артрит – у 8% обследованных. Изучали частоту ритма кишечника (в диапазоне от 1-2 до 7 раз/неделю) и акрофазу этого ритма (момент реализации ритма дефекации



в суточном цикле). Наряду с этим определяли уровень мочевой кислоты в сыворотке крови, (гиперурикемию диагностировали при уровне >360 мкмоль/литр), индекс массы тела, а также показатели качества жизни в процентах к оптимальному, принятому за 80-100%. Пациентам проводился курс лечения слабительными средствами.

Результаты исследования. Регулярный (ежедневный) ритм опорожнения кишечника (при частоте дефекации не менее 7 раз/неделю) выявлен у 36% лиц, а нерегулярный ритм (при частоте стула от 1-2 до 5-6 раз/неделю) был диагностирован у 64% пациентов. Отсутствие оптимальной утренней акрофазы ритма кишечника было выявлено у 62% пациентов. Избыток массы тела ($26-29$ кг/м²) у лиц с ежедневным ритмом опорожнения кишечника имел место у 67% обследованных. Среди пациентов с констипацией кроме избытка массы тела (у 38% больных) было обнаружено ожирение I степени (от 30 до 35 кг/м²) – у 22% пациентов и ожирение II степени (свыше 35 кг/м²) – у 3% больных. Слабительные средства (Дюфалак, Сенаде, Гутталакс) принимали 17% лиц с ежедневным стулом (7 раз/неделю) и 47% пациентов с констипацией. Жалобы на инсомнию выявлены у 88% обследованных лиц, а дефицит сна длительностью около 3 часов – у 44% пациентов.

Среди лиц с регулярным ритмом кишечника гиперурикемия (в диапазоне 362-423 мкмоль/литр) имела место у 67% пациентов. У пациентов с констипацией гиперурикемия (в диапазоне 364-434 мкмоль/литр) была выявлена у 78% больных. Снижение уровня качества жизни (в диапазоне 20-60% от оптимального) отмечено у 72% лиц с регулярным ритмом и у 78% пациентов с констипацией.

Выводы. 1. Констипация выявлена у 64% обследованных ревматологических пациентов. 2. Ожирение наблюдалось только у 25% пациентов с констипацией. 3. Гиперурикемия (>360 мкмоль/литр) выявлена у 78% больных с констипацией. 4. Констипация имеет прямые связи с гиперурикемией.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРИТА СО СМЕШАННЫМ ФЕНОТИПОМ

Шохин А.А.¹, Трофимов Е.А.², Трофимова А.С.²

¹Северодвинская городская больница №1,
г. Северодвинск,

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Описать случай труднодифференцируемого рецидивирующего олигоартрита коленных суставов (КС), ассоциированного с профессией, и привести пример эффективной специфической терапии с применением низких доз метотрексата.

Материалы и методы. Мужчина, 36 лет, профессия – слесарь-сантехник, стаж работы 12 лет. Работа связана с длительным нахождением в вынужденных позах, чаще сидя на корточках, с повышенной нагрузкой на КС и мышцы нижних конечностей.



Предъявляет жалобы на увеличение в объеме КС, боли смешанного характера в них, ВАШ боли 30-70 мм в зависимости от положения, значимее сидя на корточках и при подъеме по лестницам вверх, а также снижение опорной функции в КС. Дебют остеоартрита (ОА) в 2017 г.: возникновение выраженного синовита левого КС, проводилась пункция сустава, эвакуация жидкости и введение бетаметазона внутрисуставно с положительной динамикой в виде разрешения синовита и регресса болевого синдрома. В дальнейшем рецидивы синовитов и артралгий учащались с каждым годом, тем не менее пациент продолжал работать по основной специальности, ежедневно используя наколенные ортезы, длительные курсы локальных и пероральных НПВС.

С 2021 г. отмечает выраженное нарастание суставного синдрома: ВАШ боли до 70 мм при нагрузке, синовиты до 5 раз за год и многократные эвакуации жидкости до 100 мл за раз из каждого КС. В это же время наблюдался у ревматолога: оценена динамика острофазовых показателей (СОЭ, СРБ), проведено комплексное обследование, в том числе иммунологическое (РФ, АНФ, АЦЦП) – критериальных данных за ревматическое заболевание не получено, продолжил наблюдаться и лечиться у травматологов с диагнозом «гонартроз». Болевой синдром с 2021 г. по 2023 г. сохранялся до 50-70 мм по ВАШ. Пациент перманентно получал локальные и пероральные НПВС, суммарно проведено более 20 пункции КС, в каждый сустав введено порядка 12 инъекций бетаметазона, одномоментные эвакуации жидкости достигали 220 мл.

Результаты. По данным МРТ КС от августа 2023 г. установлен пролиферативный синовит. В октябре повторно консультирован ревматологом. С учетом данных МРТ рекомендовано выполнение гистологического исследования синовиальной оболочки. В ноябре – артроскопия правого КС с проведением частичной резекции синовиальной оболочки. В послеоперационном периоде травматологами проведено трехкратное внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты с низким клиническим эффектом. По данным биопсии – хронический неспецифический синовит. С учетом длительных и частых рецидивов синовитов КС и данных гистологического исследования, к терапии назначен метотрексат 7,5 мг/нед в пероральной форме. В настоящее время пациент наблюдается у ревматолога со смешанным фенотипом ОА (воспалительный, хронический-болевого, ассоциированный с профессией). Через 8 недель от начала терапии метотрексатом отмечается уменьшение болевого синдрома до 30 мм, частичный регресс припухлости КС. Ввиду наличия фактора вредности «тяжесть трудового процесса», рекомендовано прохождение внеочередного освидетельствования в рамках профессиональной пригодности и дальнейшего решения вопроса о медико-социальной экспертизе.

Заключение. По данным метаанализа, с включением 526 тыс. человек, было установлено, что такие профессиональные факторы, как подъем тяжестей, приседание на корточках и восхождение по лестнице, могут увеличивать риск развития ОА коленных и тазобедренных суставов. Представленный клинический случай демонстрирует вероятную взаимосвязь заболевания и описанных выше трудовых влияний на опорные суставы. Мультидисциплинарное взаимодействие в представленном примере доказывает важность не только достижения целей терапии и реабилитации, но и уменьшения срока временной нетрудоспособности ввиду сокращения рисков, связанных с социальной уязвимостью пациента.



МУЖСКОЙ ПОЛ КАК НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Шохин А.А.¹, Трофимова А.С.², Трофимова А.С.²

¹Северодвинская городская больница №1,

г. Северодвинск

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

Санкт-Петербург

Цель работы. Описать клинический случай течения системной склеродермии у мужчины, возможности диагностики и ведения больного, а также дать прогностическую оценку дальнейшего развития заболевания с учетом гендерных особенностей.

Материалы и методы. Пациент К., 36 лет, электросварщик, поступил в ревматологическое отделение (РО) ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова с жалобами на скованность пальцев рук, их побеление, посинение и покраснение, боль в мелких суставах кистей при воздействии холода, уплотнение кожи шеи, предплечий и кистей, общую слабость. Семейный анамнез отягощен – системная красная волчанка (СКВ) у матери и родной сестры. С июля 2022 г. после перенесенной респираторной инфекции появилась фебрильная лихорадка по вечерам, нарастающие отеки стоп и голеней, появление и прогрессирование феномена Рейно (ФР), уплотнение кожи лица. Впервые госпитализирован в РО по месту жительства в г. Воронеж, где верифицирована системная склеродермия (ССД), диффузная форма, подострое течение. С учетом агрессивного развития заболевания проведена пульс-терапия метилпреднизолоном 1,5 г внутривенно на курс, начат метотрексат (МТ) 15 мг/нед и метилпреднизолон 8 мг/сут внутрь. Проводимая терапия без эффекта, в связи с чем пациент госпитализирован в РО ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Результаты. При поступлении объективно выраженное распространенное поражение кожи: индурация кистей, предплечий, лица, передней поверхности шеи, наличие дигитальных рубчиков. Кожа тыла кистей с трудом собиралась в складку. Отмечалось ограничение разгибания шеи, вызванное натяжением кожи ее передней поверхности за счет выраженного уплотнения. Кожный счет – 22 балла из 51 возможного (по шкале Rodnan). Отмечался трехфазный ФР, провоцируемый воздействием холода и эмоциональным стрессом. Умеренная болезненность при пальпации суставов кистей, разгибание в правом лучезапястном суставе ограничено до 15°, движения в суставах кистей также ограничены. Отмечено повышение уровня СРБ до 13,6 мг/л. В иммунологическом анализе крови повышение антинуклеарного фактора > 1:1280, антител к Scl70 >100 Ед/мл. На электрокардиограмме зарегистрированы фиброзные изменения нижней стенки левого желудочка, неспецифические нарушения реполяризации. При рентгенологическом исследовании обнаружена ахалазия пищевода 1-й степени. По данным эхокардиографии систолическое давление в легочной артерии повышено до 37 мм рт.ст. На компьютерной томографии легких патологии не выявлено. При капилляроскопии ногтевого ложа выявлен «активный склеродермический паттерн»: значительное количество расширенных, извитых капилляров, множественные геморрагии, а также участки



неоангиогенеза, эритроцитарные «сладжи», снижение плотности капиллярных петель. Пациенту повторно проведена пульс-терапия с применением метилпреднизолона 1,5 г и циклофосфана 1 г на курс лечения, а также смена базисной терапии на микофенолата мофетил 2 г/сут. В феврале 2023 г. выявлен недостаточный эффект от лечения: сохранялось выраженное поражение кожи, активный ФР, субфебрилитет, суставной синдром, а также лабораторная воспалительная активность (СОЭ по Вестергрену 30 мм/час, СРБ 9 мг/л). Учитывая характер течения и неэффективность базисной терапии, пациенту потребовалось введение генно-инженерной биологической терапии в варианте препарата ритуксимаб. Первые инфузии выполнены в марте 2023 года, повторно – в октябре 2023 года. На фоне лечения нормализация температуры тела, значительно уменьшились боли в суставах, слабость, отечность и уплотнение кожи (кожный счет в октябре 2023 г. – 17 баллов по Rodnan), а также частота и интенсивность атак ФР.

