

# научно-практическая РЕВМАТОЛОГИЯ 2014 (52)

Приложение 1

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

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

## Главный редактор

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

## Заместитель главного редактора

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

## Ответственный секретарь

**В.Н. Амирджанова** — д.м.н., Москва, Россия

## Научный редактор

**Ю.А. Олюнин** — д.м.н., Москва, Россия

## Editor-in-Chief

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

## Deputy Editor-in-Chief

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

## Executive secretary

**V.N. Amirdzhanova** — DM, Moscow, Russia

## Science Editor

**Yu.A. Olyunin** — DM, Moscow, Russia

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**З.С. Алекберова** — д.м.н., профессор, Москва, Россия

**Е.Н. Александрова** — д.м.н., Москва, Россия

**Л.И. Алексеева** — д.м.н., Москва, Россия

**Л.П. Ананьева** — д.м.н., Москва, Россия

**Р.М. Балабанова** — д.м.н. Москва, Россия

**А.А. Баранов** — д.м.н., профессор, Ярославль, Россия

**Б.С. Белов** — д.м.н., Москва, Россия

**Е.А. Галушко** — д.м.н., Москва, Россия

**Л.Н. Денисов** — д.м.н., Москва, Россия

**Д.Е. Каратеев** — д.м.н., Москва, Россия

**Н.Н. Кузьмина** — д.м.н., профессор, Москва, Россия

**Ю.В. Муравьев** — д.м.н., профессор, Москва, Россия

**И.П. Никишина** — к.м.н., Москва, Россия

**Т.В. Попкова** — д.м.н., Москва, Россия

**Т.М. Решетняк** — д.м.н., профессор, Москва, Россия

**А.В. Смирнов** — д.м.н., Москва, Россия

**Н.А. Шостак** — д.м.н., Москва, Россия

**Ш.Ф. Эрдес** — д.м.н., профессор, Москва, Россия

## Иностранные члены редколлегии:

**Т. Бардин** — профессор, Париж, Франция

**Н. Дамьянов** — профессор, Белград, Сербия

**Дж.С. Смолен** — профессор, Вена, Австрия

**Е. Файст** — ассистент профессора, Берлин, Германия

**М. Кутоло** — профессор, Генуя, Италия

**Р.Ф. ван Волленховен** — профессор, Стокгольм, Швеция

## EDITORIAL BOARD:

**Z.S. Alekberova** — DM, Moscow, Russia

**E.N. Aleksandrova** — DM, Moscow, Russia

**L.I. Alekseeva** — DM, Moscow, Russia

**L.P. Anan'eva** — Professor, DM, Moscow, Russia

**R.M. Balabanova** — Professor, DM, Moscow, Russia

**A.A. Baranov** — Professor, DM, Yaroslavl, Russia

**B.S. Belov** — DM, Moscow, Russia

**E.A. Galushko** — DM, Moscow, Russia

**L.N. Denisov** — Professor, DM, Moscow, Russia

**D.E. Karateev** — DM, Moscow, Russia

**N.N. Kuz'mina** — Professor, DM, Moscow, Russia

**Yu.V. Murav'ev** — Professor, DM, Moscow, Russia

**I.P. Nikishina** — PhD, Moscow, Russia

**T.V. Popkova** — DM, Moscow, Russia

**T.M. Reshetnyak** — Professor, DM, Moscow, Russia

**A.V. Smirnov** — DM, Moscow, Russia

**N.A. Shostak** — Professor, DM, Moscow, Russia

**Sh.F. Erdes** — Professor, DM, Moscow, Russia

## Foreign members of the Editorial Board:

**T. Bardin** — Professor of Medicine, Paris, France

**N. Damianov** — Professor of Medicine, Belgrade, Serbia

**J.S. Smolen** — Professor of Medicine, Vienna, Austria

**E. Feist** — Professor Assistant, Berlin, Germany

**M. Cutolo** — Professor of Medicine, Genoa, Italy

**R. van Vollenhoven** — Professor of Medicine, Stockholm, Sweden

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

Е.И. Алексеева, Москва, Россия  
В.В. Бадюкин, Москва, Россия  
А.И. Дубиков, Владивосток, Россия  
А.Б. Зборовский, Волгоград, Россия  
И.А. Зборовская, Волгоград, Россия  
А.Е. Каратеев, Москва, Россия  
В.Н. Коваленко, Киев, Украина  
В.И. Коненков, Новосибирск, Россия  
Н.И. Коршунов, Ярославль, Россия  
А.М. Лиля, Санкт-Петербург, Россия  
Г.В. Лукина, Москва, Россия  
В.И. Макарова, Архангельск, Россия  
Л.В. Меньшикова, Иркутск, Россия  
Э.Н. Оттева, Хабаровск, Россия  
В.П. Павлов, Москва, Россия  
С.Г. Раденска-Лоповок, Москва, Россия  
А.П. Ребров, Саратов, Россия  
Я.А. Сигидин, Москва, Россия  
Н.Ф. Сорока, Минск, Беларусь  
В.Н. Сороцкая, Тула, Россия  
А.И. Сперанский, Москва, Россия  
Т.М. Черных, Воронеж, Россия  
Н.П. Шилкина, Ярославль, Россия  
С.С. Якушин, Рязань, Россия

**EDITORIAL BOARD:**

E.I. Alekseyeva, Moscow, Russia  
V.V. Badokin, Moscow, Russia  
A.I. Dubikov, Vladivostok, Russia  
A.B. Zborovsky, Volgograd, Russia  
I.A. Zborovskaya, Volgograd, Russia  
A.E. Karateev, Moscow, Russia  
V.N. Kovalenko, Kiev, Ukraine  
V.I. Konenkov, Novosibirsk, Russia  
N.I. Korshunov, Yaroslavl, Russia  
A.M. Lila, St. Petersburg, Russia  
G.V. Lukina, Moscow, Russia  
V.I. Makarova, Arkhangelsk, Russia  
L.V. Menshikova, Irkutsk, Russia  
E.N. Otteva, Khabarovsk, Russia  
V.P. Pavlov, Moscow, Russia  
S.G. Radenska-Lapovok, Moscow, Russia  
A.P. Rebrov, Saratov, Russia  
Ya.A. Sigidin, Moscow, Russia  
N.F. Soroka, Minsk, Belarus  
V.N. Sorotskaya, Tula, Russia  
A.I. Speransky, Moscow, Russia  
T.M. Chernykh, Voronezh, Russia  
N.P. Shilkina, Yaroslavl, Russia  
S.S. Yakushin, Ryazan, Russia

Издательская группа АРР:  
115522, Москва, Каширское шоссе, 34-а  
Тел.: главный редактор (499) 614-4490  
ответственный секретарь (499) 614-4285  
зав. редакцией  
**Вера Николаевна Калмыкова**  
(499) 614-4490  
e-mail: cancelar@irramn.ru  
При перепечатке ссылка на журнал  
обязательна.

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

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

Научно-практическая ревматология,  
2014; 52; (прил. 1):1–168  
© ФГБУ «НИИР» РАМН

Предпечатная подготовка:  
**ООО «ИМА-ПРЕСС»**  
Тел.: (495) 926-7814

Отпечатано в типографии «Логан»  
Тираж — 3000 экз.

Подписной индекс в агентстве «Роспечать»  
36 896

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

# ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 3 С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ДЕСТРУКТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Авдеева А.С., Александрова Е.Н., Новиков А.А., Панасюк Е.Ю., Лукина Г.В., Черкасова М.В., Насонов Е.Л. *ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия*

## Введение/цель

Матриксные металлопротеиназы (ММП) – группа протеолитических ферментов, имеющих большое значение в развитии суставной деструкции при ревматоидном артрите (РА). Сывороточный уровень ММП3 может являться полезным маркером активности заболевания, а также предиктором тяжелого деструктивного поражения при РА. Цель – оценить взаимосвязь уровня ММП3 с активностью заболевания, деструкцией суставов, а также динамику уровня данного показателя на фоне различных схем терапии РА.

## Материал и методы

Обследовано 80 больных РА (65 женщин, средний возраст 53,5 года; 42,5–60,0 лет, длительность заболевания 67,5 мес; 36,0–117,0 мес, DAS28=5,8; 5,1–6,6), получающих генно-инженерные биологические препараты (ГИБП): ритуксимаб (РТМ; n=23) и тоцилизумаб (ТЦЗ; n=29) по стандартной схеме в комбинации с базисными противовоспалительными препаратами (БПВП), а также терапию метотрексатом (МТ; n=28). Контрольную группу составили 30 здоровых доноров. Рентгенографию кистей и дистальных отделов стоп оценивали по методу Sharp/van der Heijde. Определение СОЭ осуществляли методом Вестергрена, сывороточную концентрацию ММП3 (нг/мл) измеряли методом иммуноферментного анализа.

## Результаты/обсуждение

До начала лечения уровень ММП3 среди больных РА был выше (35,0; 12,5–66,5; n=52), чем в группе здоровых доноров (7,7; 5,5–11,8; p<0,05). Отмечалась положительная корреляция базального уровня ММП3 с СОЭ ( $r=0,4$ ;  $p=0,01$ ) и концентрацией С-реактивного белка (СРБ;  $r=0,4$ ;  $p=0,001$ ). При проведении ROC-анализа было установлено, что базальный уровень ММП3  $\leq 51,3$  ассоциировался с отсутствием рентгенологического прогрессирования через 48 нед в группе ТЦЗ: AUC 0,587; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,33–0,84. Также была выявлена взаимосвязь между нормализацией уровня ММП3 ( $\leq 12,2$ ) к 24-й неделе терапии ТЦЗ и отсутствием прогрессирования деструктивных изменений в суставах через 48 нед (AUC 0,597; 95% ДИ 0,32–0,88). На фоне терапии ГИБП уровень ММП3 снижался: в группе РТМ – с 25,0 (5,0–70,0) исходно до 5,0 (0,5–45,0) и 5,0 (0,5–40,0) через 16 и 24 нед соответственно ( $p<0,05$ ); в группе ТЦЗ – с 42,5 (19,5–66,0) исходно до 19,3 (10,2–21,6) и 12,4 (7,8–17,9) через 4 и 24 нед соответственно ( $p<0,05$ ). На фоне терапии МТ уменьшения концентрации ММП3 не отмечалось ( $p>0,05$ ).

## Выводы/заключение

Определение концентрации ММП3 в сыворотке крови может быть полезным для оценки активности заболева-

ния, мониторинга эффективности терапии, а также прогнозирования развития тяжелого эрозивного поражения суставов при РА.

# РАЗЛИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДАЛИМУМАБА ПРИ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРЕПАРАТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И НАЛИЧИЯ АНТИТЕЛ К НЕМУ

Авдеева А.С., Александрова Е.Н., Новиков А.А., Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Черкасова М.В., Насонов Е.Л. *ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия*

## Введение/цель

Применение адалимумаба (АДА) может сопровождаться образованием антилекарственных антител (анти-АДА АТ), влияющих на эффективность терапии и развитие нежелательных реакций. Цель – оценить взаимосвязь эффективности терапии АДА при раннем ревматоидном артрите (РА) с уровнем препарата в сыворотке крови и наличием антител к нему.

## Материал и методы

Концентрацию АДА (мкг/мл) и уровень анти-АДА АТ (позитивный/негативный результат) в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа у 25 больных ранним РА (15 женщин, средний возраст 54,0; 47,0–58,0 года; длительность заболевания 8,0; 5,0–25,0 мес; DAS28 в среднем 5,8; 4,9–7,5) до начала терапии, а затем через 12 и 24 нед лечения. Все больные получали метотрексат и АДА по стандартной схеме. Для всех пациентов АДА был первым биологическим препаратом.

## Результаты/обсуждение

Через 12 нед значение индекса DAS28 составило 3,5 (3,2–4,4); ответ на лечение (по критериям EULAR) регистрировался у 20 пациентов. Через 24 нед DAS28 оставался равным 3,5 (3,1–4,4), ответ на терапию отмечен у 16 человек. Больные были разделены на две группы: с уровнем АДА в сыворотке крови  $< 3,0$  (первая группа, n=7) и  $\geq 3,0$  (вторая группа, n=13). К 12-й неделе терапии достоверных различий между группами по активности заболевания, уровню острофазовых показателей не выявлено ( $p>0,05$ ). К 24-й неделе лечения среди пациентов первой группы отмечались более высокая активность болезни: DAS28 достиг 4,5 (3,3–4,9); также высоким был уровень острофазовых показателей: СОЭ – 44 (18–57) мм/ч, уровень С-реактивного белка (СРБ) – 10,1 (4,9–34,5) мг/мл по сравнению с больными второй группы: DAS28=3,5 (2,9–3,9), СОЭ 15,0 (6,0–17,0) мм/ч, СРБ 1,9 (0,75–6,7) мг/мл;  $p<0,05$ . Также на 24-й неделе была выявлена отрицательная корреляция уровня АДА и DAS28 ( $r=-0,46$ ;  $p=0,04$ ), СРБ ( $r=-0,54$ ;  $p=0,02$ ) и СОЭ ( $r=-0,5$ ;  $p=0,02$ ). Анти-АДА АТ выявлялись у 3 (12,5%) пациентов через 12 нед и у 2 (10%) больных через 24 нед терапии. К 24-й неделе лечения у 100% больных с наличием анти-АДА АТ зарегистрировано отсутствие клинического эффекта ( $\Delta$ DAS28 = -1,36 (от -3,1 до -0,4). В группе пациентов без анти-АДА АТ отмечались меньшее количество не ответивших на лечение (11%) и положительная динамика DAS28 –  $\Delta$ DAS28 = 2,5 (1,66–2,9;  $p<0,05$ ).

