



МАКРООЦЕНКА СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ АЦЦП

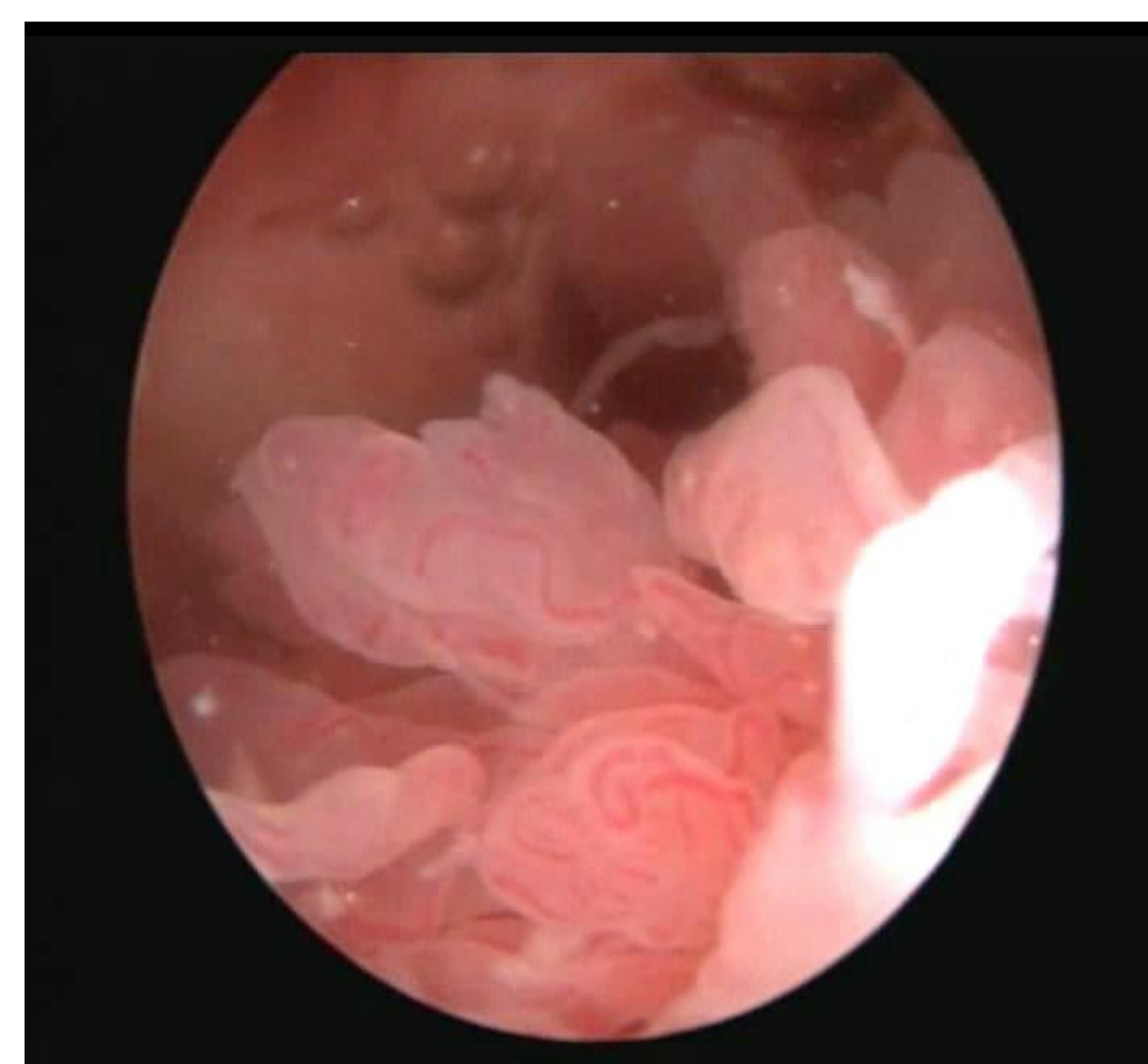
Комарова Е.Б.¹, Ребров Б.А.¹, Либстер К.С.², Панкратьев А.А.²