Заключение. В нашем наблюдении в первую очередь обращает на себя внимание совокупность множества факторов неблагоприятного прогноза течения ССД: мужской пол и отягощенный семейный анамнез по СКВ, диффузная форма и раннее развитие ФР, лабораторная активность заболевания, выраженные капилляроскопические изменения («активный склеродермический паттерн»), а также признаки легочной артериальной гипертензии. Перечисленные факторы морбидности и высокий риск летальности диктуют важность всестороннего обследования больного, а также необходимость ранней ургентной терапии, в данном случае – назначения анти-В-клеточного препарата (ритуксимаб).

ОСТЕОАРТРИТ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ

Шохин А.А.¹, Трофимов Е.А.²

¹Северодвинская городская больница №1,
г. Северодвинск

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Цель. Остеоартрит коленных суставов (ОА КС) и миофасциальный болевой синдром (МФБС) являются частыми ассоциированными состояниями. Целью данного исследования было изучение взаимосвязи между ОА КС и МФБС, а также оценка влияния МФБС на клиническое течение и эффективность терапии ОА КС.

Материалы и методы. В исследование было включено 37 пациентов (22 мужчины и 15 женщин) в возрасте от 30 до 65 лет (средний возраст 49 ± 8 лет) с ОА КС, подтвержденным рентгенологически. Исследуемые имели 1 (n=19) и 2 (n=18) рентгенологическую стадию ОА КС по Келлгрэну-Лоуренсу. Диагностика МФБС прово-



дилась на основе клинического осмотра и выявления миофасциальных триггерных точек (ТТ) в таких мышцах нижней конечности, как квадратная, подколенная, четырехглавая и икроножная. Для верификации использовались критерии, предложенные Travell и Simons, включающие в себя боль при пальпации, иррадиацию боли в смежные области и реакцию пациента. Оценка боли и функционального состояния проводилась с использованием шкалы ВАШ (Visual Analog Scale), индекса WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) и гониометрии КС. Исходные значения по шкале ВАШ составляли $56,8 \pm 28,2$ (во время отдыха) и $71,1 \pm 36,3$ (во время труда), общий показатель WOMAC на начало исследования в общей выборке составил $628,4 \pm 217,5$. Период наблюдения 6 недель.

Протокол лечения. Всем пациентам на старте исследования были даны рекомендации по образу жизни, биомеханической коррекции (обувь, стельки, ортезы, распределение нагрузки при ходьбе и подъеме тяжестей). Терапия ОА осуществлялась по действующим клиническими рекомендациями: НПВП по показаниям, SYSADOA, гимнастика. Для лечения МФБС был разработан единый протокол, включающий методы самомассажа: пациенты проводили ручной самомассаж дважды в день, акцентируя внимание на ТТ, с использованием круговых движений, растирания и надавливания на соответствующие анатомические зоны. Продолжительность каждой сессии составляла 5-10 минут на каждую область с ТТ. Кроме того, все пациенты с МФБС использовали перкуссионный массажер, что позволяло глубже воздействовать на мышцы с ТТ. Перкуссионный массаж проводился 1 раз в день, продолжительностью 3-7 минут на каждую область. Массажер использовался согласно инструкциям производителя, с регулировкой интенсивности воздействия в зависимости от ощущений пациента. В дополнение к самомассажу пациенты выполняли упражнения на растяжку и укрепление мышц, направленные на поддержание подвижности и улучшение функции КС. Упражнения проводились 3 раза в неделю по 20-30 минут.

Результаты. К концу исследования выбыло 5 пациентов ввиду их невозможности соблюдать протокол исследования, нежелательных реакция за период наблюдения зафиксировано не было. Анализ результатов показал, что наличие МФБС значительно влияло на клинические показатели и ответ на лечение ОА. Пациенты с МФБС демонстрировали более высокие уровни боли по шкале ВАШ и индексу WOMAC по сравнению с пациентами без МФБС. На конец исследования в группе с МФБС наблюдалось снижение боли во время отдыха до $31,3 \pm 17,1$, а боли во время труда – до $37,0 \pm 15,7$ по шкале ВАШ. В группе без МФБС аналогичные показатели составили $26,2 \pm 7,8$ и $33,1 \pm 9,9$ соответственно. Общий показатель WOMAC в группе с МФБС снизился до $452,6 \pm 140,2$, тогда как в группе без МФБС – до $387,4 \pm 168,7$. В группе с МФБС было выявлено в среднем 8 ± 2 активных ТТ, по сравнению с 3 ± 1 в группе без МФБС. Эти ТТ чаще всего локализовались в квадратной и подколенной мышцах. Пациенты с МФБС продемонстрировали меньшую динамику улучшения по сравнению с пациентами без МФБС, несмотря на применение аналогичных терапевтических тактик ($p < 0,05$). Корреляционный анализ показал, что количество ТТ напрямую связано с уровнем боли по шкале ВАШ ($R = 0,62$; $p < 0,01$), а наличие МФБС отрицательно коррелирует с улучшением функционального состояния по WOMAC ($R = -0,54$; $p < 0,05$) и с общей скоростью ответа на стандартные методы терапии ОА КС ($R = -0,47$; $p < 0,05$).



Выводы. МФБС значительно усугубляет симптомы ОА КС и снижает функциональную активность пациентов. Наличие МФБС связано с увеличением болевых ощущений и меньшим улучшением клинических показателей, что требует дополнительных методов лечения и коррекции, направленных на снятие миофасциальной боли. Мануальный самомассаж и использование перкуссионного массажера являются эффективными методами, которые можно рекомендовать в качестве дополнения к стандартной терапии ОА КС.

ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

**Щемелева Е.В., Скородумова Е.А., Пивоварова Л.П.,
Осипова И.В., Гончарова О.В.**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург

К настоящему времени достоверно известно, что гиперурикемия (ГУ) является сильным независимым фактором риска развития хронической болезни почек. Также появляется все больше доказательств того, что ГУ может играть значительную роль и в развитии острого повреждения почек.

Цель исследования. Оценить функцию почек у пациентов с острым коронарным синдромом и бессимптомной ГУ.

Материалы и методы. В ходе наблюдательного аналитического исследования был определен уровень мочевой кислоты у 44 больных с острым коронарным синдромом, госпитализированных в СПб НИИСП им. И.И. Джанелидзе в июне 2024 г. Средний возраст пациентов $59,9 \pm 1,8$ лет. Из них мужчин 36 (81,8%) пациентов, женщин – 8 (18,2%). Среди обследованных было выделено 28 человек с ГУ, которая определялась как повышение сывороточного уровня мочевой кислоты более 6,0 мг/дл, и 16 пациентов с нормальным уровнем мочевой кислоты сыворотки крови. Ни у одного из пациентов с ГУ анамнеза подагры не было. В обеих подгруппах определялись уровни креатинина, мочевины и цистатина С сыворотки крови, рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ в 1-е и 5-7-е сутки госпитализации. Данные статистически обработаны.

Результаты. В первые сутки госпитализации средний уровень креатинина в группах пациентов с нормоурикемией и ГУ составил $88,8 \pm 8,0$ и $104,6 \pm 12,1$ мкмоль/л ($p > 0,05$), мочевины – $6,1 \pm 0,9$ и $7,7 \pm 0,9$ ммоль/л ($p > 0,05$) и цистатина С – $1,3 \pm 0,2$ и $1,7 \pm 0,2$ мг/л ($p > 0,05$) соответственно. Средний расчетный уровень СКФ составил $80,7 \pm 5,8$ мл/мин/1,73 м² для пациентов с нормоурикемией и $73,6 \pm 4,5$ мл/мин/1,73 м² в когорте ГУ ($p > 0,05$). В период 5-7 суток госпитализации различия в уровне данных показателей, ха-



рактизирующих экскреторную функцию почек, становятся статистически значимыми. Так, средний уровень креатинина в группе нормоурикемии составил $81,0 \pm 5,2$ мкмоль/л, в группе ГУ – $109,8 \pm 10,4$ мкмоль/л ($p < 0,05$), среднее значение мочевины сыворотки крови – $5,6 \pm 0,6$ и $9,4 \pm 1,6$ ммоль/л ($p < 0,05$), цистатина С – $1,2 \pm 0,1$ и $2,3 \pm 0,3$ мг/л ($p < 0,05$) соответственно, а средний расчетный уровень СКФ в этот период составил $87,7 \pm 4,6$ мл/мин/1,73 м² при нормоурикемии и $67,5 \pm 4,3$ мл/мин/1,73 м² при ГУ ($p = 0,003$).

Выводы. Пациенты с острым коронарным синдромом и бессимптомной ГУ более подвержены развитию острого повреждения почек, что можно расценить как кардиоренальный синдром I типа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ПОЛИНУКЛЕОТИДОВ И КОЛЛАГЕНА

Щербаков Г.И.¹, Ковтун С.Н.², Поткина Т.Н.³

¹Международный медицинский центр «Медикал Он Груп»,
г. Новосибирск,

²ООО «Медицинская практика»,

³Кемеровская городская клиническая поликлиника №5,
г. Кемерово

Введение. Патология плечевого пояса является одной из распространенных и актуальных проблем, с которыми сталкиваются люди разных возрастных групп. Она может быть вызвана различными факторами, включая травмы, перегрузку мышц и связок, а также дегенеративные изменения в суставах.

Патологические изменения в плечевых суставах можно разделить на заболевания, поражающие костно-хрящевые структуры сустава, и на заболевания, которые проявляются изменениями в связках и периартикулярных мягких тканях.

Патология плечевого пояса встречается с частотой 3-5% в общей популяции, повышаясь до 20% у больных сахарным диабетом, и является одним из самых частых заболеваний опорно-двигательного аппарата. В большинстве случаев патология плечевого пояса встречается у лиц в возрасте от 50 до 70 лет, при этом женщины болеют чаще мужчин (соотношение 3:1-5:1).