### Выводы/заключение

У пациентов с ранним РА, получающих терапию АДА, низкий уровень препарата (<3,0 мкг/мл) в сыворотке крови ассоциируется с более высокой клинико-лабораторной активностью заболевания. К 12–24-й неделе терапии АДА у 10–12,5% больных выявляются анти-АДА АТ, образование которых сопровождается снижением эффективности терапии.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЗИТИВНОГО ПО АНТИТЕЛАМ К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ (АЦЦП) РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Авдеева О.С.<sup>1</sup>, Юнина Т.А.<sup>1</sup>, Беляева Е.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Городской ревматологический центр, Тула, Россия;

<sup>2</sup>Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия

### Введение/цель

Провести анализ вариантов дебюта и течения АЦЦП-позитивного ревматоидного артрита (РА) по сравнению с АЦЦП-негативным РА.

### Материал и методы

Проведен сравнительный анализ карт историй болезни 68 пациентов (32 – АЦЦП-позитивный РА, 36 – АЦЦП-негативный РА) за период с начала 2013 г.

### Результаты/обсуждение

При АЦЦП-позитивном РА отмечены атипичные варианты начала: изолированное поражение локтевых суставов с быстрым формированием сгибательных контрактур и поздним присоединением артритов суставов кистей (n=1); артриты и экссудативные синовиты плечевых суставов без поражения кистей в дебюте (n=1); моноартрит коленного сустава (n=2); редуцированный синдром Фелти со стойкой лейкопенией (n=1); артриты лучезапястных и голеностопных суставов с отсроченным присоединением артритов суставов кистей и стоп (n=2), артралгии суставов верхних конечностей без экссудативных изменений (n=1). Из внесуставных проявлений в дебюте при АЦЦП-позитивном РА преобладали ливедо- васкулит и конституциональный синдром. Серопозитивность по ревматоидному фактору с равной частотой встречалась в группах АЦЦП-позитивных и -негативных пациентов. У АЦЦП-позитивных больных СОЭ по Вестергрену >90 мм/ч наблюдалась в 41% случаев, у АЦЦП-негативных – в 11%. Средняя доза метотрексата в первые 10–12 нед терапии при АЦЦП-позитивном РА составила 20–22,5 мг/нед, по сравнению с 15–17,5 мг/нед при АЦЦП-негативном РА. Уровень С-реактивного белка в течение 4 нед при сопоставимой терапии снизился в группе АЦЦП-позитивных больных на 28–42%, среди АЦЦП-негативных – на 54–67%.

### Выводы/заключение

При АЦЦП-позитивном РА отмечаются атипичные варианты дебюта, высокая лабораторная активность, потребность в быстром наращивании дозы метотрексата.

## МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Алекперов Р.Т., Смирнов А.В.,

Торопцова Н.В., Черемухина Е.О.

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

### Введение/цель

Исследования минеральной плотности костной ткани (МПКТ) показали ее снижение у больных системной склеродермией (ССД) по сравнению со здоровыми лицами. Распространенность и выраженность снижения МПКТ у больных ССД значительно различаются между отдельными странами и варьируют от 17% в Испании [Rios-Fernandez R. et al., 2012] до 77% в Китае [Mok C.C. et al., 2012]. Цель – изучить МПКТ и частоту остеопороза (ОП) среди российской популяции больных.

### Материал и методы

В исследовании случай–контроль МПКТ оценивалась у 52 женщин в менопаузе, больных ССД (16 – диффузная и 36 – лимитированная ССД), в возрасте 44–71 (57,6±7,1) года с длительностью болезни от 1 года до 36 лет. Контрольную группу составили 44 здоровые женщины в менопаузе в возрасте 50–71 (59,2±6,6) года. МПКТ измеряли с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (Hologic 4500A) в поясничном отделе позвоночника (П), шейке бедра (Ш) и проксимальном отделе бедренной кости (Б). Степень снижения МПКТ определяли в соответствии с критериями ВОЗ.

### Результаты/обсуждение

У больных ССД МПКТ была достоверно меньше, по сравнению с контрольной группой: в П – 0,804±0,090 и 0,861±0,092 г/см<sup>2</sup> (p=0,025); в Ш – 0,670±0,128 и 0,736±0,112 г/см<sup>2</sup> (p=0,037) и в Б – 0,801±0,160 и 0,884±0,124 г/см<sup>2</sup> (p=0,03). Частота ОП у больных ССД была достоверно выше, чем в контрольной группе, – 59 и 11% соответственно (p<0,0001). МПКТ не различалась между больными диффузной и лимитированной формами ССД. Снижение МПКТ в П, Ш и Б ассоциировалось с возрастом (r=-0,40, p<0,001; r=-0,48, p<0,001; r=-0,38, p=0,002 соответственно), длительностью постменопаузального периода (r=-0,44, p<0,001; r=-0,42, p<0,001; r=-0,33, p=0,016), длительностью болезни (r=-0,21, p=0,033; r=-0,37, p=0,001; r=-0,36, p=0,004) и уровнем С-реактивного белка, определяемого высокочувствительным методом (r=-0,22, p=0,041; r=-0,26, p=0,045; r=-0,35, p=0,011). МПКТ в Ш и Б коррелировала также с суточной дозой глюкокортикоидов (ГК) (r=-0,34, p=0,025; r=-0,37, p=0,023). Т-счет у больных ССД, принимавших ГК, был значительно меньше, чем у больных, не получавших ГК, как в П (-2,01±1,52 и -1,17±1,42; p=0,012), так и в Ш (-2,38±1,18 и -1,26±1,25; p=0,003) и в Б (-1,98±1,34 и -0,84±1,19; p=0,011).

### Выводы/заключение

ОП развивается более чем в половине случаев ССД. Низкая МПКТ у больных ССД ассоциируется, помимо традиционных факторов риска, с длительностью болезни и воспалительной активностью.

# КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНЫХ АУТОИММУННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Александрова Е.Н.

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

## Введение/цель

Аутоантитела (антинуклеарные антитела – АНА, ревматоидный фактор, антитела к цитруллинированным белкам, антифосфолипидные антитела, антинейтрофильные цитоплазматические антитела) являются основными серологическими маркерами системных аутоиммунных ревматических заболеваний (САРЗ). Цель – оценить клинико-диагностическое значение новых методов определения аутоантител при САРЗ.

## Материал и методы

У больных САРЗ изучена клиническая информативность высокопроизводительных методов измерения аутоантител, основанных на использовании автоматизированных систем и мультиплексных протеомных технологий.

## Результаты/обсуждение

В последние годы наряду с «классическими», мультиплексными методами иммунодиагностики (непрямая реакция иммунофлюоресценции – НРИФ, иммуноферментный анализ – ИФА, иммуноблоттинг и др.) все шире применяется мультиплексный анализ аутоантител, основанный на протеомных технологиях с использованием белковых микрочипов. Мультиплексные диагностические платформы обладают более высокой аналитической чувствительностью по сравнению с рутинными методами определения аутоантител. Это позволяет обнаружить профили антиген-специфических антител у ранее «серонегативных» больных САРЗ, эффективно мониторировать уровень аутоантител на фоне проводимой терапии, уточнить связь между сывороточной концентрацией аутоантител, активностью патологического процесса и тяжестью повреждения внутренних органов, расширить представления о патогенетическом и предиктивном значении аутоантител. Однако новые методы твердофазного анализа (ИФА, мультиплексные тест-системы) не могут заменить первичный скрининг АНА с помощью НРИФ-HEr-2, так как идентифицируют антитела к ограниченному количеству антигенов, что приводит к увеличению числа ложноотрицательных результатов. Автоматизированные системы интерпретации клеточных флюоресцентных тестов способствуют стандартизации и повышению эффективности определения АНА и других аутоантител методом НРИФ. Актуальной проблемой стандартизации современных методов обнаружения аутоантител является создание международных референтных материалов для калибровки и внешней оценки качества иммунологических тестов.

## Выводы/заключение

Применение многопараметрических методов исследования позволяет идентифицировать индивидуальные профили аутоантител и тем самым радикально улучшить раннюю диагностику САРЗ. Автоматизация иммуномет-

рических методов имеет важное значение для стандартизации и повышения аналитической надежности исследования аутоантител.

# ИССЛЕДОВАНИЕ УПРУГОЭЛАСТИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Антипова В.Н., Радайкина О.Г.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный  
университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

## Введение/цель

Важную роль в патогенезе увеличения жесткости артериальной стенки может играть воспаление. Повышенная жесткость артерий приводит к изолированной систолической артериальной гипертензии, в свою очередь увеличение систолического артериального давления – важная причина неблагоприятного прогноза сердечно-сосудистых заболеваний. Цель – исследование упругоэластических и функциональных свойств артерий и некоторых клинико-лабораторных параметров активности воспалительного процесса у больных ревматоидным артритом (РА).

## Материал и методы

Для определения жесткости артерий использован неинвазивный метод исследования упругоэластических и функциональных свойств артерий по регистрации сфигмограмм на артериографе TensioClinic (с лицензионным программным обеспечением TensioMed Kft, Венгрия). Основные характеристики артериальной ригидности – скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) и индекс аугментации (ИА). Анализировали также корреляцию показателей артериальной жесткости с клиническими критериями активности иммуновоспалительного процесса – числом болезненных (ЧБС) и припухших (ЧПС) суставов, уровнем С-реактивного белка (СРБ).

## Результаты/обсуждение

Исследование жесткости артерий у 79 больных РА и 62 практически здоровых добровольцев выявило повышение ИА в плечевой артерии у больных РА в 2,3 раза ( $p < 0,001$ ), а в аорте – на 38,7% ( $p < 0,05$ ). В группе больных РА выявлено увеличение СРПВ в аорте  $> 11$  м/с (достоверно чаще, чем в контрольной группе). Данные изменения коррелировали с показателями активности РА: ЧБС ( $r = 0,39$ ;  $p = 0,036$ ), ЧПС ( $r = 0,44$ ;  $p = 0,013$ ), а также с уровнем СРБ ( $r = 0,56$ ;  $p = 0,001$ ).

## Выводы/заключение

Иммуновоспалительный процесс при РА может иметь существенное значение в патогенезе сосудистого ремоделирования, приводящего к высокому кардиоваскулярному риску у больных РА. Повышение артериальной ригидности коррелирует с длительностью и активностью РА. Увеличение жесткости артерий определяет, кроме повышения артериального давления, высокий риск развития инсульта, ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности.

## ТРУДНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НА РАННЕЙ СТАДИИ (по данным когорты «РЕНЕССАНС»)

Асеева Е.А., Соловьев С.К., Решетняк Т.М.,  
Клюквина Н.Г., Попкова Т.В., Кошелева Н.М., Лисицына Т.А.,  
Панафилина Т.А., Герасимова Е.В., Середавкина Н.В.,  
Кондратьева Л.В., Цанян М.Э., Матянова Е.В.,  
Завальская М.В., Лопатина Н.Е., Тарасова Г.М., Федина Т.П.,  
Евсикова М.Д., Сажина Е.Г., Глухова С.И., Насонов Е.Л.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

### Введение/цель

Определить особенности ранней диагностики систем-  
ной красной волчанки (СКВ) в когорте «РЕНЕССАНС».

### Материал и методы

Проанализированы данные анамнеза 231 пациента  
с СКВ, последовательно госпитализированных в клинику  
ФГБУ «НИИР» РАМН за период с августа 2012 г. по июнь  
2013 г.; 88% женщин (из них 13% беременные) и 12% муж-  
чин. 52% пациентов были из Москвы и Московской обла-  
сти, 48% — из других регионов. На момент госпитализации  
все пациенты были с верифицированным диагнозом СКВ  
по критериям ACR (1997).

### Результаты/обсуждение

Средний возраст больных составил 34,9±11,1 года,  
длительность заболевания — 29,53 [1; 444] мес. В тече-  
ние первого года болезни диагноз СКВ был установлен  
только у 133 (58%) больных из 231. Через 1,5–2 года от  
начала заболевания диагноз верифицирован у 35 (15%)  
пациентов, через 3 года — у 16 (7%) человек, через 4–5  
лет — у 16 (7%). У 31 (13%) пациента диагноз СКВ был  
установлен более чем через 5 лет от дебюта заболевания.  
У всех пациентов этой группы было хроническое тече-  
ние СКВ (по В.А. Насоновой), с антифосфолипидным  
синдромом (АФС) или суставным синдромом в дебюте.  
В течение первого месяца болезни СКВ была диагно-  
стирована у 55 (24%) пациентов. У 97 (42%) диагности-  
ровались другие ревматические заболевания (в 25% —  
ревматоидный артрит, инфекционно-аллергический  
полиартрит, полиартрит), у 79 (34%) — различные не-  
ревматические заболевания (у 12% — кожные, у 9% —  
инфекционные, у 1–2% подозревались болезни систе-  
мы кроветворения, эндокринологические и онкологи-  
ческие заболевания). У 101 (44%) человека СКВ вери-  
фицирована в ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой»  
РАМН. У 72 (31%) человек диагноз СКВ установлен во  
время госпитализаций по месту жительства (областные,  
районные, реже — городские клинические больницы).  
Только в одном случае (0,4%) диагноз СКВ был устано-  
влен в поликлинике по месту жительства, у двух человек  
(1%) в детской клинической больнице, у 12 (5%) —  
в МОНИКИ, в 43 (18,6%) случаях — в различных ведом-  
ственных стационарах г. Москвы.