- 1 ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
2 Луганская областная клиническая больница

Введение: Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) высокочувствительный и высокоспецифический иммунологический маркер для ранней диагностики ревматоидного артрита (РА), так же их используют, как прогностический маркер тяжелого течения данного заболевания. Артроскопия является минимально инвазивной техникой, безопасной и эффективной для визуализации и биопсии синовиальной оболочки (СО), которая играет важную роль в патогенезе РА. Детальное изучение особенностей изменений СО при РА является актуальной проблемой в ревматологии, что позволит в дальнейшем проводить раннюю диагностику, прогнозирование течения РА и назначение индивидуальной терапии.

Цель: установить особенности макрооценки СО при артроскопии у больных РА в зависимости от уровня АЦЦП в крови.

Методы: Артроскопия коленного сустава была выполнена 33 пациентам с РА. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от уровня АЦЦП: в первую группу («-» АЦЦП) негативных или низко положительных (≤ 40 МЕ/мл) вошло 13 пациентов (40%), во вторую группу («+» АЦЦП) положительных и высоко положительных (> 40 МЕ/мл) - 20 больных (60%). Пациенты двух групп статистически не отличались по клинко-демографическим показателям. Все артроскопии были выполнены артроскопом (Karl Storz GmbH, Tuttlingen, Германия) размером 2,4 мм с углом 30° .