Интерес к изучению патологии плечевого пояса также связан с возможностью разработки новых методов лечения.

Актуальность данной темы объясняется высокой распространенностью заболевания и его негативным влиянием на жизнь человека. Непрерывное исследование этой области поможет улучшить диагностику, выбор методов лечения и реабилитации, а также предотвратить возникновение осложнений у пациентов с данными проблемами.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность внутрисуставного и периартикулярного введения имплантата инъекционного в виде геля на основе



полинуклеотидов и имплантов коллаген-содержащих у пациентов с адгезивным капсулитом/импиджмент-синдромом/шейным спондилоартрозом (наличие унковертебрального артроза, спондилеза) с клиническими рефлекторными, рефлекторно-компрессионными проявлениями, изменениями в ортопедическом статусе.

Материал и методы. В проспективное многоцентровое продольное 6-месячное исследование было включено 100 пациентов мужчин и женщин. Исследование проведено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (в редакции 2000 г. с разъяснениями, данными на генеральной ассамблее ВМА, Токио, 2004), с правилами Качественной Клинической Практики Международной Конференции по Гармонизации (ICH GCP), этическими принципами, изложенными в Директиве Европейского союза 2001/20/ЕС и требованиями законодательства РФ. Каждый пациент подписал информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии включения: возраст от 18 до 70 лет; длительность наличия симптомов > 3 мес.; наличие рентгеновского снимка; отсутствие признаков разрыва вращательной манжеты на всю толщину при УЗИ/МРТ исследовании; наличие шейного спондилоартроза (унковертебральный артроз, спондилез шейного отдела позвоночника (ШОП)); для группы с клиническими проявлениями брахиалгии, плечелопаточным периартритом, адгезивным капсулитом (диагноз основан на консенсусном определении): а) первичный или вторичный адгезивный капсулит; б) потеря активного движения плеча > 30% во всех направлениях; двусторонняя боль в плече или снижение подвижности, влияющие на повседневную жизнь; предшествующая операция на плече; неэффективность ранее проведенной консервативной терапии; факторы, которые повлияли на развитие заболевания: занятия спортом (волейбол, тренажерный зал), работа, связанная с интенсивными физическими нагрузками и поднятием тяжестей, «офисная» работа.

Критерии не включения: 1) наличие секвестрированных грыж дисков ШОП и выраженными компрессионными проявлениями; 2) травмы ШОП, краниовертебральными генетическими аномалиями; 3) системные заболевания.

Пациенты были разделены на 4 группы по 25 человек в зависимости от диагноза. Используемая терапия определялась диагнозом и наличием воспалительных явлений в суставе.

1 группа. Диагноз: шейный спондилоартроз, унковертебральный артроз, спондилез с клиническими рефлекторными, рефлекторно-компрессионными проявлениями, изменениями в ортопедическом статусе без воспалительного процесса. Схема терапии: периартикулярное введение импланта коллаген-содержащего паравертебрально в ШОП по 1-2 мл в триггерную точку (всего 10 мл) №3 с интервалом 10 дней. Курс: 30 дней (трехкратное локальное введение).

2 группа. Диагноз: импиджмент-синдром без воспалительного процесса. Схема терапии: периартикулярное введение импланта коллаген-содержащего однократно (надостная мышца, подостная мышца, субакромиальное введение, круглая связка плеча, проксимальная порция двуглавой мышцы плеча по 2мл (всего 10 мл) №3 с интервалом 10 дней. Курс: 30 дней (трехкратное локальное введение).

3 группа. Диагноз: импиджмент-синдром при наличии воспалительного процесса. Схема терапии: периартикулярное введение импланта коллаген-содержащего



однократно (надостная мышца, подостная мышца, субакромиальное введение, круглая связка плеча, проксимальная порция двуглавой мышцы плеча по 2 мл) + паравертебрально по 1-2мл (всего 10 мл) №3 с интервалом 10 дней. Курс лечения 30 дней (трехкратное локальное введение). Также пациентам осуществлялось внутрисуставное введение имплантата инъекционного в виде геля на основе полинуклеотидов по 2 мл трехкратно с интервалом 10 дней между введениями. Введение препаратов осуществлялось под контролем УЗИ.

4 группа. Диагноз: адгезивный капсулит с явлениями синовита. Схема терапии: субакромиальное или внутрисуставное введение в плечевой сустав имплантата инъекционного в виде геля на основе полинуклеотидов 2 мл трехкратно с интервалом 10 дней между введениями при использовании УЗИ-навигации.

Выполнены следующие исследования: клиническое обследование с оценкой левого синдрома, измерение объема движений в плечевом суставе, диагностические тесты на импиджмент-синдром (тест отрыва Gerber, тест надостной мышцы, симптом падающей руки, симптом импиджмента Neer, средняя болезненная дуга), оценка боли по опроснику по боли «pain detect».

Применялись также объективные методы обследования: обследование при помощи гониометра, инструментальные методы обследования (рентгенография, УЗИ, МРТ для исключения разрыва вращательной манжеты, связок, суставной капсулы, полости сустава, сухожилий и мышц, ЭМГ верхних конечностей с целью исключения компрессионных радикулопатий).

Оценку функционального состояния плеча и выраженности боли с помощью опросников, лабораторные (клинический анализ крови, биохимический анализ крови), а также и инструментальные исследования проводили до и после лечения. Для оценки эффективности лечения было использовано несколько критериев: снижение боли, улучшение функциональной активности плечевого сустава и изменение объема движений в плечевом суставе и в ШОП.

Полученные данные были обработаны с помощью программного обеспечения SPSS. Применялись стандартные методы статистической обработки данных.

Количественные данные представлены центральными тенденциями и рассеиванием: среднее значение (M) и стандартное отклонение (s) признаков, имеющих приближенно нормальное распределение, медиана (Me) и интерквартильный размах (25-й и 75-й процентиля) в случае распределения величин отличного от нормального.

Изучение взаимосвязи двух количественных признаков проводилось с помощью непараметрического метода Спирмена. Сравнение двух коэффициентов корреляции проводилось с помощью проверки статистических гипотез о равенстве коэффициентов корреляции (двусторонний тест).

Выбранный критический уровень значимости равнялся 5% (0,05), что является общепринятым в медико-биологических исследованиях.

Результаты и обсуждение. Средний возраст участников составлял 45 лет (в диапазоне от 30 до 60 лет), количество пациентов женского пола в исследовании составило 79%, мужского пола – 21%. Средняя продолжительность болевого симптома и ограничений движений составляла $3,2 \pm 1,8$ мес. (от 1,5 до 9,2 мес.).



В группе 1 у пациентов после проведения курса лечения препаратами коллагена наблюдали существенное увеличение объема движений в ШОП (увеличение объема движений на 20-30°). Увеличение объема движений было зафиксировано как в активном, так и в пассивном диапазоне. В активном диапазоне движений количество выведенных градусов поворота головы увеличилось на 25% по сравнению с начальными значениями ($p < 0,05$). В пассивном диапазоне движений общая подвижность шейного сегмента увеличилась на 30% ($p < 0,01$).

Средняя интенсивность боли по ВАШ снизилась с 8 до 4 баллов по группе ($p < 0,05$).

О положительном результате лечения пациентов с шейным спондилоартрозом препаратами коллагена для внутрисуставного и периартикулярного введения свидетельствует изменение значений опросника «Pain detect». Исходные значения составляли в среднем 8 по 10-балльной шкале. После лечения данный показатель снизился до 3, что говорит о значимом уменьшении интенсивности болевых ощущений у больных.

В ходе исследования было обнаружено значительное улучшение показателей скорости оседания эритроцитов (СОЭ) у пациентов после курса лечения. Наблюдалось статистически значимое снижение СОЭ.

В группе 2 средний объем движений в плечевом суставе до лечения составлял 70°, а после терапии – 100°, т. е. повысился в среднем на 30°.

Боли по ВАШ уменьшились с 7 до 4 баллов, что говорит о значительном положительном эффекте лечения, восстановлении функции плечевого сустава и снижении болевого синдрома. Динамика оценок по SSI-ASES, шкале UCLA, SST также указывала на выраженный положительный эффект терапии. Средняя оценка по опроснику «Pain detect» снизилась с 22 до 10 баллов, что подтверждает значительное уменьшение интенсивности боли у большинства пациентов после проведения терапии. Назначенная терапия оказала выраженное противовоспалительное действие, что подтверждается снижением СОЭ и уровня СРБ.

В группе 3 после проведения курса терапии пациенты сообщали о снижении интенсивности болевых ощущений на 80% по ВАШ. Средний объем движений в плечевом суставе до лечения составлял 70°, а после лечения – 120°, таким образом, отмечено увеличение объема движений на 50°.

При оценке с помощью SSI-ASES после завершения терапии в 20 (80%) случаях наблюдалось значительное улучшение состояния плечевого сустава. Средняя оценка по SSI-ASES увеличилась с 18 до 30 баллов. По шкале UCLA до лечения большинство пациентов имели низкую степень функциональности плечевого сустава (6 баллов или менее).

Оценка по SST увеличилась ($p < 0,05$), что указывало на значимое повышение функциональности сустава и улучшение общего состояния пациентов.

За период лечения СОЭ и уровень СРБ у пациентов из группы 3 существенно снизились. Кроме того, исследование выявило связь между результатами SST и изменением СОЭ ($r = 0,358$, $p = 0,011$), а также уровня СРБ ($r = 0,349$, $p = 0,013$).

При оценке по CS было выявлено значительное улучшение функциональности и снижение интенсивности болевых ощущений в плечевом суставе. Измерения до и после лечения показали, что изменение составило в среднем 30%, что свидетельствует о достигнутом прогрессе в восстановлении двигательной активности пациентов.