### Выводы/заключение

Диагноз СКВ на ранних сроках заболевания устанавли-  
вается достаточно редко. Наибольшую трудность в по-  
становке диагноза представляют пациенты с хроническим  
течением, АФС и артритом. У молодых женщин с артри-  
том, поражением кожи, тромбозами и нетипичным тече-

нием инфекционных заболеваний верификация диагноза  
должна проводиться совместно с квалифицированным  
ревматологом.

## НЕОБРАТИМЫЕ ОРГАНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ (РЕНЕССАНС)

Асеева Е.А., Соловьева Е.С., Решетняк Т.М.,  
Клюквина Н.Г., Попкова Т.В., Кошелева Н.М.,  
Лисицына Т.А., Панафилина Т.А., Герасимова Е.В.,  
Середавкина Н.В., Кондратьева Л.В., Цанян М.Э.,  
Матянова Е.В., Завальская М.В., Лопатина Н.Е.,  
Тарасова Г.М., Федина Т.П., Евсикова М.Д., Сажина Е.Г.,  
Глухова С.И., Соловьев С.К., Насонов Е.Л.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

### Введение/цель

Выявить частоту и характеристику необратимых ор-  
ганных повреждений в когорте «РЕНЕССАНС».

### Материал и методы

Включены 231 пациент с достоверным диагнозом  
системной красной волчанки (СКВ), последовательно  
госпитализированных в клинику ФГБУ «НИИР  
им. В.А. Насоновой» РАМН с августа 2012 г. по июнь  
2013 г. (88% женщин и 12% мужчин). 52% пациентов были  
из Москвы и Московской области, 6% — из республик Се-  
верного Кавказа, по 3% с Крайнего Севера, из Бурятии,  
Башкирии и из других регионов России, а также Казахста-  
на и Армении. Средний возраст больных составил  
34,9±11,1 года, длительность заболевания — 29,53 [1; 444]  
мес. 47% госпитализированных были с обострением СКВ  
по индексу SFI, причем у 48 из них было умеренное,  
а у 60 — выраженное обострение СКВ. Оценивались ак-  
тивность СКВ по SLEDAI2K (S2K) в момент поступления,  
органные повреждения по SLICC/ACR DaI (ИП), прово-  
димая терапия.

### Результаты/обсуждение

У 32 (14%) пациентов отсутствовала активность  
СКВ, у 69 (30%) активность была низкая (S2K 1–5 бал-  
лов). У 60 (26%), 41 (18%) и 29 (12%) человек выявлялись  
средняя (S2K 6–10 баллов), высокая (S2K 11–19 баллов)  
и очень высокая степени активности (S2K >20 баллов)  
соответственно. Лишь у 95 (41%) из 231 пациентов ИП  
был равен нулю. У 59% больных выявлены повреждения,  
как связанные с самим заболеванием, так и являющиеся  
результатом проводимой терапии. ИП 1 балл выявлен  
у 64 (28%), 2–3 балла — у 44 (19%), >3 баллов — у 28 (12%)  
пациентов. За период болезни в 100% случаев назнача-  
лись глюкокортикоиды (ГК), пульс-терапия ГК прово-  
дилась у 82%, цитотоксические препараты назначались  
57%, генно-инженерные биологические препараты —  
25%. Чаще всего встречалось поражение глаз (33%), по-  
вреждение костно-мышечной системы (18%) и сердечно-  
сосудистой и нервной систем (16 и 10% соответственно);  
поражение легких, сахарный диабет и малигнизация —  
реже (6; 5 и 1,3% соответственно). Катаракта выявлена  
у 70, изменение сетчатки глаза или атрофия зрительного  
нерва — у 7 человек. У 21 пациента обнаружены асептиче-  
ские некрозы крупных суставов, у 11 — остеопороз с пе-

реломами или коллапсом позвонков, у 9 – артропатия Жаку. Стенокардия выявлена у 10 больных, из них у 5 в анамнезе был инфаркт миокарда (на фоне СКВ), у 7 – кардиомиопатия, у 20 – поражение клапанов. У 9 пациентов были когнитивные нарушения, у 7 – инсульты в анамнезе (на фоне СКВ), у 3 – эпилептические состояния, у 5 – полинейропатия. Поражение легких в виде легочной гипертензии диагностировано у 7, легочный фиброз – у 6 и плевральный фиброз – у 1 пациента. Сахарный диабет на фоне СКВ развился у 11 пациентов, маляриоз – у 3.

#### **Выводы/заключение**

В когорте пациентов РЕНЕССАНС отмечена высокая частота катаракты, остеопороза и асептических некрозов. Необходимо дальнейшее изучение с целью выявления факторов, влияющих на развитие органических повреждений.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРИОТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА**

Афанасьева Т.Л., Гетагазов М.Э.

*Артрологическая больница НПО «СКАЛ», Москва, Россия*

#### **Введение/цель**

Проведено изучение клинической эффективности и переносимости криотерапии жидким азотом у больных с вертеброгенным синдромом на шейно-черепном, шейно-плечевом и пояснично-крестцовом уровне. Важнейшими проблемами, ограничивающими эффективность традиционных подходов к лечению боли, являются недостаточная длительность обезболивания и частые побочные эффекты (например, токсический гепатит, кардиоваскулярные осложнения, аллергические реакции). Проблема безопасности терапии особенно велика у пожилых больных, страдающих сопутствующими заболеваниями. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов не всегда устраняет болевой синдром и оказывает побочное воздействие на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ).

#### **Материал и методы**

Нами проведено исследование, в которое были включены 326 пациентов (247 женщин и 79 мужчин) в возрасте от 42 до 79 лет (средний возраст  $53,3 \pm 6,4$  года). Длительность заболевания от 3 до 25 лет (в среднем  $8,46$  года). Критерием включения в исследование явилось хроническое рецидивирующее течение в стадии обострения. У 60,5% пациентов отмечались боли в нижней части спины (люмбалгия или люмбоишиалгия), а у 39,5% пациентов – хронические боли на шейно-черепном, шейно-плечевом уровнях в персистирующем или рецидивирующем варианте. Криотерапия проводилась с применением жидкого азота на зоны максимальной боли спины, связанные с миотоническим или миофасциальным синдромом. Курс лечения включал 8 процедур. Эффективность лечения оценивалась по динамике болей по визуальной аналоговой шкале, оценке качества жизни НАQ до начала лечения, в процессе и через 6 мес после окончания терапии. Переносимость анализировали на основании возможных побочных эффектов на ЖКТ; гипертонической болезни, ишемической болезни сердца.

#### **Результаты/обсуждение**

Анализ динамики интенсивности болевого синдрома показал снижение уровня боли уже после первой процедуры. Полное исчезновение болей после завершения лечения наступило у 104 (31,9%) больных. Значительное улучшение было достигнуто у 185 (56,7%) больных. Таким образом, боли исчезли или значительно уменьшились у 289 (88,6%) больных. Криотерапия с помощью жидкого азота оказывает терапевтическое воздействие путем уменьшения кровотока, подавляя выделение в периферическое сосудистое русло вазоактивных веществ. Предупреждает отек тканей, может воспрепятствовать сенситизации неактивных нейронов спинного мозга.

#### **Выводы/заключение**

Криотерапия с помощью жидкого азота – эффективный и безопасный метод лечения больных остеохондрозом позвоночника. Метод хорошо переносится и может применяться во всех возрастных группах.

## **ВЛИЯНИЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СУСТАВАХ**

Ахтямов И.Ф.<sup>1,2</sup>, Лапшина С.А.<sup>1,2</sup>, Мясоутова Л.И.<sup>1</sup>, Гильмутдинов И.Ш.<sup>2</sup>, Хаертдинов И.С.<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;*

*<sup>2</sup>ГБУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия*

#### **Введение/цель**

Актуальным остается вопрос базисной медикаментозной терапии ревматоидного артрита (РА) в периоперационный период при протезировании суставов. Цель – проанализировать результаты эндопротезирования (ЭП) коленных и тазобедренных суставов в зависимости от получаемой терапии.

#### **Материал и методы**

ЭП коленного и тазобедренного суставов проведено 48 больным РА (43 женщинам, 5 мужчинам), средний возраст  $51,0 \pm 10,8$  года. Продолжительность заболевания на момент операции составила  $11,5 \pm 2,8$  года. Высокая активность заболевания по DAS28 наблюдалась у 13 (27,1%) пациентов, умеренная – у 25 (52,1%), низкая – у 10 (20,8%), среднее значение DAS28 =  $4,4 \pm 1,1$ . На момент операции продолжали принимать базисные противовоспалительные препараты (БПВП) 30 (62,5%) человек: метотрексат 7,5–20 мг в неделю (средняя доза 12,8 мг) – 25, лефлуномид – 4, сульфасалазин – 1 человек. БПВП не принимали (как минимум 2 мес до операции) 18 (37,5%) пациентов, все они получали глюкокортикоиды (ГК) в дозе от 5 до 15 мг, средняя доза  $6,8 \pm 2,3$  мг. До операции и через 6 мес после была оценена боль в суставах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), активность заболевания (DAS28), функциональная способность по индексу НАQ.

#### **Результаты/обсуждение**

После ЭП сустава через 6 мес боль по ВАШ уменьшилась в 2 раза – на  $31,9 \pm 16,9$  мм ( $p < 0,05$ ), снизилась активность заболевания:  $\Delta$ DAS28 =  $1,1 \pm 0,9$ , уменьшился индекс НАQ с  $1,61 \pm 0,24$  до  $1,03 \pm 0,36$  ( $p < 0,05$ ). Положительная динамика в отношении снижения боли по ВАШ

и индекса НАQ была более выражена ( $p < 0,05$ ) у пациентов, получающих БПВП (ΔВАШ боли =  $-31,9 \pm 12,8$  мм, ΔНАQ =  $-0,67 \pm 0,28$ ), по сравнению с теми, кто принимал только ГК (ΔВАШ боли =  $-27,2 \pm 13,4$  мм, ΔНАQ =  $-0,51 \pm 0,29$ ). Снижение активности DAS28 составило  $1,4 \pm 0,8$  и  $1,1 \pm 0,7$  в группах соответственно. Осложнение в виде инфекционного процесса мягких тканей области оперированного сустава было у одного пациента, получавшего ГК на момент операции.

#### **Выводы/заключение**

ЭП суставов является эффективным методом купирования боли и улучшения функциональной способности, способствует снижению активности РА. Данные показатели после операции были лучше у пациентов, продолжающих непрерывный прием БПВП.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Ахтямов И.Ф.<sup>1,2</sup>, Лапшина С.А.<sup>1,2</sup>, Мясоутова Л.И.<sup>1</sup>, Гильмутдинов И.Ш.<sup>2</sup>, Афанасьева М.А.<sup>2</sup>, Хаертдинов И.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

<sup>2</sup>ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

#### **Введение/цель**

Эндопротезирование (ЭП) является эффективным методом купирования болевого синдрома и улучшения функции коленного сустава у пациентов со стойким болевым синдромом. Актуальным остается вопрос медикаментозной терапии в периоперационный период. Цель – проанализировать результаты ЭП коленного сустава у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

#### **Материал и методы**

ЭП проведено 24 пациентам (21 женщине, 3 мужчинам) с РА с III–IV стадией вторичного гонартроза и стойким болевым синдромом, средний возраст  $53,7 \pm 9,6$  года, длительность заболевания  $11,9 \pm 3,5$  года. Пациенты были разделены на две группы: первая ( $n=12$ ) получала нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) курсом за 2 дня до операции и после операции в стабильной среднесуточной дозе 150 мг в пересчете на диклофенак, другая группа ( $n=12$ ) пациентов получала НПВП по требованию после операции. До операции, после нее и через 6 мес оценены боль в суставах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), функциональная способность по индексу НАQ и WOMAC.

#### **Результаты/обсуждение**

После ЭП коленного сустава через 6 мес боль по ВАШ уменьшилась в 2 раза на  $28,1 \pm 14,6$  мм ( $p < 0,05$ ), индекс НАQ с  $1,6 \pm 0,3$  до  $1,0 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ), индекс WOMAC с  $53,1 \pm 10,7$  до  $18,3 \pm 11,8$  ( $p < 0,05$ ). У пациентов с РА, получавших НПВП в предоперационный период, уменьшение боли (Δ) по ВАШ составило  $32,8 \pm 12,6$  мм, ΔНАQ =  $-0,7 \pm 0,3$ , что существенно ( $p < 0,05$ ) больше, чем у пациентов, получавших НПВП только после операции по требованию: Δ боли по ВАШ =  $-27,9 \pm 15,4$  мм, ΔНАQ =  $-0,5 \pm 0,2$ . Осложнений в послеоперационный период зарегистрировано не было.

#### **Выводы/заключение**

ЭП коленного сустава является эффективным методом улучшения функциональной способности, купирования боли при вторичном гонартрозе. Превентивная анальгезия НПВП имеет преимущества перед приемом НПВП после операции по требованию при вторичном гонартрозе на фоне ревматоидного воспаления в суставе.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Ахунова М.Ф.<sup>2</sup>, Каримова Г.Н.<sup>1</sup>,  
Шукурова С.М.<sup>1</sup>, Хамроева З.Д.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан;

<sup>2</sup>Центральная районная больница, Худжанд, Таджикистан

#### **Введение/цель**

Определить взаимосвязь между длительностью и степенью тяжести течения остеоартроза (ОА) и наличием ишемической болезни сердца (ИБС).