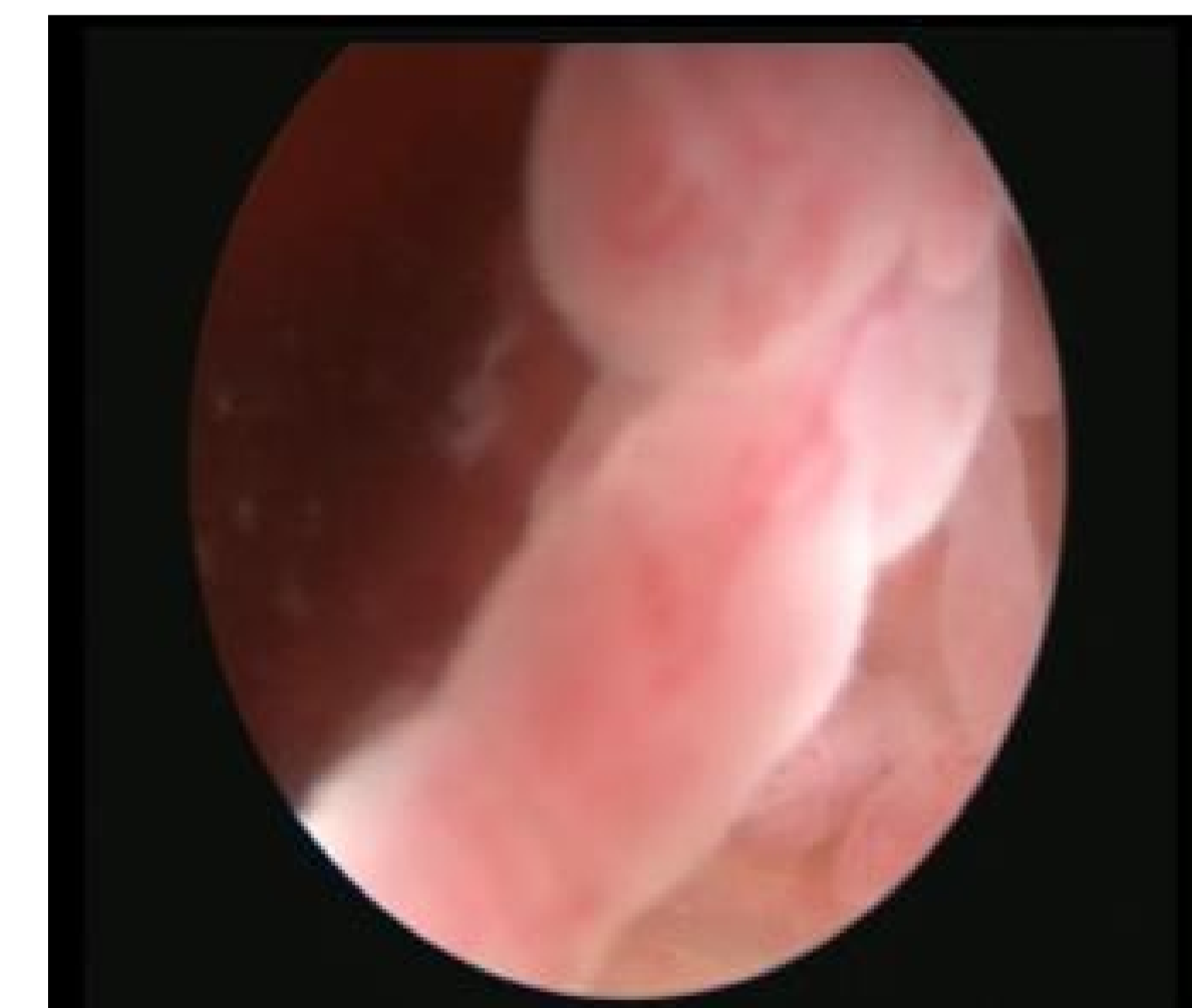
Гиперемия СО



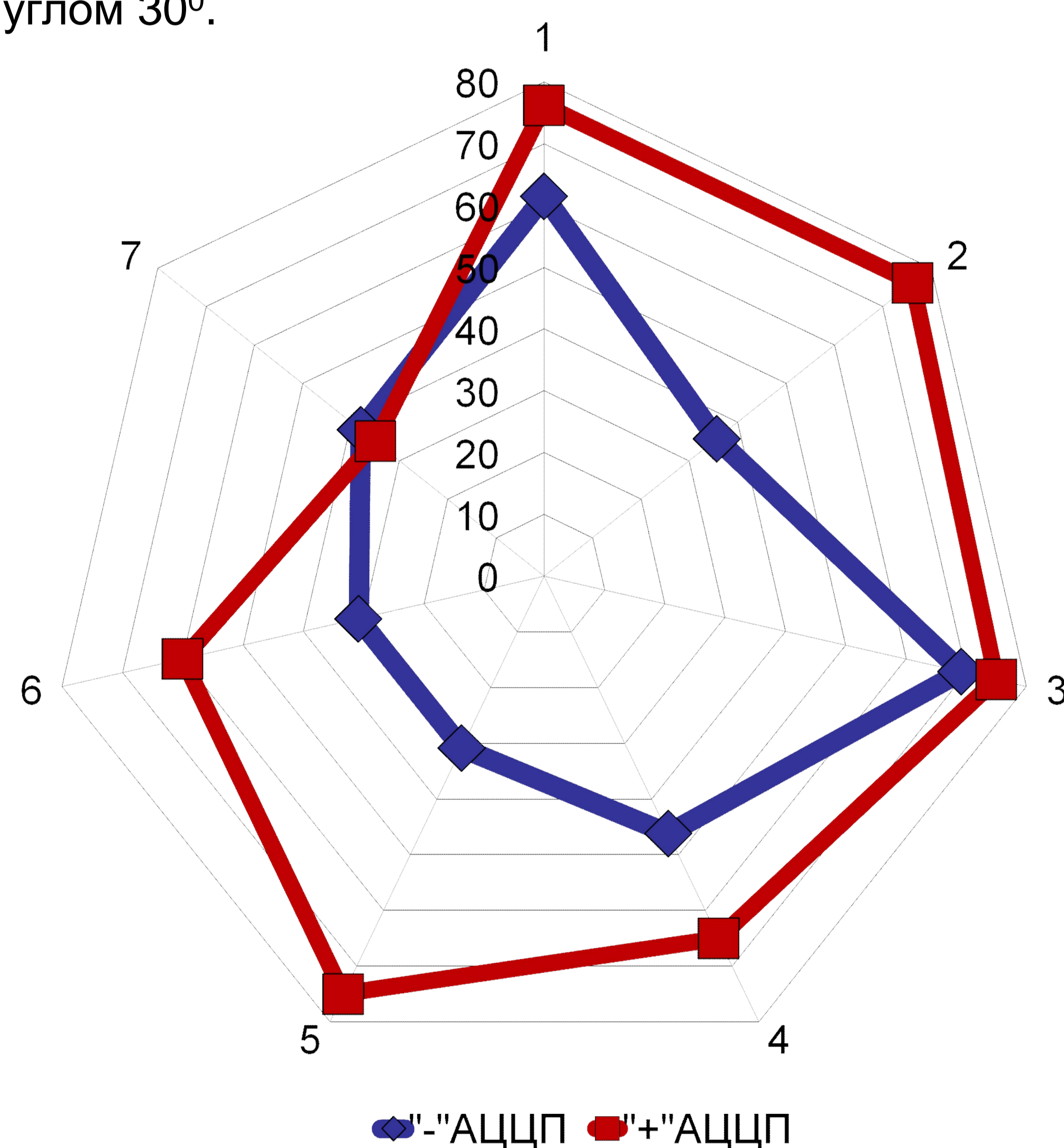
Наличие паннуса



Наличие сгустков фибрина



Булавовидные ворсины



% артроскопических изменений СО в зависимости от уровня АЦЦП в крови
1 – воспалительная гиперплазия СО, 2 - гиперемия СО, 3 - ворсинчатая гиперплазия СО, 4 - булавовидные ворсины, 5 - наличие паннуса, 6 - наличие фибрина, 7 - атрофические изменения СО.

Результаты: У пациентов двух сопоставимых групп показатель воспалительной гиперплазии СО встречался с одинаковой частотой (62% и 76%, соответственно). Гиперемия СО и выраженный сосудистый рисунок преобладали у больных «+» АЦЦП группы - 76% случаев, в группе «-» АЦЦП - 36% ($\chi^2=4,17, p<0,05$). Ворсинчатая гиперплазия СО была у 69% больных «-» АЦЦП группы и у 75% пациентов «+» АЦЦП группы. Разрастание СО с формированием булавоподобных ворсин имело тенденцию к увеличению в «+» АЦЦП группе - 65%, по сравнению с «-» АЦЦП группе - 46%, однако это было статистически недостоверно ($p>0,05$). Процент больных с атрофическими изменениями СО был практически одинаков в сопоставимых группах (38,5% и 35%, соответственно). Наличие паннуса достоверно преобладало у больных «+» АЦЦП группы (75%) при сравнении с 31% «-» АЦЦП группы ($\chi^2=4,63, p=0,03$). Наличие фибрина имело тенденцию к увеличению у больных группы «+» АЦЦП (60%), однако разница не была достоверна при сравнении с группой «-» АЦЦП (31%).

Выводы: У пациентов РА с уровнем АЦЦП > 40 МЕ/мл в крови в 2 раза чаще установлена гиперемия СО с усиленным сосудистым рисунком и в 2,5 раза чаще зафиксировано наличие паннуса. Полученные данные, свидетельствуют об интенсивности процессов воспаления и ангиогенеза в СО (важных звеньев многоуровневого патогенеза РА), с быстрым развитием костно-хрящевой деструкции, что требует «агрессивной» комплексной терапии РА у пациентов с высоким уровнем АЦЦП.