При оценке боли по опроснику «Pain detect» выявили улучшение состояния пациентов после применения соответствующей схемы лечения: уровень боли снизился на 70%, что указывает на высокую эффективность терапии препаратами коллагена для внутрисуставного и периартикулярного введения и геля на основе полинуклеотидов и подтверждено результатом УЗИ.

В группе 4, в которой лечение проводилось только с применением геля на основе полинуклеотидов, выявлено уменьшение боли по ВАШ с 8 до 3 баллов.

Средний объем движений в плечевом суставе до лечения составлял 65°, а после лечения – 120°. Измерения показали, что после проведения терапии объем движений увеличился в среднем на 55°, что указывает на улучшение функциональной активности и восстановление подвижности сустава. У пациентов данной группы отметили улучшение по SSI-ASES, шкале UCLA, SST, а также уменьшение интенсивности боли по опроснику «Pain detect» на фоне проводимой терапии. После лечения СОЭ и СРБ в среднем существенно снизились.

Имплантаты и гель на основе полинуклеотидов хорошо переносились большинством пациентов и не вызывали значимых побочных эффектов.

Заключение. Исследование показало, что использование имплантатов коллагенсодержащих и имплантата в виде геля на основе полинуклеотидов при патологии плечевого пояса является эффективным и безопасным. В ходе исследования большинство пациентов отмечали улучшение функциональности плеча, увеличение объема движений в ШОП и плечевых суставах, уменьшение боли и быстрое восстановление. Дальнейшие клинические исследования могут расширить наше понимание механизмов действия препаратов коллагена и полинуклеотидов и потенциал их применения для лечения других заболеваний позвоночника.

ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ: СОЧЕТАНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА И МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ – ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Щербанев К.Г., Грабовецкая Ю.Ю.

Областная клиническая больница,

г. Калининград

Цель. Оптимизация возможностей лечения активного анкилозирующего спондилита (далее АС) на фоне лимфопролиферативного заболевания.

Введение. АС – хроническое заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся прогрессирующим воспалительным поражением осевого скелета (позвочника и крестцово-подвздошных суставов), с потенциальным исходом в их анкилоз, с нередким вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов.



Возникающие при АС структурные изменения осевого скелета, синдесмофиты и костные анкилозы периферических суставов сопровождаются ограничением подвижности, снижением физической активности и качества жизни пациентов.

Множественная миелома (далее ММ), это заболевание из другой патогенетической группы, которое сложно диагностируется и является одним из наиболее распространенных вариантов злокачественных лимфопролиферативных заболеваний.

ММ-опухолевое заболевание, характеризующееся неконтролируемой пролиферацией клональных клеток, обусловленной патологией стромального микроокружения и хромосомными нарушениями, присутствием моноклонального протеина в моче и/или крови, что клинически проявляется болевыми синдромами, переломами костей.

Из-за воспалительных изменений в лабораторных показателях (СРБ, СОЭ), наличия боли в костях и суставах, которая при АС может быть не только воспалительного ритма, но и меняться за счет структурных изменений, так как развивается вторичный остеоартрит, учитывая развития, при обоих заболеваниях, такого осложнения, как остеопороз с возможными низко-энергетическими переломами, течение ММ может протекать под «маской» АС.

В настоящее время в мировом медицинском сообществе недостаточно сведений о течении АС в сочетании с ММ.

Сочетание данных заболеваний является достаточно редким, однако, может встречаться в реальной медицинской практике.

Имеются немногие исследования и материалы о взаимосвязи данных заболеваний, прежде всего о том, что у пациентов с АС повышаются риски развития ММ. Также на сегодняшний день отсутствуют данные о возможностях лечения АС на фоне ММ генно-инженерными биологическими и таргетными синтетическими препаратами.

Демонстрация случая: Пациентка Л. 1970 г. С 1998 г. периферические артриты, наблюдалась с диагнозом ревматоидный артрит, получала лечение преднизолоном 15 мг в сутки, метотрексатом 10 мг/нед, с положительным эффектом по суставному синдрому. Ремиссия заболевания на фоне 12 лет наблюдения. В 2019 г. компрессионный перелом грудного позвонка, который был расценен как ГКС-индуцированный остеопороз, осложненный патологическими переломами тел Th12, L1-L2 позвонков. Получала лечение бисфосфонатами. С февраля 2020 г. усиление более воспалительного ритма, нарастание утренней скованности в шейном и грудном отделах позвоночника, мигрирующие боли воспалительного характера в плечевых и коленных суставах, боли в области правого ахиллова сухожилия, контрольно проведены лабораторные и инструментальные исследования: РГ костей таза – двусторонний ассиметричный сакроилиит I V ст., РГ кистей – норма, АЦЦП и РФ – отрицательные, вследствие чего в ноябре 2020 г. диагноз пересмотрен в сторону АС. В декабре 2020 г. поставлены показания для инициации ГИБТ в варианте и-ФНО Цертолизумаба пэгол 400 мг п/к1 раз в 4 недели. С декабря 2020 г. по июнь 2022 г. на фоне терапии проводился ежемесячный контроль показателей общего белка (79-101 г/л) и креатинина (107-155 мкмоль/л). Ввиду частых ОРВИ, с начала 2021 г. по 2022 г, проводилась коррекция сроков введения Цертолизумаба пэгол и метотрексата.



Учитывая наличие низко-энергетического перелома, сочетание нетипичных оссалгий, перманентное повышение общего белка в крови, в апреле 2022 г. пациентка консультирована гематологом, сделана стерильная пункция-миелограмма плазматических клеток 3%, лимфоциты 23%, ИФТ КМ – основная масса плазматических клеток обладает трансформированным фенотипом не менее 2,3% от ЯСК, диагноз – Паранепротенический гемобластоз. В июне 2022 г. выполнена трепанобиопсия – гистологическая картина и иммунофенотип изменений в костном мозге могут соответствовать плазмноклеточной миеломе. Критериально установлен диагноз :Множественная миелома, IIIВ стадия по Durie-Salmon, диффузно-очаговая форма, секретирующая IgG/каппа, с осложнением в виде нефропатии смешанного генеза (анальгетическая, миеломная). ХБП С36 (СКФ по СКД-ЕР1 44мл/мин/1,73 м2).

ГИБТ прекращена, начато лечение множественной миеломы: с июля 2022 г. по февраль 2023 г. VCD №6, с февраля 2023 г. по апрель 2023 г.: KRD №2, с апреля 2023 г. KD №10, частичный ответ от февраля 2024 г. KD поддержка 1 раз в 2 недели. KD №2 (ДД15-16) от мая 2024 г.

Терапия АС редуцирована до приема НПВП в режиме по требованию, однако сохраняется выраженный болевой синдром, с учетом наличия множественной миеломы – ограничены терапевтические подходы.

В июле 2024 г. обсуждена экспертными гематологами, со стороны гематологической патологии, получен частичный ответ, однако отсутствуют возможности для аутотрансплантации костного мозга, ввиду наличия активного АС. По совокупности полученных данных, в настоящее время, у пациентки отсутствуют противопоказания к возобновлению терапии базисными противовоспалительными препаратами, в том числе возможно применение биологических препаратов или блокаторов JAK-киназ. Учитывая проводимую терапию онкогематологического заболевания от иммуносупрессивной терапии (метотрексат/лефлуномид) рекомендовано воздержаться.

Воздействие цитокинов на пролиферацию и дифференцировку клеток костного мозга является мощным фактором гемопоэза и играет центральную роль в опухолевой прогрессии. Для многих В-клеточных неоплазий показано резкое повышение уровня основного фактора дифференцировки В-клеток интерлейкина-6, при этом клетки определенных типов опухолей требуют для пролиферации наличия высокой концентрации экзогенного ИЛ-6, то есть являются ИЛ-6-зависимыми, к каким и относится ММ. Показано, что при множественной миеломе передача сигнала с участием ИЛ-6 является центральным механизмом опухолевой прогрессии, происходит стимуляция пролиферации и дифференцировки остеокластов и плазмочитов, предотвращая их апоптоз. По данным ряда исследований, при ММ отмечается высокий уровень ИЛ6 и его рецептора, а также их прямая корреляция со стадией и активностью заболевания. Предполагается, что высокий уровень ИЛ6 также ассоциирован и с клинической резистентностью ММ.

Принимая во внимание данные сведения, учитывая наличие НПВП-индуцированной нефропатии, двустороннего сакроилиита по данным МРТ, сохраняющийся выраженный болевой синдром, часто-рецидивирующий синовит левого коленного сустава, экспертным составом, принято решение отдать предпочтение обратимому ингибитору JAK1 – Упадациитинибу. Ожидается, что под его воздействием будет перекрываться передача сигналов факторов роста и многих провоспалительных цитоки-



нов (в т.ч. ИЛ-6 – основной стимулятор роста и дифференцировки миеломных клеток и клеток-предшественников опухолевого моноклона).

В настоящее время планируется госпитализация пациентки с целью инициации таргетной синтетической терапии Упадацитинибом 15 мг в сутки под контролем эффективности и безопасности проводимой терапии.

Обсуждение. На ранних стадиях ММ злокачественные клетки, образовываясь в костном мозге, приводят к развитию воспалительных процессов и разрушению костей позвоночника, ребер, таза, черепа, а также бедренных и плечевых костей. От момента появления опухоли до развития первых клинических симптомов ММ может пройти несколько месяцев и даже лет.

Следует отметить, что клинические проявления ММ достаточно разнообразны и в значительной мере они определяются степенью нарушения продукции кроветворных клеток, склонностью к инфекционным осложнениям, содержанием циркулирующего М-протеина, наличием и выраженностью литических изменений в костях скелета (главным образом, плоских) и нарушением функции почек. Стоит подчеркнуть, что патологические изменения возникают в большинстве случаев в плоских костях (ребра, череп, кости таза, позвоночник, грудина) и существенно реже в проксимальных отделах трубчатых костей. Это все ведет к трудностям своевременной постановки правильного диагноза для пациентов с АС ввиду перекрестных симптомов (нарушение функции почек при длительном применении НПВП, боль в костях и суставах, низко-энергетические переломы, астенический синдром рецидивирующие инфекции на фоне иммуносупрессивной терапии). Невзирая на то, что ММ выявляется нечасто, у пациентов с АС имеется возможная патогенетическая связь. Вызванная хронической субклинической желудочно-кишечной инфекцией постоянная ретикулоэндотелиальная стимуляция, возникающая при АС, может стать причиной активации и пролиферации IgA-продуцирующих плазматических клеток и привести в дальнейшем к развитию IgA-миеломы.