#### **Материал и методы**

Объектом исследования явились 60 больных ОА коленных суставов в возрасте от 40 до 70 лет с продолжительностью заболевания 1–9 лет (в среднем  $6,8 \pm 1,7$  года), получивших стационарное лечение в Городской клинической больнице №5 им. академика К.Т. Таджикива. Обследование включало рентгенологическое исследование суставов, антропометрические измерения (масса тела, рост, индекс массы тела). По суммарному индексу Лекена рассчитывался индекс тяжести гонартроза, клинические проявления ОА оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в покое и при ходьбе. Диагноз ИБС устанавливался в соответствии с критериями ВОЗ (1979).

#### **Результаты/обсуждение**

Для определения связи между степенью тяжести ОА и ИБС все больные были разделены на две группы: 1-я группа ( $n=28$ ) – больные ОА без ИБС, 2-я ( $n=32$ ) – ОА с ИБС. При анализе тяжести течения гонартроза по индексу Лекена выявлено, что в группе больных с ИБС индекс тяжести течения гонартроза был достоверно выше ( $p < 0,001$ ) –  $17,37 \pm 0,57$  балла против  $6,71 \pm 0,68$  балла в группе больных ОА без ИБС. Также по результатам оценки влияния субъективных болевых ощущений на суставную симптоматику, определяемым по ВАШ в покое и при ходьбе, были достоверно выше ( $p < 0,05$ ) в группе больных с ИБС –  $97,63 \pm 0,365$  мм против  $26,5 \pm 0,65$  мм у пациентов без ИБС. Так, у больных 2-й группы длительность ОА была достоверно выше ( $p < 0,001$ ), что составило 7,8 года (от 3 до 10 лет), против 2,5 года в 1-й группе.

#### **Выводы/заключение**

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных ОА в сочетании с ИБС наблюдался более выраженный и длительный болевой синдром, характерный для тяжелого гонартроза. Таким образом, имеется достоверная взаимосвязь между степенью тяжести гонартроза и частотой встречаемости ИБС у больных ОА.



## ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ВИРАЖИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Баймолдина Ж.К.

ТОО МО «Ревматология аурулары», Алматы, Казахстан

### Введение/цель

К категории трудных для диагностики заболеваний относится инфекционный эндокардит (ИЭ). Случаи неверной постановки диагноза при первичном ИЭ на догоспитальном этапе варьируют в пределах 22,31 до 60%. Наиболее часто ошибочно выставляется диагноз системной красной волчанки (СКВ). Цель – определить дифференциально-диагностические признаки первичного ИЭ.

### Материал и методы

За 12 мес в ревматологический стационар поступило 246 больных с диагнозом СКВ, из которых у 4 пациентов диагностирован первичный ИЭ. Наряду с общеклиническим обследованием проведено: методом иммуноферментного анализа (ИФА) исследована кровь на наличие ДНК1, ДНК2, антинуклеарных антител (АНА), волчаночных клеток (LE-клеток). Трижды произведен посев крови на стерильность, при эхокардиографии (ЭхоКГ) исследованы клапаны сердца на наличие вегетаций.

### Результаты/обсуждение

Средний возраст больных ИЭ составил  $26,3 \pm 0,67$  года, длительность болезни – от 1 до 2 мес. Все 4 пациента поступили с лихорадкой  $38-39^\circ\text{C}$ , с ознобом и умеренной потливостью. При осмотре – пониженного питания, лимфаденопатия, артрит одного или двух крупных суставов. У одной пациентки – геморрагическая сыпь на голенях, трофических нарушений не отмечено. Кардиологический осмотр – тахикардия, звучность I тона ослаблена, короткий систолический шум на верхушке. Посев крови на стерильность у всех 4 пациентов был отрицательным в связи с приемом антибиотиков на догоспитальном этапе. Исследование крови методом ИФА выявило положительный тест на ДНК1 у 3 человек, ДНК2 – у 2 больных, АНА – у всех 4 пациентов. Волчаночные клетки не обнаружены. На ЭхоКГ нечеткие изменения по типу вегетаций на митральных клапанах обнаружены лишь у одного пациента со стажем болезни 2 мес. Терапия глюкокортикоидами (ГК) дала положительный результат у двух больных на 2-й день лечения. Эффект оказался не стойкий, повторная лихорадка началась через неделю после лечения ГК. В этот же период повторный посев крови оказался положительным у всех 4 пациентов.

### Выводы/заключение

У больных ИЭ возможны иммунологические выражения с выявлением ДНК1, ДНК2, АНА. Трофических нарушений при ИЭ не наблюдается. LE-клетки не выявляются. При подозрении на ИЭ терапия ГК чревата активацией септического процесса, в связи с чем следует повторно осуществить посев крови на стерильность.

## ПЕРВИЧНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2006–2012 гг.

Баймухамедов Ч.Т., Оспанова Ж.А.,

Исаходжаев Ш.Б.

Медицинский центр болезней суставов  
города Шымкент, Казахстан

### Введение/цель

Острая (повторная) ревматическая лихорадка (ОРЛ) и хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) относятся к важнейшим причинам длительной потери трудоспособности и смертности. Нами были изучены показатели первичной распространенности (на 100 тыс. населения) ОРЛ и ХРБС Южно-Казахстанской области (ЮКО) за 2006–2012 гг.

### Материал и методы

Проанализированы статистические сборники медицинского информационно-аналитического центра ЮКО «Здоровье населения Южно-Казахстанской области и деятельность организаций здравоохранения» за период 2006–2012 гг., а также данные отчетов ревматологов и главных терапевтов городов и районов ЮКО. Полученные данные сопоставлены с показателями по Казахстану и России.

### Результаты/обсуждение

В ЮКО за 7 лет отмечается снижение первичной распространенности ОРЛ среди всего населения с 27,2 в 2006 г. до 12,9 в 2012 г. (более чем в 2 раза). Распространенность ХРБС также имеет тенденцию к уменьшению: среди всего населения она снизилась с 61,8 до 30,6. Отмечается большое различие в распространенности ОРЛ в отдельных районах области в различные годы. Так, распространенность ОРЛ в 2007 г. в Сайрамском районе составила 1,6, а в Отрарском – 84,8. Любопытно, что в 2008 г. распространенность в Отрарском районе резко снизилась до 5,2. Наблюдалось резкое различие и в первичной распространенности ХРБС. В 2007 г. в Байдибекском районе она составила 16,4; в 2008 г. – резко выросла до 292,9. В Ордабасинском районе в 2008 г. этот показатель составил 8,1 (в 36 раз меньше). Распространенность ОРЛ и ХРБС в ЮКО превосходит средний уровень показателей по Казахстану и России.

### Выводы/заключение

В ЮКО отмечается высокий уровень первичной распространенности ОРЛ, ХРБС. Резкие колебания показателей по годам и районам, вероятно, связаны с неправильным сбором статистической информации, гипердиагностикой и низким уровнем обеспеченности ревматологами первичного звена здравоохранения. Выявленное снижение распространенности ОРЛ и ХРБС за последние 7 лет отражает как общие тенденции к их снижению, так и значительный рост количества ревматологов в ЮКО и возможное уменьшение гипердиагностики. Для уточнения истинной распространенности ОРЛ и ХРБС необходимы эпидемиологические исследования, а также детальный разбор конкретных случаев.

# АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ В ОДНОЙ ИЗ ПОЛИКЛИНИК ГОРОДА ШЫМКЕНТА ЗА 2011–2013 гг.

Баймухамедов Ч.Т., Махмудов Ш.А., Абдурахманов Ш.А.  
*Медицинский центр болезней суставов  
города Шымкент, Казахстан*

## Введение/цель

Болезни костно-мышечной системы (БКМС) во всем мире являются одной из главных причин длительной потери трудоспособности. Большинство ревматических болезней (РБ) входят в БКМС (XIII класс по МКБ-10), кроме ревматизма (IX класс) и некоторых васкулитов. Заболеваемость БКМС отражает заболеваемость РБ в целом, хотя в этой рубрике есть нозологии, не относящиеся к РБ (например, остеомиелит). Распространенность БКМС в Республике Казахстан малоизученна, поэтому исследование динамики заболеваемости БКМС на примере одной из поликлиник города Шымкента представляет определенный интерес.

## Материал и методы

Проанализированы данные первичной заболеваемости и распространенности (на 100 тыс. взрослого населения) БКМС, прикрепленного к Шымкентской городской поликлинике №2 по обращаемости (форма №12) за 2011–2013 гг. Поликлиника обслуживает 45 тыс. взрослого населения. Изучена динамика показателей БКМС в целом и по отдельным нозологиям: остеоартроз (ОА), ревматоидный артрит (РА), анкилозирующий спондилит (АС), подагра, системная красная волчанка (СКВ), системная склеродермия (ССД). Полученные данные сравнены с показателями по Республике Казахстан и России.

## Результаты/обсуждение

Отмечается небольшой рост (4,8%) первичной заболеваемости БКМС: с 807 случаев (363 на 100 тыс. населения) в 2011 г. до 846 (380 на 100 тыс.) в 2013 г. Рост заболеваемости БКМС отмечается несмотря на некоторое снижение наиболее частой нозологии – ОА различной локализации. Заболеваемость ОА снизилась на 1,8% – с 733 случаев (330 на 100 тыс.) до 721 (324 на 100 тыс.). Заболеваемость остальными болезнями, включенными в форму №12, наоборот, увеличилась. Так, число больных РА выросло более чем на 20%: с 70 случаев (31,5 на 100 тыс.) до 116 (52,2 на 100 тыс.). Заметно выросла заболеваемость АС – в 1,5 раза. В 3 раза (с 2 до 6) увеличилась заболеваемость подагрой, хотя и остается очень низкой (2,7 на 100 тыс.). В 2,5 раза увеличилась заболеваемость ССД (с 2 до 5 случаев). Увеличилась распространенность СКВ – с 2,7 до 6,3.

## Выводы/заключение

Показатели заболеваемости БКМС значительно меньше (почти в 10 раз) аналогичных показателей в России [Фоломеева О.М., 2009], как меньше российских показателей заболеваемости БКМС по Республике Казахстан в целом [Баймухамедов Ч.Т., 2007]. Это различие, как и снижение заболеваемости ОА, вызывает много вопросов и требует дальнейшего изучения. Для получения истинной картины распространенности БКМС и РБ в целом необходимо проведение крупномасштабного эпидемиологического исследования.

# СТЕРОИДНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Баймухамедова Р.О.  
*ТОО МО «Ревматология аурулары», Алматы, Казахстан*

## Введение/цель

Патогенетически лечение ревматоидного артрита (РА) глюкокортикоидами (ГК) обосновано их способностью влиять на систему провоспалительных 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 (диагноз РА устанавливался согласно критериям Американской коллегии ревматологов 1987 г.). Для оценки состояния костной ткани использовали: ультразвуковую денситометрию, количественную КТ минеральной плотности костной ткани (МПКТ) [количество минерализованной костной ткани на единицу площади ( $г/см^2$ )]. 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/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/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.

# СТРУКТУРА БОЛЕЗНЕЙ ПАЦИЕНТОВ ЧАСТНОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

Баймухамедова М.К., Баймухамедов Ч.Т., Оспанова Ж.А.  
*Медицинский центр болезней суставов  
города Шымкент, Казахстан*

## Введение/цель

Развитие государственно-частного партнерства – одно из приоритетных направлений развития здравоохранения как в Казахстане, так и в России. Число частных мед-

учреждений, оказывающих специализированную ревматологическую помощь, в Республике Казахстан минимально. В связи с этим представляет интерес анализ структуры ревматологической патологии у больных, обратившихся в частную клинику «Медицинский центр болезней суставов города Шымкент» (МЦБСГШ) за первые 2 года работы.

#### **Материал и методы**

Проведен анализ электронных историй болезней пациентов, прошедших лечение в дневном стационаре МЦБСГШ за 2012–2013 гг. Проанализирована и структура больных, обратившихся за консультацией ревматолога в МЦБСГШ за 2013 г. по журналу регистрации амбулаторных больных (форма №250/у).

#### **Результаты/обсуждение**

В 2012 г. в дневном стационаре МЦБСГШ было пролечено 795 больных. Больные с остеоартрозом (ОА) составили 360 (45,2% от общего количества), с ревматоидным артритом (РА) – 181 (22,7%), спондилоартритом (СпА) – 97 (12,1%), подагрой – 50 (6,2%), остеохондрозом – 48 (6%), системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ) – 36 (4,5%). В 2013 г. был пролечен 891 больной (больше на 6,6%, чем в 2012 г.) Увеличилось число больных ОА до 443 (50%), больше стало больных СпА – 122 (14%), подагрой – 50 (7%), остеохондрозом – 70 (8%). Уменьшилось число больных с РА до 17%, СЗСТ – на 1,5%. В 2013 г. консультировано 2123 больных, с преобладанием женщин – 1656 (78%). Больше всего больных ОА – 989 (46,6%) человек, затем по убывающей: остеохондрозом – 330 (15,5%), РА – 307 (14,5%). Много пациентов со СпА – 177 (8,3%) и подагрой – 154 (7,3%). Больные с СЗСТ составили 3,5%, с прочими болезнями – 4,3%. Преобладают пациенты из г. Шымкента – 1417 человек, доля больных из других районов составляет 33,2%. По области больше всего пациентов было из Сайрамского района – 209 (9,8%), 31 человек был из других городов (Алматы, Астаны и др.).

#### **Выводы/заключение**

В структуре ревматологической патологии дневного стационара МЦБСГШ наибольший удельный вес составляют больные ОА, что обусловлено как большей распространенностью в популяции, так и возможностью лечения этого заболевания, не требующего круглосуточного наблюдения за больными, в условиях дневного стационара. Возрастание числа больных СпА и подагрой связано как с действительным ростом этой патологии, так и с лучшей выявляемостью. Структура больных, проконсультированных ревматологом в МЦБСГШ, примерно соответствует структуре больных, прошедших лечение в дневном стационаре.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ГЕНЕРИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ЛЕФЛУНОМИДА ЭЛАФРЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ (РОССИЙСКОЕ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

**Балабанова Р.М., Дубинина Т.В., Горячев Д.В.**

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

#### **Введение/цель**

Первым базисным противовоспалительным препаратом (БВП) для лечения ревматоидного артрита (РА)

до достижения цели согласно рекомендациям EULAR является метотрексат (МТ) в оптимально высоких переносимых дозах (20–30 мг/нед). Альтернативой ему служит лефлуноמיד. В России прошел регистрацию и разрешен к применению генерический препарат лефлуномида – Элафра, производства «Хаупт Фарма Мюнстер ГмБХ» (Германия). Два лекарственных препарата считаются биоэквивалентными, если они имеют одинаковую биодоступность, но к генерикам предъявляют требования о проведении клинических исследований, поскольку недопустимо переносить данные по эффективности и безопасности, полученные на оригинальных препаратах, на их «копии». Цель – оценить эффективность и переносимость воспроизведенного препарата лефлуномида – Элафры – в обычной клинической практике для лечения РА.

#### **Материал и методы**

В исследование вошли пациенты, наблюдавшиеся в 33 лечебных учреждениях России с марта по ноябрь 2012 г., с достоверным РА (1987), с различной длительностью болезни. Больные обследовались до назначения препарата, через 1, 3 и 6 мес лечения. Среди включенных в анализ было 87 женщин и 12 мужчин, позитивных по ревматоидному фактору и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (n=80), средний возраст которых составил  $51,1 \pm 11,1$  года, длительность болезни –  $74,9 \pm 65,7$  мес, активность умеренная (n=49) и высокая (n=35); стадия II (n=59) и III (n=25). Эффективность лечения оценивали по показателям DAS28 и клиническому индексу активности – CDAI. Статистическая обработка проведена с использованием стандартных методов описательной статистики с применением пакета статистической обработки Statistica 6.0.

#### **Результаты/обсуждение**

За 6 мес терапии число болезненных суставов уменьшилось с  $14,9 \pm 6,4$  до  $9,5 \pm 6,9$ ; припухших – с  $13,7 \pm 7,4$  до  $5,1 \pm 5,8$ ; боль по ВАШ с  $62,7 \pm 2,4$  до  $29,6 \pm 17,14$ . Среднее значение DAS снизилось с 6,43 до 4,82, CDAI – с 40,18 до 29,12. Низкая активность по DAS28 достигнута у 15 пациентов, умеренная – у 48, сохранилась высокой у 36 (на первом визите была у 90 больных). В ходе исследования серьезных нежелательных реакций (НР) не было отмечено. НР, не относящиеся к категории серьезных, зафиксированы у 8 (8%) пациентов: тошнота (n=3), диспепсия (n=1), повышение артериального давления (n=1), повышение уровней печеночных ферментов (n=1), крапивница (n=1), выпадение волос (n=1) – преимущественно на втором визите. Все они имели легкую или среднюю степень выраженности. Препарат был отменен у 3 пациентов.

#### **Выводы/заключение**

Проведенное исследование показало, что на фоне терапии Элафрой у пациентов с РА с различной длительностью болезни отмечено снижение воспалительной активности как по клиническим, так и по лабораторным показателям при хорошей переносимости препарата.

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ (2010–2012)

Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф., Насонов Е.Л.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

## Введение/цель

В статистических отчетах Минздрава России по заболеваемости населения ревматические заболевания суставов (РЗС) представлены ревматоидным артритом (РА), реактивными артропатиями (РеА), спондилопатиями (СП), артрозами (ОА), остеопорозом (ОП). Заболеваемость по обращаемости в лечебные учреждения не позволяет провести сопоставления по федеральным округам (ФО) из-за различной численности населения в них. Наиболее информативны данные по распространенности заболеваний (на 100 тыс. населения). Цель – провести сравнительный анализ распространенности основных РЗС в России за 2010–2012 гг.

## Материал и методы

Использованы статистические отчеты Минздрава России по заболеваемости взрослого населения (форма №12) за 2010–2012 гг.

## Результаты/обсуждение

Распространенность РА в Российской Федерации была 238,2; 240,1; 241,3 (здесь и далее – сведения за 2010, 2011, 2012 гг.), т. е. имела небольшую тенденцию к нарастанию этой патологии. Превышала среднероссийские показатели распространенности РА в Приволжском ФО (ПФО): 323,0; 324,3; 321,6. В остальных ФО колебания этого показателя были незначительны и сопоставимы со средними по России. Повысилась распространенность РА за этот период в Северо-Кавказском ФО (СКФО): 210,6; 249,9; 275,1. Распространенность РеА в России составляла 44,0; 40,9; 40,1. Значительно ниже эти показатели были в Центральном ФО (29,7; 22,6; 23,9). В 3 раза превышали общероссийские данные по СКФО (120,8; 141,2; 144,0) с тенденцией к росту.

В 2011 г. графа «Анкилозирующий спондилит» заменена на «Спондилопатии». Распространенность СП в России достаточно высока, с тенденцией к росту: в 2011 г. – 62,7; в 2012 г. – 77,7. Прирост этого показателя отмечен в 2012 г. в Северо-Западном ФО (СЗФО) – до 86,4; ПФО – до 82,1; СКФО – до 93,9 и особенно в Дальневосточном ФО (ДВФО) – до 157,5. Распространенность ОП существенно различалась по ФО. По России она была 120,8; 122,3; 129,6. Самые низкие показатели были в Южном (48,8; 52,0; 51,8) и СКФО (48,5; 60,3; 62,6), а самые высокие – в Сибирском ФО (СФО) – 213,0; 213,4; 226,4. Прирост распространенности ОП отмечен по всем ФО. Самую высокую распространенность дает ОА: по России – 3182,1; 3302,1; 3429,7 (общее число больных ОА в 2012 г. – 3992 тыс.). Ниже средней по России распространенность ОА в СКФО (1560,0; 1643,3; 1683,5), а высокие показатели отмечены в СЗФО (4017,8; 4093,9; 4474,9) и СФО (3641,0; 3889,4; 3857,0). Прирост распространенности ОА имел место по всем ФО.

## Выводы/заключение

За трехлетний период отмечено повышение распространенности РЗС практически во всех ФО. Наиболее вы-

сока в России распространены ОА. Обращают на себя внимание высокие показатели распространенности СП.

# ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ СЕРДЦА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (2010–2012)

Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф., Насонов Е.Л.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

## Введение/цель

Оценить динамику общей и первичной заболеваемости острой ревматической лихорадкой (ОРЛ) и хроническими ревматическими болезнями сердца (ХРБС) в России за 2010–2012 гг.

## Материал и методы

Статистические отчеты Минздрава России по заболеваемости населения (форма №12).

## Результаты/обсуждение

Среди взрослого населения России общая заболеваемость ОРЛ снизилась за анализируемый период на 38% (с 2691 до 1666 человек). Заметно улучшились показатели в следующих федеральных округах (ФО): Северо-Западном (СЗФО), Приволжском, Северо-Кавказском (СКФО). Однако при расчете на 100 тыс. взрослого населения показатели последнего значительно превышают показатели по России – 3,6 против 1,4. Первичная заболеваемость на 100 тыс. взрослых по России составила в 2012 г. 1,4. Этот показатель практически втрое выше (3,6) в СКФО. Число подростков (15–17 лет) с ОРЛ снизилось с 413 до 332 (на 20%). В пересчете на 100 тыс. населения этого возраста высока общая заболеваемость в СЗФО (26,1) и СКФО (34,1) по сравнению с общероссийской (7,7). Из 332 впервые заболевших ОРЛ подростков большая часть зарегистрирована в Калининградской области (n=83) и Чеченской Республике (n=100). Среди детей младшего возраста (0–14 лет) общая заболеваемость ОРЛ снизилась с 946 до 524 (на 44,6%). Обращает на себя внимание высокая первичная заболеваемость детей в Дагестане (n=149) и Чеченской Республике (n=140). Динамика общей и первичной заболеваемости ХРБС претерпела незначительные изменения среди взрослого населения – на 8,5 и 7,7% соответственно; среди подростков показатели улучшились на 17 и 4%; среди детей младшего возраста – на 17,8 и 17%.

## Выводы/заключение

За трехлетний период заболеваемость ОРЛ и ХРБС снизилась во всех возрастных категориях населения по ФО, но требует особого внимания ситуация в СКФО.

# ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ И УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D (25-ГВД) У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Банку И., Десятникова Е., Гроппа Л.  
Государственный университет медицины  
и фармации им. Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова

## Введение/цель

Изучить содержание 25-гидрокси-витамина D (25-ГВД) и значения минеральной плотности костной ткани

(МПКТ) у пациентов с ангиографически подтвержденной ишемической болезнью сердца (ИБС) и инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе.

#### **Материал и методы**

Некоторые эпидемиологические наблюдения говорят о связи между низкой МПКТ, низким уровнем витамина D и риском острых сердечно-сосудистых событий и наоборот. Были исследованы МПКТ, Т-критерий на уровне позвоночника и шейки бедра и уровень витамина D в крови в группе 44 больных ИБС, перенесших ИМ. Те же показатели были исследованы в контрольной группе из 42 здоровых участников.

#### **Результаты/обсуждение**

Были обследованы мужчины возрастной группы 65–79 лет. Группе больных ИБС была проведена процедура ангиографии и остеоденситометрии в Республиканской кардиологической клинике. Пациенты с сопутствующими заболеваниями, которые могли бы параллельно повлиять на результаты измерения МПКТ, были исключены. В результате статистической обработки тяжесть поражения коронарных артерий была независимо соотнесена с низкой МПКТ (odds ratio – OR – 1,28 [95% доверительный интервал (ДИ) 1,11–1,62];  $p=0,04$ ) и низким уровнем 25-ГВД в крови (OR 1,22 [95% ДИ 1,23–1,69];  $p=0,03$ ). Было выявлено достоверное соотношение между диагнозом ИМ и низкой МПКТ поясничного отдела позвоночника (OR 1,27 [95% ДИ 1,01–1,73];  $p=0,03$ ). Пониженный уровень 25-ГВД ассоциировался с тяжестью ИБС (OR 1,25 [95% ДИ 1,19–1,67];  $p=0,03$ ).

#### **Выводы/заключение**

Исследование подтверждает связь между сердечно-сосудистыми заболеваниями (особенно ИБС и ИМ) и низкой МПКТ позвоночника. Полученные данные свидетельствуют о том, что оценка состояния костной ткани должна быть проведена больным с сердечно-сосудистой патологией с целью выявления пациентов, нуждающихся в профилактических и лечебных мерах.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

**Баранов Е.В.<sup>1</sup>, Парамонова О.В.<sup>2</sup>,**

**Маслакова Л.А.<sup>1</sup>, Левкина М.В.<sup>2</sup>, Хортиева С.С.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии» РАМН, Волгоград, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия

#### **Введение/цель**

Широкий диапазон неврологических симптомов при аутоиммунных системных заболеваниях позволяет рассматривать их как модельные системы для изучения патогенетической роли иммунных механизмов поражения центральной и периферической нервной системы. Потенциальными мишенями для аутоиммунной агрессии могут быть различные антигены нервной ткани, включая миелин, в том числе ассоциированный с гликопротеином, и его основной белок, ганглиозиды, белок ядер нейрональных клеточек и др. Патология нервной системы при ревматических заболеваниях (РЗ) нередко определяет прогноз, клиниче-

скую картину заболевания и качество жизни больных, а также требует обязательного сочетанного применения базисной противовоспалительной терапии, ангио- и нейропротекторов. Целью исследования явилось усовершенствование иммунодиагностики ревматоидного артрита с помощью иммобилизованных магнитоуправляемых сорбентов на основе основного белка миелина и белка S-100.

#### **Материал и методы**

Исследовалась сыворотка 94 больных ревматоидным артритом (РА). Обследованные нами больные являлись пациентами ревматологических отделений ГУЗ «Городская больница №25» г. Волгограда и МУЗ «Городская больница №1» г. Волжского. Обработка данных проводилась с использованием программного пакета Statistica для Windows.

#### **Результаты/обсуждение**

В большинстве случаев наблюдалась симптоматика со стороны периферической нервной системы. Так, мононейропатии были выявлены у 29 пациентов, полинейропатии – у 65, радикулопатии – у 80, цервикокраниалгии – у 51, а невралгии тройничного нерва – у 14 больных РА. Поражение нервной системы при РА, по данным литературы и по результатам нашего исследования, проявляется чаще всего в виде периферической полинейропатии. При активном течении РА иногда наблюдаются симптомы полиневрита с сильными болями в конечностях, чувствительными или двигательными нарушениями, атрофией мышц. Возможны нарушения вегетативной нервной системы, проявляющиеся гипер- или гипотермией, повышенным потоотделением, трофическими расстройствами. При РА наиболее угрожающие центральные неврологические осложнения в виде шейной миелопатии, гидроцефалии и вертебробазилярной окклюзии с нарушением функции стволовых структур возникают в результате атлантоаксиального смещения артритически пораженного одноименного сустава, причем степень подвывиха атлантоосевых суставов более выражена у больных РА, получающих глюкокортикоиды.