Существует предположение, что длительная стимуляция иммуноцитов воспалительными поражениями на поверхности слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих и дыхательных путей, где лимфоциты уже участвуют в продукции IgA, у некоторых пациентов может быть вовлечена в патогенез IgA-миеломы. Кроме того, возникновение симптоматической ММ или гипергаммоглобулинемии, по всей видимости, связано со степенью активности воспаления при АС.

Заключение. АС является хроническим воспалительным заболеванием осевых суставов, в то время как ММ является злокачественным заболеванием плазматических клеток.

Взаимосвязь между данными двумя заболеваниями неясна, однако хроническое воспаление, в результате которого возникает непрерывная ретикулоэндотелиальная стимуляция способна вызвать активацию и пролиферацию плазматических клеток, и в результате привести к развитию ММ. Исходя из этого, сопутствующее возникновение АС и ММ предполагают патогенетическую связь, следовательно у пациентов с АС повышаются риски развития ММ. К тому же в рамках системных заболеваний может развиваться гипергаммоглобулинемия, которая способна трансформироваться в ММ.

Имеющиеся материалы и исследования фокусируют внимание на необходимости перспективного изучения патогенетических механизмов, которые лежат в основе связи между АС и ММ, ввиду этого врачи клиницисты должны иметь насторожен-



ность по отношению к онкогематологическим заболеваниям при обнаружении высокого уровня общего белка крови.

Ввиду малого количества данных в мировом медицинском сообществе о возможностях применения таргетных синтетических препаратов при лечении АС в сочетании с ММ – остается открытым вопрос о возможности длительности такого вида терапии. Необходимо кумулировать опыт применения и потенциал данных препаратов при лечении АС в данной клинической ситуации.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Юпатова М.И.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского,
г. Саратов

Обоснование. Сердечно-сосудистая заболеваемость долгое время является глобальной проблемой и первой причиной смертности мирового населения. Наиболее значимым модифицируемым фактором риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является артериальная гипертензия (АГ).

Среди пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) в структуре смертности также лидируют ССЗ, в то время как частота их развития существенно выше таковой в общей популяции. Ранее было доказано, что АГ вносит наибольший вклад в развитие ССЗ у пациентов со спондилоартритами (СпА). Анкилозирующий спондилит (АС) – одно из самых распространенных и инвалидизирующих заболеваний из группы СпА, чаще поражающее лиц молодого возраста. Наличие АГ и, как следствие, ускорение ССЗ может значительно ухудшать качество жизни у этой категории пациентов и дополнительно сокращать их трудовой потенциал.

Самым точным методом диагностики гипертонии является суточное мониторирование АД (СМАД). Этот способ позволяет выявить патологию суточного профиля артериального давления (АД), напрямую влияющую на повышение риска сердечно-сосудистых осложнений. Также только данным методом выявляется маскированная АГ (МАГ), имеющая риск развития фатальных сердечно-сосудистых событий, сопоставимый с таковым при манифестированной АГ.

Цель исследования. Определение особенностей суточного профиля АД у пациентов с АС.

Материалы и методы. В исследование были включены 52 мужчины с достоверным диагнозом АС в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст – $41,75 \pm 10,2$ лет), находившиеся на лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова. Медиана продолжительности болезни составила 14,00 [8,00; 20,75] лет. В зависимости от наличия гипертонии по данным офисного измерения АД, все пациенты были разделены на 2 группы. 1 группу составили пациенты с установленной АГ – 24 (46,1%),



стабильно получающие антигипертензивную терапию и сохраняющие АД в пределах целевых значений, 2 – пациенты, не имеющие гипертензии по данным офисного измерения АД – 28 (53,9%). Группы были сопоставимы по активности АС и среднесуточному уровню давления ($p > 0,05$). У всех пациентов определялась активность АС на основании индексов BASDAI, ASDAS – CRP, выполнялось СМАД с использованием аппарата BPLab (ООО «Петр Телегин», Россия). Статистическая обработка проводилась с использованием ПО Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 23. В исследование не включали пациентов с РЗ, кроме АС, пациентов с перенесенным инфарктом, инсультом, нарушением функции щитовидной железы, а также любой сопутствующей патологией в фазе обострения.

Результаты и обсуждение. Низкая активность АС зарегистрирована у 4 (7,7%) пациентов, умеренная – у 25 (48,1%), высокая – у 23 (44,2%). Среди всех обследованных пациентов у 18 (34,6%) был выявлен нормальный суточный профиль АД (тип «диппер»). У 34 пациентов (65,4%) было выявлено нарушение суточного профиля АД (типы «нон-диппер», «овер-диппер», «найт-пикер»). Между группой пациентов с ранее установленной АГ и группой не страдающих АГ не было выявлено достоверных различий по частоте встречаемости нарушений суточного профиля АД и активности АС ($p > 0,05$). Длительность АС у пациентов с АГ (ранее установленной и выявленной при помощи СМАД) была выше, чем у пациентов без АГ по данным СМАД ($p < 0,001$). У 9 (32,1%) пациентов 2 группы по данным СМАД была обнаружена маскированная артериальная гипертензия (МАГ), из них у 4 (44,4%) пациентов имело место нарушение суточного профиля АД.

Выводы. Две трети всех обследованных пациентов с АС имели нарушение суточного профиля АД, независимо от наличия или отсутствия у них ранее подтвержденной гипертензии. АГ у больных с АС может протекать субклинически: около трети пациентов, отрицающих наличие у себя АГ, страдали МАГ, что значительно выше ее распространенности в общей популяции. Из всех пациентов с МАГ почти половина имела нарушение суточного профиля АД, что ассоциировано с существенным повышением риска сердечно-сосудистых осложнений.

Полученные результаты указывают на необходимость выполнения СМАД для выявления МАГ и патологии суточного профиля АД у пациентов с АС. Своевременная диагностика и коррекция нарушений может способствовать отдалению развития ССЗ у данной категории больных.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ЖЕНЩИН

Ярмухаммедова Д.З., Махмудова М.С.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценка факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и степени кардиоваскулярного риска у женщин при ревматоидном артрите.



Материалы и методы. В исследование включены 63 женщины. Средний возраст $58,6 \pm 7,3$ лет. Средний возраст начала РА $50,1 \pm 7,8$ лет. Средняя продолжительность РА составила $8,8 \pm 4,6$ лет.

Результаты. Полученные результаты показывают, у более чем у половины пациенток имелись факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): нерациональное питание – 84%, снижение физической активности – 84%, абдоминальное ожирение (ОТ) 86%, артериальная гипертензия 61%; тревога депрессия – 59%, повышенный уровень ОХС – 53%; наследственность ССЗ – 56%; гипергликемия 16%. Среди поражений органов-мишеней – ГЛЖ 66%; кальцинированность артерий нижних конечностей – 33%, стеноз сосудов нижних конечностей (ЛПИ 0,8) – 24%. Повышенное СОЭ – 87% ($37,2$ мм\ч); СРБ 74% ($19,2$ мг\л); РФ 70% ($111,1$ мг\л); АЦЦП (антитела к циклическому цитруллинированному пептиду) -55% (211 е\мл). Риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) по шкале SCORE очень высокий и высокий (34%; 35%), коррелирует с активностью системного воспаления ($p < 0,05$), средний и низкий РИСКИ 14, 15%. Выявлена корреляция между ОХС и СРБ, СОЭ, РФ, ВАШ ($p < 0,05$).

Заключение. Все обследованные пациентки с РА имеют факторы риска ССЗ. Более чем у половины (69%) имеется высокий и очень высокий риск развития ССО, который определяется большим количеством ФР (в среднем 6,7). Факторы риска коррелируют с активностью системного воспалительного процесса, что важно учитывать при оценке кардиоваскулярного риска у пациенток с РА.



АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абайтова Н.Е.	112	Баштакова Е.А.	33
Абдуазизова Н.Х.	3, 150	Бедина С.А.	160
Абдуганиева Д.И.	59	Бекенова Г.Т.	58
Абдуллаев А.Х.	3, 5	Беленков Ю.Н.	141
Абдураззакова Д.С.	142	Белкина Г.А.	101
Аболёшина А.В.	7, 8	Белов Б.С.	18, 19, 20, 26, 66, 111
Авдеева А.С.	7	Белокрылова Я.Б.	35
Агафонова Е.М.	9	Беляева Е.А.	109, 177
Акберов А.М.	67, 68, 69	Беляева И.Б.	35, 127
Акулинушкина Е.Ю.	10	Бердиева Д.У.	57
Александркин А.П.	7	Бешимова Р.К.	101
Алиахунова М.Ю.	11, 13, 15	Благинина И.И.	36, 37
Алиева К.К.	3, 23, 142	Блудова Н.Г.	36, 37
Алиев Д.Б.	132	Богдалова Л.Р.	39
Алимова И.Н.	100	Бойченко О.В.	101
Аллабердиев А.А.	186	Болатбекова Р.Б.	124
Аляви Б.А.	3, 5	Болотова Е.В.	40
Амандурдыева Ш.О.	16, 17, 165	Борисова М.А.	42, 43
Ананьева Л.П.	24, 60, 61, 97, 133, 134, 135, 182, 183	Бринатова О.В.	63
Антипов В.В.	84	Бубман Л.И.	44, 138, 169, 170, 171
Апполонова С.А.	129, 130	Бырканова А.А.	53
Аронова Е.С.	18, 19, 20, 42, 43, 66	Бычкова А.С.	45
Аскарров Н.Л.	57		
Ахвердян Ю.Р.	64, 139, 159		
Ахиярова К.Э.	21		
Ахмедова Н.А.	23		
Ахмедова Н.М.	67, 68, 69		
Ачилова Ж.Г.	5		