#### **Выводы/заключение**

Обнаруженные закономерности поражения периферической и центральной нервной системы у больных РА дают возможность прогнозировать клинический вариант заболевания и проводить своевременную коррекцию начинающихся нарушений.

## **УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕЙРОБОРРЕЛИОЗОМ**

**Баранова Н.С., Спиринов Н.Н.,**

**Баранов А.А., Абайтова Н.Е., Речкина О.П.**

*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия», Ярославль, Россия*

#### **Введение/цель**

Увеличение концентрации С-реактивного белка (СРБ) может отражать «субклинический» воспалительный процесс в сосудистой стенке. Для оценки острофазовых изменений при хроническом нейроборрелиозе в качестве лабораторного теста использовали исследование СРБ высокочувствительным методом (вчСРБ).

#### **Материал и методы**

Концентрацию вчСРБ исследовали у 43 больных с хроническим нейроборрелиозом. Ее определяли на ла-

зерном нефелометре BN-proSpec Date Behring (Германия), используя тест-системы CardioPhase hsCRP (Siemens, Германия). При изучении сывороток доноров (n=69) было установлено, что в норме концентрация вчСРБ колеблется от 0,15 до 3,2 мг/л и составляет 0,74 [0,40; 1,19] мг/л. Верхняя граница нормы для вчСРБ определена как 3 мг/л.

#### Результаты/обсуждение

В нашей группе больных концентрация вчСРБ была достоверно выше, чем в группе доноров (p<0,05), а у 30,2% больных обнаружено его увеличение. При этом клинические проявления хронического нейроборрелиоза значимо не различались в группах больных с высокими и нормальными значениями вчСРБ (p>0,05 во всех случаях). При исследовании в динамике вчСРБ до и после лечения наблюдалось его достоверное снижение (p<0,05), преимущественно за счет уменьшения частоты встречаемости высоких значений.

#### Выводы/заключение

ВчСРБ может служить лабораторным маркером активного воспаления у пациентов с хроническим нейроборрелиозом.

## ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ КАСПАЗ 3, 6, 9 ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Барышева О.Ю.<sup>1</sup>, Малышева И.Е.<sup>2</sup>,  
Везикова Н.Н.<sup>1</sup>, Марусенко И.М.<sup>1</sup>,

Выбач М.В.<sup>1</sup>, Топчиева Л.В.<sup>2</sup>, Курбатова И.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Россия; <sup>2</sup>ФГБУН «Институт биологии Карельского научного центра РАН», Петрозаводск, Россия

#### Введение/цель

Недавние исследования указывают на изменение уровня транскрипционной активности генов протеолитических ферментов — каспаз, участвующих в апоптозе клеток [Staal J. et al., 2011]. Также эти ферменты участвуют в реализации процесса воспаления, где они выступают в качестве посредников и регуляторов транскрипции ядерного фактора κВ (NF-κВ). Однако роль каспаз в развитии ревматоидного артрита (РА) и их связь с межклеточными медиаторами воспаления еще не до конца выяснены. Цель — изучение на уровне мРНК экспрессии генов каспаз 3, 6, и 9 в лейкоцитах периферической крови больных РА, получающих базисную терапию метотрексатом, и связи с активностью интерлейкина 6 (ИЛ6).

#### Материал и методы

В исследование включено 20 пациентов с достоверным РА (средний возраст 54±13 лет) и 20 доноров контрольной группы (средний возраст 47,7±13,3 года). РА диагностирован на основании критериев Американской коллегии ревматологов (ACR) 1987 г. Все больные ≥4 нед получали базисную терапию метотрексатом в дозе 15–22,5 мг/нед. У всех обследуемых изучали уровень экспрессии мРНК генов каспазы 3, 6 и 9 методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени и содержание ИЛ6 в сыворотке крови методом неконкурентного иммуноферментного анализа (Вектор-Бест). Статистическую обработку данных проводили при помощи пакета программ Statgraphics 2.1.

#### Результаты/обсуждение

Выявлено достоверное повышение относительного уровня экспрессии мРНК гена каспазы 3 в лейкоцитах пе-

риферической крови в группе больных РА по сравнению с группой контроля (0,087±0,019 и 0,055±0,01; p<0,05). Значимых изменений в уровне экспрессии мРНК генов каспаз 6 и 9 у больных РА по сравнению с контрольной группой не наблюдалось. Отмечено значимое повышение в сыворотке крови уровня ИЛ6 (в 2,1 раза) по сравнению с контролем (p<0,05).

#### Выводы/заключение

Таким образом, увеличение экспрессии мРНК гена каспазы 3 у больных РА может быть опосредовано повышенным содержанием в плазме ИЛ6, что подтверждает имеющиеся данные об активации транскрипционного фактора NF-κВ в процессе клеточного сигналинга после связывания этого цитокина с рецептором, что в свою очередь может способствовать увеличению транскриптов гена каспазы 3.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПО ВОПРОСАМ ОСТЕОПОРОЗА

Башкова И.Б.<sup>1</sup>, Безлюдная Н.В.<sup>2</sup>, Гоголин А.В.<sup>2</sup>,  
Тарасов А.Н.<sup>2</sup>, Киселева И.Н.<sup>3</sup>, Сенькова О.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России, Чебоксары, Россия;

<sup>3</sup>БУ ЧР «Республиканский эндокринологический диспансер» МЗСР ЧР, Чебоксары, Россия

#### Введение/цель

Проведена оценка уровня знаний 154 врачей и 375 пациентов Чувашии по вопросам остеопороза (ОП) по данным одномоментного письменного анонимного опроса.

#### Материал и методы

Среди опрошенных врачей — терапевты (60%), эндокринологи (24%), неврологи (4%), травматологи (4%) и врачи других специальностей (8%). Разработаны две анкеты, содержащие 17 вопросов для врачей, позволяющих оценить частоту встречаемости больных ОП в клинической практике, тактику их ведения и уровень знаний респондентов о проблеме ОП, и 17 вопросов для пациентов, позволяющих оценить уровень их информированности, желание пройти диагностику и выбор специалиста, курирующего больных ОП.

#### Результаты/обсуждение

В своей практике 48% опрошенных врачей встречали пациентов с низкоэнергетическими переломами, из них диагноз ОП был выставлен лишь каждому второму (50%). В своей практике только 44% врачей используют денситометрию как метод диагностики ОП, из них только 73% знают, что это один из наиболее точных методов диагностики ОП. Ни один из респондентов не использует метод прогнозирования абсолютного 10-летнего риска переломов с использованием модели FRAX®. При ведении пациентов с ОП 92% врачей назначают комбинированные препараты кальция и витамина D, но лишь 46% проводят патогенетическую терапию бисфосфонатами. Правильно указали все факторы риска ОП только 25% врачей, хотя удовлетворенность уровнем своих знаний по проблемам ОП отметили 40% опрошенных врачей. По результатам опроса пациен-

тов, 59% респондентов имеют сколько-нибудь верное представление об ОП, из них 46% получили информацию из СМИ. Каждый 4-й пациент (27%) имел в анамнезе низкоэнергетические переломы, и только 64% знают, что они связаны с ОП. Среди пациентов с переломами в анамнезе прошли денситометрию только 34%, терапия комбинированными препаратами кальция и витамина D назначалась в 67%, а бисфосфонатами — лишь в 31% случаев, лечение не назначалось 33% пациентов. Затруднились с ответом на вопрос о «желании пройти диагностику на ОП» 25% опрошенных. Только 40% респондентов указали, что медицинская помощь по вопросам ОП в республике является доступной. По мнению опрошенных, ведением пациентов с ОП должен заниматься специалист центра/кабинета профилактики ОП (35%), терапевт (17%), травматолог (8%), ревматолог (4%), эндокринолог (2%); затруднились с ответом 29%.

#### **Выводы/заключение**

Недостаточный уровень знаний врачей и информированность пациентов по вопросам ОП требуют проведения дополнительных образовательных мероприятий, таких как «Остеоклуб» для врачей и «Школа здоровья по ОП» для пациентов.

## **ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОК С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Башлакова Н.А., Тябут Т.Д.**

*Белорусская медицинская академия  
последипломного образования, Минск, Беларусь*

#### **Введение/цель**

Для пациенток с аутоиммунной патологией свойственно более раннее развитие атеросклероза, чем в общей популяции. Обсуждается сходство иммуновоспалительных механизмов, лежащих в основе патогенеза атеросклероза и некоторых ревматических заболеваний. Цель — сравнить иммуновоспалительные изменения при атеросклеротическом поражении сосудистой стенки у пациенток с системной красной волчанкой (СКВ) и с ревматоидным артритом (РА).

#### **Материал и методы**

У 40 пациенток с СКВ и 37 пациенток с РА, сопоставимых по возрасту и длительности заболевания, проведено ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий с оценкой толщины комплекса интима—медиа общих сонных артерий, наличия атеросклеротических бляшек. Определение уровней фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ), С-реактивного белка, обнаруживаемого высокочувствительным методом (вчСРБ), интерлейкина 6 (ИЛ6), антител к окисленным липопротеидам низкой плотности (аОЛПНП), IgG/IgM-антител к кардиолипину (аКЛ), к  $\beta$ 2-гликопротеину 1 ( $\beta$ 2-ГП1) выполнено с применением ELISA.

#### **Результаты/обсуждение**

Ультразвуковые признаки атеросклероза выявлялись у 60% пациенток с СКВ и у 48,65% с РА [ $\chi^2=0,318$ ].

В этих группах уровни вчСРБ, ИЛ6, IgM аКЛ были достоверно выше у пациенток с РА, чем с СКВ. Для пациенток с СКВ было характерно более высокое содержание IgG  $\alpha$ 2-ГП1 [7,91 (5,53; 14,40) Ед/мл против 3,26 (2,45; 8,40) Ед/мл;  $p=0,017$ ] и IgG аКЛ [53,59 (32,81; 85,93) Ед/мл против 41,94 (26,69; 55,90) Ед/мл;  $p=0,140$ ]. Содержание аОЛПНП в обеих группах превышало нормативные значения и составляло 384,76 [291,07; 917,36] МЕ/мл для пациенток с СКВ, 478,01 [221,88; 751,76] МЕ/мл для пациенток с РА.

#### **Выводы/заключение**

Атеросклеротические изменения в сосудистой стенке у пациенток с ревматической патологией выявляются с одинаковой частотой, однако факторы, участвующие в развитии данного патологического процесса, могут быть различными. Для пациенток с РА доказана значимость хронического воспалительного процесса, для пациенток с СКВ — наличия вторичного антифосфолипидного синдрома с повышенными уровнями антифосфолипидных антител.

## **КАЧЕСТВЕННАЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОК С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Башлакова Н.А.**

*Белорусская медицинская академия  
последипломного образования, Минск, Беларусь*

#### **Введение/цель**

Повышенное содержание антифосфолипидных антител (аФЛ) относят к лабораторным маркерам антифосфолипидного синдрома, который наиболее часто диагностируется у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ). Данные по частоте повышенных уровней аФЛ у пациенток с ревматоидным артритом (РА) противоречивы. Цель — определить уровни аФЛ и сравнить частоту встречаемости различных классов аФЛ у пациенток с СКВ и РА.

#### **Материал и методы**

У 40 пациенток с СКВ (средний возраст 33,5 [27,5; 44,5] года) и 37 пациенток с РА (45,0 [33,0; 51,0] года) определялись уровни IgG/IgM антител к кардиолипину (аКЛ),  $\beta$ 2-гликопротеину 1 ( $\beta$ 2-ГП1) при помощи иммуноферментного анализа (ELISA). За норму принимались значения IgG/IgM аКЛ  $<48/44$  Ед/мл, IgG/IgM  $\beta$ 2-ГП1  $<7$  Ед/мл.

#### **Результаты/обсуждение**

Превышение нормативных уровней аФЛ выявлялось у 72,50% пациенток с СКВ и у 59,46% пациенток с РА ( $p=0,227$ ). Частота повышенных уровней аКЛ и  $\beta$ 2-ГП1 класса IgG достоверно не различалась между группами, однако у пациенток с СКВ уровни IgG  $\beta$ 2-ГП1 были выше, чем у пациенток с РА (7,07 [4,57; 12,46] Ед/мл против 4,29 [2,38; 9,40] Ед/мл;  $p=0,009$ ). Преобладание аКЛ класса IgM было более свойственно для пациенток с РА ( $p=0,011$ ),  $\beta$ 2-ГП1 класса IgM — для пациенток с СКВ ( $p=0,047$ ). У пациенток с РА было выявлено более высокое содержание IgM аКЛ по сравнению с пациентками с СКВ (22,90 [16,54; 50,74] и 14,74 [12,28; 31,20] Ед/мл, соответственно;

$p=0,026$ ). Не было выявлено достоверных различий по частоте выявления аФЛ в зависимости от активности и длительности заболевания.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, повышенные уровни различных классов аФЛ были выявлены у пациенток как с СКВ, так и с РА. Преобладание диагностически значимых уровней аКЛ класса IgM более характерно для пациенток с РА, уровней  $\beta 2$ -ГП1 классов IgG и IgM – для пациенток с СКВ.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ЛЕКАРСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

**Бекенова Г.Т., Мавлянов И.Р., Ризамухамедова М.З., Джураева Э.Р., Алимова Н.З., Матчанов С.Х.**

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

#### **Введение/цель**

Эффективность фармакотерапии ревматоидного артрита (РА) во многом зависит от выбора адекватных лекарственных средств (ЛС) для лечения, что делает весьма перспективным изучение структуры используемых лекарств в рамках фармакотерапии данного заболевания с оценкой их эффективности. Цель – изучение структуры препаратов, применяемых в рамках фармакотерапии РА для определения наиболее часто используемых ЛС.

#### **Материал и методы**

Анализ историй болезни больных, получавших стационарное лечение по поводу РА в Республиканском центре ревматологии за год.

#### **Результаты/обсуждение**

В рамках фармакотерапии 191 больным были получены 2586 единицы ЛС с 146 торговыми названиями. Среди использованных для лечения РА ЛС лишь 26,6% относятся к средствам, включенным в стандарты лечения данного заболевания. Остальные препараты относятся к числу вспомогательных – второстепенных лекарств, эффективность которых в лечении РА не подтверждена результатами доказательной медицины. В качестве терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) метотрексат был использован у 73,7%, а сульфасалазин – у 21,9% больных РА, глюкокортикоиды (ГК) было использованы в 6,9% случаев, среди них удельный вес преднизолона составил 67,7%, причем в 94,9% случаев данный препарат использовался для приема внутрь, кеналог – в 20,7%, причем последний в 89,2% случаев вводился внутрь суставов. Больше половины ЛС (55,9% случаев) стандартной терапии РА составляли нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Из них наиболее часто использовался препарат диклофенак, удельный вес которого составил 56%. Необходимо отметить, что в 98,2% случаев были использованы неселективные НПВП. Эти препараты в 7,03% случаев применены парентерально, в 8,3% – местно, а в остальных случаях внутри.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, проведенный анализ показал, что в структуре препаратов стандартной терапии РА наиболь-

ший удельный вес занимают НПВП, а наименьший – БПВП. Среди НПВП в основном используются неселективные препараты, которые имеют сравнительно высокий риск в плане развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, а среди БПВП более чем в половине случаев применяется метотрексат, а другие препараты представлены в меньшей степени.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИНХРОННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ**

**Беликов О.А.<sup>1</sup>, Кнауб Н.В.<sup>1</sup>, Ночвай Е.Э.<sup>1</sup>, Лушпаева Ю.А.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», Тюмень, Россия; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России, Тюмень, Россия*

#### **Введение/цель**

Оценить влияние синхронной интенсивной терапии на активность подагрического артрита.

#### **Материал и методы**

Группа наблюдения состояла из 59 больных с обострением хронического подагрического артрита (длительность обострения >12 нед). Возраст пациентов составлял в среднем 49 лет, длительность болезни –  $7,4 \pm 3,8$  года. У всех пациентов регистрировалась гиперурикемия (в среднем  $502,0 \pm 104,9$  мкмоль/л). Показанием для проведения интенсивной терапии являлось обострение заболевания при неэффективности традиционного антиподагрического лечения и/или невозможность его проведения. 30 пациентов – опытная группа (ОГ) – получали курс синхронной интенсивной терапии (СИТ): три сеанса плазмафереза с синхронным введением 250 мг метилпреднизолона после каждого сеанса. Перфузионные процедуры проводились на аппарате БП-0.5 (ОАО «БФА») с использованием мембранного фильтра ПФМ-800. Группе сравнения (ГС;  $n=29$ ) проводили три введения метилпреднизолона по 250 мг ежедневно. Группы были сопоставимы по возрасту, длительности основного заболевания и длительности обострения. Результаты лечения оценивались через 8 нед после окончания курса с использованием показателя индекса тяжести (ИТ) [Барскова В.Г., 2006], учитывающего наличие и количество тофусов, длительность заболевания, число пораженных суставов за все время болезни и в период настоящего обострения, возраст пациента и уровень мочевой кислоты. Также оценивались выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), уровень СРБ, нежелательные реакции на проведенное лечение.

#### **Результаты/обсуждение**

ИТ подагры в ОГ и ГС до начала лечения составили  $3,9 \pm 0,6$  и  $3,8 \pm 0,7$  соответственно, что свидетельствует о высокой активности болезни. Через 8 нед после проведения СИТ значимое клиническое улучшение было отмечено у 26 (87%) пациентов в ОГ и у 10 (34%) в ГС. При этом ИТ подагры в ОГ составил  $2,3 \pm 0,9$ , в ГС –  $3,7 \pm 0,9$  ( $p=0,03$ ). 24 (80%) пациента ОГ прекратили прием нестероидных противовоспалительных препаратов, у 15 (50%) больных из данной группы нормализовался уровень мочевой кислоты. ВАШ 68 мм в ГС против 23 мм в ОГ ( $p<0,01$ ), нежелательные реакции (повторное обострение – синдром «рикошета»), артериальная гипо- и гипертензия, сердцебиение, гиперемия лица, транзиторная гипо- и ги-



пергликемия, одышка наблюдались у 61% пациентов ГС против 11% в ОГ ( $p < 0,001$ ).

#### **Выводы/заключение**

СИТ – эффективный и безопасный метод купирования обострения при подагрическом артрите. В сравнении с пульс-терапией метилпреднизолоном СИТ оказывает более стойкий противовоспалительный эффект.

## **ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ ДЕНОСУМАБА**

**Белоконь Я.В.<sup>1</sup>, Беляева Е.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница, центр профилактики остеопороза», Тула, Россия;

<sup>2</sup>Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия

#### **Введение/цель**

Оценить вероятные нежелательные реакции при первичном и повторном введении деносумаба.

#### **Материал и методы**

Подкожное введение деносумаба было проведено 14 пациентам (13 женщин и 1 мужчина) в возрасте от 42 до 68 лет с диагнозом первичный и вторичный остеопороз (ОП), подтвержденный данными денситометрии. У 12 человек имелись низкоэнергетические переломы в анамнезе: позвонков ( $n=2$ ), проксимального отдела бедра ( $n=2$ ), переломы лучевой кости ( $n=3$  однократно), ( $n=1$  двукратно), ( $n=2$  трехкратно), множественная локализация ( $n=2$ ). Некоторые пациенты были с вторичным ОП и ревматоидным артритом ( $n=2$ ), анкилозирующим спондилитом ( $n=1$ ), сахарным диабетом (СД) инсулинзависимым ( $n=1$ ), СД инсулиннезависимым ( $n=2$ ).

#### **Результаты/обсуждение**

Предварительно у всех больных оценивался уровень общего и ионизированного кальция, в 4 случаях была выявлена гипокальциемия, проведена коррекция. После первого введения деносумаба всем пациентам назначен прием кальция и витамина D. Больным предлагалось оценить переносимость инъекции как отличную, хорошую и удовлетворительную. Независимо проводилась врачебная оценка. Учитывались наличие реакции в месте введения, изменение общего состояния, состояния гемодинамики, температурная реакция, инфекции, боли в конечностях, нарушения электролитного обмена. Как первичное ( $n=14$ ), так и повторное ( $n=5$ ) введение ни в одном случае не сопровождалось местной воспалительной реакцией. Не прослеживается связи инфекции с применением препарата. Оценка переносимости пациентами при первичном введении: отличная ( $n=6$ ), хорошая ( $n=8$ ); при повторном введении – отличная ( $n=4$ ), хорошая ( $n=1$ ). Оценка переносимости врачом при первичном введении: отличная ( $n=9$ ), хорошая ( $n=5$ ); при повторном введении: отличная ( $n=5$ ). По оценке врача хорошая переносимость отмечалась при болезненности в месте введения препарата, появлении кратковременной слабости по субъективным жалобам пациента.

#### **Выводы/заключение**

Переносимость первой и повторной инъекций деносумаба (пролиа 60 мг) оценивается врачом и пациентом как хорошая и отличная.

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ И ОБРАЩАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

**Беляева Е.А.**

*Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия*

#### **Введение/цель**

Несмотря на неуклонный рост числа случаев остеопороза (ОП), осложненного переломами, обращаемость пациентов остается низкой. Отмечается незаинтересованность врачей поликлинического звена в лечении пациентов с ОП.

#### **Материал и методы**

Проанализировано 112 амбулаторных обращений (мужчины – 8, женщины – 104, из них в постменопаузе – 89) к ревматологу при осложненном и неосложненном ОП.

#### **Результаты/обсуждение**

Из 112 пациентоа 13 направлены терапевтом, 26 – эндокринологом, 3 – гинекологом, 5 – травматологом. Остальные 65 (58%) – без направления врача. Перед направлением к ревматологу денситометрия проведена 22 пациентам, что составляет менее 50% от всех направленных больных. Из обратившихся самостоятельно получили информацию об ОП: из теле- и радиопрограмм – 18, из печатных изданий – 16, из интернета – 12; от родственников и знакомых – 19. Из числа обратившихся самостоятельно ОП без переломов диагностирован у 31 человека, с переломами позвонков – в 6 случаях, с переломами лучевой кости – в 4 случаях. Все самостоятельно обратившиеся пациенты с выявленным ОП в течение последних 12 мес были не менее одного раза осмотрены терапевтом. Никому не было дано рекомендаций по обследованию на предмет ОП, не проводился опрос для выявления факторов риска ОП.

#### **Выводы/заключение**

Имеется недостаточная активность врачей первичного звена в выявлении факторов риска, диагностике и лечении ОП. Широкое информирование населения о проблеме имеет большое значение для повышения самостоятельной обращаемости за медицинской помощью.

## **ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ СТРОНЦИЯ РАНЕЛАТОМ**

**Беляева Е.А.**

*Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия*

#### **Введение/цель**

Провести анализ безопасности терапии стронция ранелатом на протяжении 3 лет в условиях реальной клинической практики.

#### **Материал и методы**

Стронция ранелат был назначен за период с 2010 г. 98 пациенткам. Из них принимали препарат менее года – 51, менее полутора лет – 10, менее 2 лет – 8, менее 3 лет – 3. Оставшиеся 26 пациенток в возрастном интервале 43–58 лет с постменопаузальным (в том числе 7 – на фоне хирургической менопаузы) остеопорозом получали стронция ранелат в стандартной рекомендованной

дозе 2 г/сут непрерывно в течение 3 лет. Препарат не назначался пациенткам с артериальной гипертензией (АГ) 3-й степени, ишемической болезнью сердца (ИБС), тромбозами в анамнезе, варикозной болезнью вен нижних конечностей.

#### Результаты/обсуждение

Коморбидная патология в группе пациенток распределилась следующим образом: АГ 1-й и 2-й степени – 14, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки вне обострения – 2, бронхиальная астма и хронический бронхит – 2, хронический колит и синдром раздраженного кишечника – 4, хронический пиелонефрит с сохраненной азотвыделительной функцией почек – 3, сахарный диабет (СД) 2-го типа – 8. В числе вероятных нежелательных реакций за весь период наблюдения были отмечены диспептические расстройства: жидкий стул – 6 (23%), вздутие живота – 4 (15%), боль в животе – 7 (27%). При обследовании (эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование, ректосигмоскопия, лабораторные исследования) органической патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) не выявлено. Лечение было продолжено на фоне терапии функциональных нарушений ЖКТ. Также зафиксированы головная боль – у 4 (15%) больных, миалгии – у 2 (8%), сухость кожных покровов – у 1 (4%). Четкой связи этих проявлений с приемом стронция ранелата не выявлено. За время наблюдения прогрессирование АГ отмечено у 8 (30%) пациенток, проводилась коррекция гипотензивной терапии. В 2 (0,8%) случаях у пациенток с СД впервые диагностирована ИБС.

#### Выводы/заключение

При правильном подборе кандидатов на лечение в условиях реальной клинической практики за трехлетний период не произошло сердечно-сосудистых событий, тромботических осложнений, тяжелых нежелательных реакций, потребовавших отмены препарата.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АССОЦИИРОВАННЫХ С АНТИНУКЛЕАРНЫМИ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИМИ АНТИТЕЛАМИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ

Беляева И.Б.<sup>1</sup>, Чудинов А.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;  
<sup>2</sup>СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург, Россия

#### Введение/цель

Изучить частоту и характер поражения органов и систем при ассоциированных с антинуклеарными цитоплазматическими антителами (АНЦА) системных васкулитах (СВ) в зависимости от длительности заболевания (до 1 года и более 1 года).

#### Материал и методы

В исследование были включены 84 пациента с АНЦА-ассоциированными СВ: гранулематозным полиангиитом, микроскопическим полиангиитом, эозинофильным гранулематозным полиангиитом. Все пациенты были распределены на три группы в зависимости от типа

выявления АНЦА методом иммуноферментного анализа в дебюте заболевания: протеиназа 3-положительные [Пр3(+)] – 46%, миелопероксидаза-положительные [МПО(+)] – 34%, АНЦА-отрицательные [АНЦА(-)] – 20%. Поражения органов и систем оценивались на сроках заболевания до 1 года и более 1 года.