Б

Бабак В.В.	24, 134, 135
Бабамурадова З.Б.	25
Баранов А.А.	112
Баранова М.М.	26
Бахтояров П.Д.	37
Башкинов Р.А.	52, 53, 115
Башкова И.Б.	27, 30, 31

В

Вакуленко О.Н.	138, 169, 170, 171
Василевский И.В.	48, 50
Василенко Е.А.	52, 53, 83
Васильева Ю.Ю.	44, 138, 144
Везикова Н.Н.	79
Вейцман И.А.	54
Верижникова Ж.Г.	66
Воркель Е.Н.	55

Г

Габараева Н.С.	33
Габдуллина З.Н.	59
Гаджиева У.К.	121



Гайдукова И.З.	115, 132, 181, 189	Жданова А.О.	54
Ганиева Н.А.	57, 58, 73, 76, 77	Железных Е.А.	141
Гараева А.Р.	59	Журина Т.И.	63, 82
Гарзанова Л.А.	24, 60, 61, 133, 134, 135, 182, 183		
Глухова С.И.	42, 43, 173		
Головина О.А.	63, 82	З	
Гончарова О.В.	199	Заводовский Б.В.	64, 139, 159
Горбунова Ю.Н.	137	Загребнева А.И.	63, 129, 130
Гордеева С.Е.	64, 139	Заманова Э.С.	59
Гордиенко А.В.	157	Заява А.А.	104
Горохова Н.Е.	33	Зеброва А.А.	52, 83
Грабовецкая Ю.Ю.	204	Зияева Ф.К.	75, 76, 77
Грапененкова А.И.	45	Зоткин Е.Г.	7, 8
Гриднева Г.И.	18, 19, 20, 66		
Гриценко Е.В.	31		
Гусева И.А.	8	И	
Гусейнов Н.И.	67, 68, 69	Ивахненко Л.И.	84
		Ивахненко О.И.	84
Д		Игнатенко Г.А.	85
Демидова Н.В.	8	Ильина Н.А.	174
Демин Н.В.	78	Ильиных Е.К.	40
Десинова О.В.	24, 60, 61, 70, 133, 134, 135, 161	Иманов Э.А.	121
Джураева Э.Р.	57, 58, 73, 75, 76, 77	Инамова О.В.	132, 189
Добровольская О.В.	78		
Долотказина Е.Н.	144	К	
Доля Е.М.	104	Казаков Д.О.	97
		Казаков С.П.	157
Е		Карабута Д.Г.	36
Егорова И.С.	79	Карпов В.В.	44
Елисеева Т.А.	138, 144, 169, 170, 171	Касимова М.Б.	87
Емельянова О.И.	160	Кдирбаева Ф.Р.	89
Ершова Я.П.	37	Кирсанов В.А.	90, 92, 93
Ефременко Е.С.	80	Кирсанов Д.В.	90, 92, 93
		Ковтун С.Н.	200
Ж		Кожевникова М.В.	141
Жамалов А.Ш.	87	Козлова Д.И.	95
		Козырева М.В.	78
		Коломейчук А.А.	24, 97, 182, 183
		Колтакова А.Д.	133, 134, 135
		Кольцова Е.Н.	99



Омельченко В.О.	174
Осипова И.В.	199

П

Панафидина Т.А.	137
Паневин Т.С.	66
Папичев Е.В.	64, 139, 159
Петрова М.С.	189
Петухова А.А.	181
Пивоварова Л.П.	199
Пилярова М.Х.	44, 138, 144, 169, 171
Пичхидзе С.Я.	90
Покрышка И.И.	36
Полякова В.С.	103
Полякова Ю.В.	64, 139, 159
Попкова Т.В.	137
Поткина Т.Н.	200
Прокофьева Ю.А.	141
Птичкина Л.В.	97
Пулатова Ш.Б.	142, 143

Р

Раимкулова Н.Р.	3
Рассовская Т.А.	40
Расулев Ё.Э.	3, 5
Ращупкин И.М.	174
Реброва О.А.	36
Резенова В.С.	33
Резниченко Н.А.	85
Решетняк Т.М.	55
Родионова А.Ю.	118
Розочкина Е.А.	99
Романова М.А.	138, 144, 169, 170, 171
Руденко И.Б.	146
Рукавицын О.А.	157
Русанова О.А.	160
Рыбакова А.Д.	148

С

Саблева Н.А.	115
Сагатова Д.Р.	150, 151, 152
Самаркина Е.Ю.	8
Санникова О.Ю.	153
Сапожников К.В.	115
Сахарова К.В.	155
Сахин В.Т.	157
Сахно Л.В.	174
Сергеева М.С.	26
Сивордова Л.Е.	64, 139, 159
Сизиков А.Э.	174
Симонова Е.Н.	130
Скородумова Е.А.	199
Сотников А.В.	157
Спицина С.С.	160
Старовойтова М.Н.	24, 60, 61, 70, 133, 134, 135, 161
Степанова Л.Ю.	33
Столос С.В.	118
Сулейманова Р.Т.	68

Т

Таирова З.К.	164
Танрыбердиева Т.О.	17, 165, 166, 186
Ташпулатова М.М.	23, 73, 75
Теплякова О.В.	153, 167
Терешко И.А.	179
Толкачева Д.Г.	115
Тополянская С.В.	44, 138, 144, 169, 170, 171
Торопцова Н.В.	78
Тремаскина П.О.	173
Трофименко А.С.	160
Трофимова А.С.	193, 194, 196
Трофимов Е.А.	193, 194, 197
Турчанова М.А.	63
Тыринова Т.В.	174
Тюрин А.В.	176



У	Чернышева Т.В.	103
Утемуратов Б.Б.	Чеченева И.А.	179
Ушакова С.А.	Чумасова О.А.	174
Ф	Ш	
Фатенко А.С.	Шагина И.А.	63
Федорова А.В.	Шаповалова А.Б.	190
Федуличев П.Н.	Шашко К.С.	192
Филимонова О.Г.	Шаяхметова Р.У.	24, 60, 61, 133, 134, 135, 182, 183
Филоненко Е.П.	Шемеровский К.А.	193
Фурсова В.А.	Шестакова К.М.	129, 130
	Шкаруба Н.С.	174
Х	Шнайдер А.Е.	33
Халидуллина О.Ю.	Шодидулова Г.З.	25
Хан С.О.	Шохин А.А.	194, 196, 197
Хан Т.А.		
Хелковская-Сергеева А.Н.	Щ	
	Щемелева Е.В.	199
	Щербаков Г.И.	200
	Щербанев К.Г.	204
	Э	
	Эрдес Ш.Ф.	9, 155
	Ю	
	Юпатова М.И.	208
	Я	
	Яковлева Е.В.	40
	Ярмухаммедова Д.З.	209
Ц		
Цветкова О.Г.		
Цинзерлинг А.Ю.		
Ч		
Черкасова М.В.		
Черных Е.Р.		



СОДЕРЖАНИЕ

ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СОЧЕТАНИИ ОСТЕОАРТРОЗА И ОСТЕОПОРОЗА Абдуазизова Н.Х., Алиева К.К., Норкулова М.Т.	3
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Раймкулова Н.Р., Нуритдинова С.К., Расулев Ё.Э., Хан Т.А.	3
О КОМОРБИДНОМ ФОНЕ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Нуритдинова С., Расулев Ё.Э., Хан Т.А., Ачилова Ж.Г., Утемуратов Б.Б.	5
ОСОБЕННОСТИ СУБПОПУЛЯЦИИ CD28 Т-КЛЕТОК У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Аболёшина А.В., Алексанкин А.П., Авдеева А.С., Зоткин Е.Г., Мовсесян А.А., Молова К.М., Макоева М.А.	7
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА -174 G/C (RS1800795) ГЕНА IL6 С ВОЗРАСТОМ ДЕБЮТА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Аболёшина А.В., Гусева И.А., Демидова Н.В., Самаркина Е.Ю., Зоткин Е.Г., Мовсесян А.А., Молова К.М., Макоева М.А.	8
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ С РЕЗУЛЬТАТАМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф.	9
СЛУЧАЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И ТУБЕРОЗНЫМ СКЛЕРОЗОМ, ИЛИ БОЛЕЗНЬЮ БУРНЕВИЛЛЯ-ПРИНГЛА Акулинушкина Е.Ю.	10



СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Алиахунова М.Ю.....	11
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТЕОАРТРИТА В СОЧЕТАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Алиахунова М.Ю.....	13
ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПОРАЖЕНИЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СОЧЛЕНЕНИЙ Алиахунова М.Ю.....	15
ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Амандурдыева Ш.О., Курбанов В.А.....	16
ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДОВ КРОВИ У ЖЕНЩИН СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Амандурдыева Ш.О., Курбанов В.А., Танрыбердиева Т.О.....	17
ФИБРОМИАЛГИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С.....	18
ОЦЕНКА СИМПТОМОВ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РАЗНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С.....	19
ДЕБЮТ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ COVID-19 Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С.....	20
АНАЛИЗ МЕЖГЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В МЕТАБОЛИЗМЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, У ЛИЦ С ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВОВ Ахиярова К.Э.....	21



ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ Ахмедова Н.А., Алиева К.К., Ташпулатова М.М.	23
КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННАЯ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Бабак В.В., Ананьева Л.П., Десинова О.В., Гарзанова Л.А., Старовойтова М.Н., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Шаяхметова Р.У., Коломейчук А.А., Хелковская-Сергеева А.Н.	24
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА У ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Бабамурадова З.Б., Шодидулова Г.З.	25
ПЕРЕНОСИМОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Сергеева М.С.	26
ОЦЕНКА РАСЧЕТНЫХ «НЕИНСУЛИНОВЫХ» ИНДЕКСОВ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ Башкова И.Б., Мадянов И.В.	27
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЧЕСКОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ Башкова И.Б., Мадянов И.В.	30
ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ НЕРЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ Башкова И.Б., Гриценко Е.В.	31



РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ДЕТЕЙ С СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ Баштакова Е.А., Ушакова С.А., Горохова Н.Е., Шнайдер А.Е., Халидуллина О.Ю., Габараева Н.С., Степанова Л.Ю., Резенова В.С.	33
ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ПОТЕРИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ С ЧАСТОТОЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ САРКОПЕНИИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Белокрылова Я.Б., Беляева И.Б.	35
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С РАССТРОЙСТВАМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА Благинина И.И., Блудова Н.Г., Реброва О.А., Покрышка И.И., Карабута Д.Г.	36
ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ Благинина И.И., Блудова Н.Г., Бахтояров П.Д., Ершова Я.П.	37
ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ И НЕ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 Богдалова Л.Р.	39
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕВИЛИМАБА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Болотова Е.В., Яковлева Е.В., Ильиных Е.К., Рассовская Т.А.	40
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ АБАТАЦЕПТОМ Борисова М.А., Лукина Г.В., Аронова Е.С., Глухова С.И., Насонов Е.Л.	42



ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АБАТАЦЕПТА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Борисова М.А., Лукина Г.В., Аронова Е.С., Глухова С.И., Насонов Е.Л.	43
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Бубман Л.И., Тополянская С.В., Васильева Ю.Ю., Пилярова М.Х., Карпов В.В., Молочников А.Ю., Нечаев А.И., Хан С.О., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г.	44
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В СПИНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ – КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ Бычкова А.С., Грапененкова А.И., Мартынова А.Д.	45
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТА ПРИМЕНЕНИЯ РЕСВЕРАТРОЛА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ Василевский И.В.	48
РОЛЬ ИНФЛАММАСОМЫ NLRP3 ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Василевский И.В.	50
ДИАГНОСТИКА РАННЕЕ НЕВЕРИФИЦИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ОСНОВАНИИ УРОВНЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА Василенко Е.А., Мазуров В.И., Зеброва А.А., Максимова Е.А., Башкинов Р.А.	52
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АЛЛЕЛЕЙ HLA-B27 И HLA-CW6 У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Василенко Е.А., Мазуров В.И., Бырканова А.А., Максимова Е.А., Башкинов Р.А.	53



К ВОПРОСУ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У СТУДЕНТОВ Вейцман И.А., Жданова А.О.....	54
МАРКЕРЫ НЕТОЗА ПРИ ВАСКУЛИТАХ АССОЦИИРОВАННЫХ С АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫМИ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИМИ АНТИТЕЛАМИ Воркель Е.Н., Решетняк Т.М., Нурбаева К.С., Черкасова М.В.....	55
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Бердиева Д.У., Аскаров Н.Л.....	57
ВЛИЯНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Ганиева Н.А., Джураева Э.Р., Бекенова Г.Т.....	58
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МРТ-ВЕРИФИЦИРОВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АТЛАНТОАКСИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ Гараева А.Р., Лапшина С.А., Заманова Э.С., Габдуллина З.Н., Абдулганиева Д.И.....	59
ВЛИЯНИЕ АНТИ-В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н.....	60
ВЛИЯНИЕ ИСХОДНОГО УРОВНЯ В-КЛЕТОК НА ДИНАМИКУ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫХ ТЕСТОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н.....	61



ПОВЫШЕННАЯ ЭКСПРЕССИЯ ПОДПИСИ ИНТЕРФЕРОНА ТИПА 1 У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ НЕИССЛЕДОВАННЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ Головина О.А., Мутовина З.Ю., Загребнева А.И., Мышкин М.Ю., Турчанова М.А., Бринатова О.В., Шагина И.А., Журина Т.И.	63
ФАКТОР РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ (FGF)-21 И ЕГО КОРРЕЛЯЦИИ С ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Гордеева С.Е., Полякова Ю.В., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В.	64
РАСШИРЕННОЕ СЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Гриднева Г.И., Верижникова Ж.Г., Аронова Е.С., Белов Б.С., Паневин Т.С., Лисицына Т.А., Лукина Г.В., Кудрявцева А.В.	66
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М., Акберов А.М.	67
РОЛЬ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЛЬМАРНОГО ФАСЦИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М., Акберов А.М., Сулейманова Р.Т.	68
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАФТАЛАНА ПРИ АКСИАЛЬНОМ СПОНДИЛИТЕ Гусейнов Н.И., Мехтиев П.С., Ахмедова Н.М., Акберов А.М.	69
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Десинова О.В., Старовойтова М.Н.	70
ВЛИЯНИЕ ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА Джураева Э.Р., Ташпулатова М.М., Ганиева Н.А.	73



АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ГИПОУРИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ Джураева Э.Р., Ташпулатова М.М., Зияева Ф.К.	75
ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Джураева Э.Р., Зияева Ф.К., Ганиева Н.А.	76
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ДЕБЮТОМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ Джураева Э.Р., Набиева Д.А., Ганиева Н.А., Зияева Ф.К.	77
СОСТОЯНИЕ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАВШИХ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ Добровольская О.В., Демин Н.В., Козырева М.В., Торощова Н.В.	78
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА С РЕНТГЕНАТОМИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНОСЯЩИХ ПОВТОРНЫЙ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ Егорова И.С., Везикова Н.Н.	79
РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР КАК ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Ефременко Е.С.	80
ПОСТЕРНЫЙ ДОКЛАД/ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МРТ И ПЭТ МИОКАРДА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С АНЦА НЕГАТИВНЫМ ЭОЗИНОФИЛЬНЫМ ГРАНУЛЕМАТОЗОМ С ПОЛИАНГИИТОМ Журина Т.И., Мутовина З.Ю., Головина О.А.	82
ДИАГНОСТИКА РАННЕ НЕВЕРИФИЦИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ОСНОВАНИИ УРОВНЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА Зёброва А.А., Василенко Е.А., Максимова Е.А.	83



«РЕВМАТИЗМ» ПО АРХИВНЫМ ДАННЫМ «ГКБ №2» Г. СТАВРОПОЛЯ И АКТУАЛЬНОСТЬ СУЖДЕНИЙ ВОГРАЛИКА В.Г. О ПРИЧИНАХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ Ивахненко О.И., Антипов В.В., Ивахненко Л.И.....	84
РОЛЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА TNFSF11 В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Игнатенко Г.А., Федulichев П.Н., Резниченко Н.А., Майлян Э.А.....	85
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Касимова М.Б., Жамалов А.Ш.....	87
КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЫ Кдирбаева Ф.Р.....	89
АНАЛИЗ ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СВОЙСТВ ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ЭНДОПРОТЕЗОВ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА НА ОСНОВЕ КАРБОНАТА КАЛЬЦИЯ С МОДИФИКАЦИЕЙ ЦИНКОМ Кирсанов Д.В., Пичхидзе С.Я., Кирсанов В.А.....	90
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЛЛАГЕНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛАТЕРАЛЬНОГО ЭПИКОНДИЛИТА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ Кирсанов В.А., Кирсанов Д.В.....	92
РОЛЬ ПОЛИНУКЛЕОТИДОВ В ТЕРАПИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА Кирсанов В.А., Кирсанов Д.В.....	93
ПРИМЕР ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СНЕСКРОИПТ-ИНГИБИТОРАМИ Козлова Д.И., Хижа В.В.....	95



ПОРАЖЕНИЕ МЫШЦ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ И СПОРАДИЧЕСКОМ МИОЗИТЕ С ВКЛЮЧЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ МРТ Коломейчук А.А., Хелковская-Сергеева А.Н., Ананьева Л.П., Птичкина Л.В., Казаков Д.О.	97
АНАЛИЗ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ ГИБП У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПО НЕМЕДИЦИНСКИМ ПРИЧИНАМ В ГРУППЕ ИНГИБИТОРОВ ИЛ-6 Кольцова Е.Н., Лукина Г.В., Хромова Е.Д., Розочкина Е.А.	99
К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ИСХОДАХ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА (СГ) Комаров В.Т., Хичина Н.С., Алимова И.Н.	100
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ СОЧЕТАННЫМ С ОЖИРЕНИЕМ Комарова Е.Б., Бешимова Р.К., Белкина Г.А., Бойченко О.В., Хорькова Е.А.	101
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СОСУДИСТО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ОСТЕОАРТРИТА НА САМКАХ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР Корочина К.В., Чернышева Т.В., Корочина И.Э., Полякова В.С.	103
АУТОИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОСТКОВИДНОМ СИНДРОМЕ Кошукова Г.Н., Заява А.А., Доля Е.М., Фурсова В.А., Мавлютова А.Н.	104
ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТА С АНТИСИНТЕТАЗНЫМ СИНДРОМОМ: ЛЕГКО ЛИ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ? Красникова В.И.	105
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА I-III СТАДИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Кузнецов В.И.	107



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ БОЛИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Кузнецова С.В., Беляева Е.А.....	109
ФАКТОРЫ РИСКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ПОВОДУ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМИ ВАСКУЛИТАМИ Куликов А.Н., Муравьева Н.В., Белов Б.С.....	111
ИЛ-10 У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Лапкина Н.А., Баранов А.А., Абайтова Н.Е., Левшин Н.Ю.....	112
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА Лиходкин В.А.....	113
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОЙ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ Мазуров В.И., Гайдукова И.З., Башкинов Р.А., Сапожников К.В., Толкачева Д.Г., Саблева Н.А.....	115
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ Майко О.Ю.....	117
РЕВМАТОИДНЫЙ И ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТЫ: ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ Макарова О.В., Столов С.В., Родионова А.Ю.....	118
РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ Мамасиддикова С.Б., Хидоятова М.Р., Мамасиддигов А.А.....	120
ПОРАЖЕНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Мамедова С.Н.....	120
ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ Мамедова С.Н., Гаджиева У.К., Иманов Э.А.....	121



ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОТВЕТА НА БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Масько М.В.....	122
БЕССИМПТОМНАЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК АКТУАЛЬНАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА НА ПРИМЕРЕ КОГОРТНОГО АНАЛИЗА СОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ Машкунова О.В., Лапина Е.А., Мынбай Р.К., Болатбекова Р.Б.....	124
ВЛИЯНИЕ ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА И ГЛЮКОЗАМИНА В СОЧЕТАНИИ С МЕТОДАМИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Мохов А.Д., Беляева И.Б.....	127
МЕТАБОЛОМНОЕ ПРОФИЛИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Мусаева Л.М., Апполонова С.А., Шестакова К.М., Загребнева А.И., Меньшикова И.В.....	129
МЕТАБОЛИТЫ АРГИНИНА КАК ВОЗМОЖНЫЕ БИОМАРКЕРЫ АКТИВНОСТИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Мусаева Л.М., Загребнева А.И., Апполонова С.А., Шестакова К.М., Симонова Е.Н., Меньшикова И.В.....	130
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ Мусийчук М.М., Мазуров В.И., Гайдукова И.З., Инамова О.В., Алиев Д.Б.....	132
РОЛЬ СЫВОРОТОЧНОГО УРОВНЯ ИЛ-13 У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У., Хелковская-Сергеева А.Н., Колтакова А.Д., Старовойтова М.Н., Десинова О.В., Ананьева Л.П.....	133



РОЛЬ ИЛ-17 В РАЗВИТИИ ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА И ФИБРОЗА КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У., Десинова О.В., Колтакова А.Д., Бабак В.В., Хелковская-Сергеева А.Н., Ананьева Л.П., Старовойтова М.Н.	134
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 С ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Овсянникова О.Б., Конева О.А., Гарзанова Л.А., Шаяхметова Р.У., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Хелковская-Сергеева А.Н., Бабак В.В., Колтакова А.Д., Ананьева Л.П.	135
ЧАСТОТА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Панафидина Т.А., Горбунова Ю.Н., Кондратьева Л.В., Попкова Т.В., Лила А.М.	137
ИНТЕРЛЕЙКИН-6 – МАРКЕР СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ Пилярова М.Х., Тополянская С.В., Васильева Ю.Ю., Елисеева Т.А., Вакуленко О.Н., Романова М.А., Бубман Л.И., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г.	138
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА БАЗИСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ Полякова Ю.В., Сивордова Л.Е., Гордеева С.Е., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В.	139
УДАЛЕННЫЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОГРАММЫ НА БАЗЕ ПЕРСОНАЛЬНОГО МЕССЕНДЖЕРА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Прокофьева Ю.А., Меньшикова И.В., Кожевникова М.В., Железных Е.А., Беленков Ю.Н.	141
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СПОНДИЛОАРТРИТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Пулатова Ш.Б., Алиева К.К., Абдураззакова Д.С.	142
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОПАРОЗА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ Пулатова Ш.Б., Набиева Д.А.	143



ИССЛЕДОВАНИЕ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВЫМИ ТРАВМАМИ И ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ Романова М.А., Тополянская С.В., Васильева Ю.Ю., Долотказина Е.Н., Пилярова М.Х., Елисеева Т.А., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г.	144
АНАЛИЗ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АРТРИТАМИ Руденко И.Б., Мамутин И.В., Маликова А.Р., Мамеева О.В.	146
АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Рыбакова А.Д.	148
РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Сагатова Д.Р., Хидоятова М.Р., Абдуазизова Н.Х.	150
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТИТА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМОМ В КЛИМАКТЕРИИ Сагатова Д.Р., Набиева Д.А., Хидоятова М.Р.	151
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ Сагатова Д.Р.	152
ВРАЧ КАК ПАЦИЕНТ: ВЗГЛЯД ПРОФЕССИОНАЛА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ) Санникова О.Ю., Теплякова О.В.	153
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЯК КИНАЗ, ИНГИБИТОРОВ ИЛ17А, ИЛ 6, ФНОА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ВТОРИЧНЫМ АМИЛОИДОЗОМ Сахарова К.В., Эрдес Ш.Ф.	155
ВАРИАНТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ Сахин В.Т., Сотников А.В., Крюков Е.В., Казаков С.П., Гордиенко А.В., Носович Д.В., Рукавицын О.А.	157



ПОИСК МАРКЕРОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Сивордова Л.Е., Полякова Ю.В., Папичев Е.В., Ахвердян Ю.Р., Заводовский Б.В.	159
ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Спицина С.С., Емельянова О.И., Русанова О.А., Бедина С.А., Трофименко А.С.	160
СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКАЯ ГРУППА БОЛЕЗНЕЙ. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ Старовойтова М.Н., Десинова О.В.	161
ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Таирова З.К.	164
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ Танрыбердиева Т.О., Курбанов В.А., Амандурдыева Ш.О.	165
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ТЕРАФЛЕКСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА Танрыбердиева Т.О., Худайбердыева Г.Б.	166
ДЕТСКАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Теплякова О.В.	167
ЛОКОМОТИВНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Тополянская С.В., Романова М.А., Вакуленко О.Н., Елисеева Т.А., Пилярова М.Х., Бубман Л.И., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г.	169
ВЗАИМОСВЯЗЬ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ Тополянская С.В., Елисеева Т.А., Вакуленко О.Н., Романова М.А., Кошурников Д.С., Бубман Л.И., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г.	170



РОЛЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ Тополянская С.В., Елисеева Т.А., Вакуленко О.Н., Пилярова М.Х., Романова М.А., Бубман Л.И., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г.	171
СРАВНЕНИЕ ТЯЖЕСТИ ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ, ЛЕЧИВШИХСЯ С ПРИМИНЕНИЕМ И БЕЗ СТРАТЕГИИ TREAT-TO-TARGET Тремаскина П.О., Коротаяева Т.В., Логинова Е.Ю., Глухова С.И.	173
РАСТВОРИМЫЕ ФОРМЫ ИНГИБИТОРНЫХ ЧЕКПОЙНТ МОЛЕКУЛ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Тыринова Т.В., Сахно Л.В., Ильина Н.А., Чумасова О.А., Ращупкин И.М., Шкаруба Н.С., Федорова А.В., Курочкина Ю.Д., Омельченко В.О., Летягина Е.А., Королев М.А., Сизиков А.Э., Черных Е.Р.	174
ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ КОМОРБИДНОСТИ ОСТЕОАРТРИТА И ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ Тюрин А.В.	176
КОМБИНИРОВАННАЯ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ИНЪЕКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ И ПОЛИМОРБИДНОСТЬЮ Фатенко А.С., Беляева Е.А., Кузнецова С.В.	177
ФАКТОРЫ РИСКА ПОДАГРЫ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Филимонова О.Г., Терешко И.А., Чеченева И.А.	179
ПРЕИМУЩЕСТВА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МНОЖЕСТВЕННОГО НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЗРОСЛЫХ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОДНОГО ГОДА НАБЛЮДЕНИЙ Филоненко Е.П., Петухова А.А., Гайдукова И.З.	181
РЕДКАЯ ФОРМА МИОЗИТА: БРАХИО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ МИОПАТИЯ Хелковская-Сергеева А.Н., Гарзанова Л.А., Коломейчук А.А., Ананьева Л.П., Шаяхметова Р.У.	182



БРАХИО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ МИОПАТИЯ – ОПИСАНИЕ ГРУППЫ 23 ПАЦИЕНТОВ Хелковская-Сергеева А.Н., Гарзанова Л.А., Коломейчук А.А., Ананьева Л.П., Шаяхметова Р.У.....	183
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА С ОСТЕОАРТРИТОМ (ОА) Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.....	185
ОСТЕОАРТРОЗ И ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ Худайбердыева Г.Б., Танрыбердиева Т.О., Аллабердиев А.А.....	186
ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ПАЦИЕНТОМ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА Цветкова О.Г.....	187
ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ НА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СПОНДИЛОАРТРИТОВ Цинзерлинг А.Ю., Гайдукова И.З., Мазуров В.И., Инамова О.В., Петрова М.С.....	189
ИНИЦИАЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТМЕНОПАУЗНОГО ОСТЕОПОРОЗА БЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Шаповалова А.Б.....	190
ПРИМЕНЕНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СПОНДИЛОАРТРИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ – ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ Шашко К.С.....	192
КОНСТИПАЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ГИПЕРУРИКЕМИИ Шемеровский К.А., Трофимов Е.А., Мазуров В.И., Трофимова А.С.....	193



МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРИТА СО СМЕШАННЫМ ФЕНОТИПОМ Шохин А.А., Трофимов Е.А., Трофимова А.С.	194
МУЖСКОЙ ПОЛ КАК НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Шохин А.А., Трофимова А.С., Трофимова А.С.	196
ОСТЕОАРТРИТ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ Шохин А.А., Трофимов Е.А.	197
ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ Щемелева Е.В., Скородумова Е.А., Пивоварова Л.П., Осипова И.В., Гончарова О.В.	199
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ПОЛИНУКЛЕОТИДОВ И КОЛЛАГЕНА Щербаков Г.И., Ковтун С.Н., Поткина Т.Н.	200
ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ: СОЧЕТАНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА И МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ – ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ Щербанев К.Г., Грабовецкая Ю.Ю.	204
ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ Юпагова М.И.	208
ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ЖЕНЩИН Ярмухаммедова Д.З., Махмудова М.С.	209

Научное издание

Всероссийский конгресс с международным участием
ДНИ РЕВМАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ – 2024

ISBN 978-5-6051524-3-9

Технические редакторы:
Бобровник Е.А., Сгибнева А.С.

Дизайн, верстка:

Куделина Т.П.

Подписано в печать 07.10.2024
Формат 60x90 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура «Таймс Нью Роман»
Печать офсетная. Тираж 550 экз.