#### Результаты/обсуждение

Поражение ЛОР-органов в дебюте заболевания преобладало в группе Пр3(+) пациентов (73% случаев) в виде синуситов (49%), язвенно-некротического ринита (22%), отитов (29%). Поражение легких в дебюте при Пр3(+) варианте СВ проявлялось преимущественно в виде гранулематозного поражения с распадом (49%), реже в виде легочного капиллярита (29%), при МПО(+) чаще в виде легочного капиллярита (38%), бронхообструктивного синдрома (15%), а при АНЦА(-) – чаще в виде легочных инфильтратов без распада (44%). Поражение почек наиболее часто отмечалось в группе Пр3(+) и МПО(+) пациентов (81 и 70% в первый год, 77 и 94% соответственно после первого года заболевания). Церебральный васкулит выявлялся чаще при Пр3(+) варианте СВ (в дебюте – 41%, в развернутой стадии – 61%). Сочетанное поражение легких и почек в дебюте заболевания отмечалось у 2/3 Пр3(+) пациентов, у половины МПО(+) и у 1/3 АНЦА(-) пациентов. Среднее значение индекса повреждения (VDI) в группе Пр3(+) отчетливо превосходило среднее значение VDI при МПО(+) и АНЦА(-) вариантах СВ (6,1; 4,1 и 3,8 соответственно).

#### Выводы/заключение

В дебюте при МПО(+) варианте СВ чаще развиваются быстропрогрессирующий гломерулонефрит, артриты, легочные кровотечения и кожная пурпура, при АНЦА(-) варианте СВ – артриты, миалгии, легочные инфильтраты без распада, полинейропатия и язвенно-некротическое поражение кожи. После первого года заболевания отмечено увеличение частоты поражения нервной системы при всех вариантах СВ и поражения почек при МПО(+) варианте СВ. Клиническая картина дебюта у Пр3(+) пациентов характеризуется развитием быстропрогрессирующего гломерулонефрита с полулуниями, гранулематозного поражения легких, церебральным васкулитом, синуситами, носовыми кровотечениями, отитами, язвенно-некротическим ринитом и перфорацией носовой перегородки. Пр3(+) вариант СВ имеет наиболее агрессивный характер течения заболевания, большее количество осложнений и неблагоприятный прогноз.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКОФЕНОЛАТ МОФЕТИЛА ПРИ ЛЮПУС-НЕФРИТЕ

Беркелиева М.М.

Туркменский государственный медицинский университет, Ашхабад, Туркменистан

#### Введение/цель

Пролиферативные формы люпус-нефрита – III и IV классы – считаются наиболее неблагоприятными, поэтому правильный выбор иммунодепрессивной терапии имеет важное значение в отдаленном прогнозе заболевания. Цель – сравнительное изучение клинической эффективности азатиоприна и микофенолата мофетила (ММФ) в поддерживающей терапии люпус-нефрита.

### Материал и методы

Исследовано 73 больных люпус-нефритом III и IV классов, средний возраст  $36,7 \pm 5,2$  года. В качестве индукционной терапии применялся циклофосфамид 600 мг каждые 2 нед в течение 3–6 мес до достижения ремиссии. В качестве поддерживающей терапии у 38 больных (1-я группа) применялся ММФ и у 35 больных (2-я группа) – азатиоприн (АЗА). По ходу и в конце лечения проводились биохимические и иммунологические исследования крови и мочи.

### Результаты/обсуждение

В 1-й группе полной ремиссии удалось достичь у 74%, во 2-й группе – только у 52% больных ( $p < 0,05$ ). Нежелательные реакции, такие как анемия и легкая диспепсия, имели место у 5% больных, получавших ММФ, и 19% больных, получавших АЗА. Скорость клубочковой фильтрации у больных 1-й группы повысилась в результате лечения на  $17,9 \pm 6,5$  мл/мин ( $p < 0,05$ ), у больных 2-й группы – на  $9,3 \pm 5,4$  мл/мин от исходных значений ( $p < 0,05$ ). Продолжительность лечения ММФ была на 5 мес меньше, чем при лечении АЗА для достижения равнозначного эффекта.

### Выводы/заключение

Таким образом, при лечении тяжелых форм люпус-нефрита ММФ как основной компонент поддерживающей иммунодепрессивной терапии отличается от АЗА более высокой эффективностью. При нетяжелых формах люпус-нефрита препарат может быть применим в составе индукционной терапии.

## СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ И БЕЗ НЕГО

Бестаев Д.В., Новиков А.А.,

Александрова Е.Н., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л.

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

### Введение/цель

При ревматоидном артрите (РА) возникает дисбаланс между гиперпродукцией провоспалительных и противовоспалительных цитокинов с преобладанием синтеза первых над вторыми. Применение мультиплексного анализа цитокинов дает возможность изучения новых механизмов патогенеза РА и его внесуставных проявлений (ВП), в том числе интерстициального поражения легких (ИПЛ). Изучение роли цитокинов в развитии ВП при РА является актуальной задачей в связи с разработкой и применением в терапевтических целях антагонистов их провоспалительного действия – генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). Цель – изучить концентрацию цитокинов у больных РА с ИПЛ и без него.

### Материал и методы

В исследование включено 20 больных РА с ИПЛ в возрасте  $51,2 \pm 10,1$  года, с длительностью заболевания  $11,8 \pm 7,4$  года, активностью РА по DAS28 равной  $5,76 \pm 1,46$ ; 30 пациентов с РА без ИПЛ в возрасте  $49,4 \pm 11,2$  года, длительностью заболевания  $10,7 \pm 6,3$  года, с индексом DAS28, равным  $5,12 \pm 1,67$ , а также 28 здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами с РА. Концентра-

цию 27 цитокинов сыворотки крови у больных РА с ИПЛ и без него, а также здоровых доноров определяли с помощью мультиплексной технологии xMAP на анализаторе Bio-Plex200 (Bio-Rad, США). ИПЛ у больных РА диагностировали при помощи спирального компьютерного томографа GE Light Speed VCT (с толщиной среза 0,65 мм).

### Результаты/обсуждение

Выявлено статистически достоверное повышение концентрации интерлейкина 5 (ИЛ5), ИЛ6, ИЛ7, ИЛ8, ИЛ9, ИЛ10, ИЛ12, ИЛ15, эотаксина, гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора, гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора, интерферона  $\gamma$  (ИФН $\gamma$ ), макрофагального белка воспаления 1 $\beta$ , тромбоцитарного фактора роста ВВ, RANTES, фактора некроза опухоли  $\alpha$  у больных РА с ИПЛ и без него по сравнению со здоровыми донорами. Концентрация ИЛ4 и ИФН $\beta$ -индуцибельного белка у пациентов с РА с ИПЛ оказалась выше, чем у больных без ИПЛ и здоровых лиц ( $p = 0,04$  и  $p = 0,001$  соответственно). У больных РА с ИПЛ выявлено значительно большее повышение уровней ИЛ10, ИФН $\gamma$ , чем у пациентов с РА без поражения легких и здоровых доноров ( $p = 0,008$  и  $p = 0,0003$ ;  $p = 0,0001$  и  $p = 0,0001$  соответственно). Пациенты с РА с ИПЛ продемонстрировали более низкие концентрации васкулоэндотелиального фактора роста, чем больные РА с ИПЛ и здоровые доноры ( $p = 1,0$  и  $p = 0,05$  соответственно). Уровень RANTES оказался значительно повышенным у больных без поражения легких, по сравнению с пациентами с РА с ИПЛ ( $p = 0,03$ ) и здоровыми лицами ( $p = 0,0001$ ). Уровни цитокинов ИЛ1 $\beta$ , ИЛ2, антагониста рецептора ИЛ1 – ИЛ1а оказались более высокими у больных РА с ИПЛ, чем у обследуемых из других групп, однако разница была статистически недостоверной ( $p > 0,05$ ).

### Выводы/заключение

У больных РА с ИПЛ выявлено преобладание Th2-иммунного ответа, однако обнаружена и активация Th1-цитокинов. Эти факты свидетельствуют о необходимости более тщательного изучения баланса между Th-типами иммунного ответа при РА с ИПЛ с целью лучшего понимания патогенетических механизмов ИПЛ при РА и совершенствования терапии ГИБП.

## КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Богмат Л.Ф., Шевченко Н.С., Демьяненко М.В.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», Харьков, Украина

### Введение/цель

Значительное место среди ревматических заболеваний у детей занимает ювенильный ревматоидный артрит (ЮИА). Кроме суставных поражений, у таких пациентов имеют место изменения со стороны сердечно-сосудистой (ССС), пищеварительной, эндокринной и мочевыводящей систем, что ведет к возрастанию тяжести и ухудшению прогноза основного заболевания. Однако вопросы коморбидности при ЮИА в настоящее время не изучены. Цель – уточнение изменений ССС, функции почек и печени при ЮИА у детей.

### Материал и методы

Проанализированы 312 историй болезни больных 1,5–18 лет, в том числе с ЮРА – 84,9%; с анкилозирую-

шим спондилитом – 4,2%; с системным вариантом ЮИА – 10,9%, с поражением глаз – 4,8%. Лиц женского пола было 70,2%, мужского – 29,8%, возрастную категорию до 10 лет составили 43,86%, 10–14 лет – 35,09%, старше 15 лет – 21,1% обследованных. Длительность заболевания составила от 3,5 до 84,7 мес. Позитивность по ревматоидному фактору отмечена у 1,6%, по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду – у 1,6%, по антителам к модифицированному цитруллинированному виментину – у 5,4%. Вариант олигоартрита встречался у 21%, полиартрита – у 64% пациентов. Дети получали адекватную состоянию базисную противовоспалительную и поддерживающую терапию (низкие дозы глюкокортикоидов в зависимости от активности процесса и клинического варианта заболевания, цитостатики, нестероидные противовоспалительные препараты). На момент обследования признаки III степени активности ЮИА отмечались у 20,2%, II – у 25,5%, I – у 48,2%, в периоде ремиссии находились 6,1% детей.

#### **Результаты/обсуждение**

Со стороны ССС определялись: тахикардия (42,1%), повышение артериального давления (2,1%), снижение сократительной способности левого желудочка (7,0%), расширение полостей сердца (3,5%). Исследование функциональных проб печени (билирубин и его фракции, аланин-аминотрансферазы – АЛТ, аспартатаминотрансферазы – АСТ) выявило повышение уровня билирубина (2,6%), холестерина (15,8%),  $\beta$ -липопротеидов (51,8%), АЛТ (2,6%) и АСТ (2,6%). Изменения со стороны почек в виде снижения скорости клубочковой фильтрации установлены у 6,7%, повышения уровня креатинина сыворотки крови – у 3,3%.

#### **Выводы/заключение**

Полученные результаты показали достаточно высокую частоту внесуставных отклонений у детей с ЮИА, в том числе рено-кардиоваскулярных нарушений и изменений липидного спектра крови. Это определяет необходимость изучения данных параметров для диагностики начальных стадий коморбидных состояний, коррекции лечения основного заболевания с учетом его активности и длительности.

## **НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

**Болотских А.В.<sup>1</sup>, Михайлова Д.М.<sup>1</sup>,**

**Белова Ю.С.<sup>1</sup>, Сёмченкова М.Ю.<sup>1</sup>, Погодина М.В.<sup>1</sup>,**

**Кречикова Д.Г.<sup>2</sup>, Гераськина Т.М.<sup>2</sup>, Михалик Д.С.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России, Смоленск, Россия;

<sup>2</sup>НУЗ «Отделенческая больница на станции Смоленск ОАО «РЖД»», Смоленск, Россия

#### **Введение/цель**

Оценить распространенность тревожно-депрессивных расстройств среди пациентов Областного ревматологического центра (ОРЦ) и потребность пациентов в психологической помощи.

#### **Материал и методы**

Проведен опрос среди 111 пациентов ОРЦ по шкале HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

#### **Результаты/обсуждение**

Повышение уровня тревоги отмечено у 58,5%, значимое – у 36% опрошенных. Повышение уровня депрессии выявлен у 36%, значимое – у 19,8%. Среди больных остеоартрозом (20,7% пациентов) частота тревожных нарушений составила 48% (клинически значимая – 25%), частота депрессивных нарушений составила 34% (с 6% клинически значимого уровня депрессии). У больных, страдающих ревматоидным артритом (34,2% пациентов), повышение тревожности выявлено в 40% (30% – клинически значимое), повышение депрессивных настроений – у 41% (16% – клинически значимое). Среди больных с псориатическим артритом (6,3% опрошенных) повышение тревоги выявлено у 56% (34% – клинически значимое), депрессии – 22% клинически значимого уровня. Среди пациентов с подагрическим артритом (5,4%) повышение тревоги отмечено у 37% (25% – клинически значимое), депрессии – 25% субклинического уровня. Среди пациентов, которые только примерно знают свой диагноз «артрит» (14,4%), повышение уровня тревоги выявлено у 36% (18% – клинически значимое), повышение уровня депрессии – 32% (14% – клинически значимое). 5,4% опрошенных не смогли указать своего диагноза. Среди них 25% обнаружили значимый уровень тревоги, 37% – повышение уровня депрессии (25% клинически значимый). Выявлена положительная корреляция средней силы ( $k=0,65$ ,  $p=0,0000$ ) между уровнем тревоги и депрессии.

#### **Выводы/заключение**

Не выявлено признаков нарушения настроения у только 1/3 пациентов ОРЦ. Тревожные нарушения встречаются чаще депрессивных расстройств. Клинически значимый уровень тревоги встречается от 18% (у пациентов с «артритом») до 48% (остеоартроз) пациентов. Наиболее высокий уровень депрессии отмечен у пациентов, которые не знают своего диагноза (25%).

## **СОМАТОТИПИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ЖЕНЩИН С КОМОРБИДНОСТЬЮ ОСТЕОАРТРОЗА И ОСТЕОПОРОЗОМ**

**Большакова Т.Ю., Капустина Е.В., Шарайкина Е.П.**

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»*

*Минздрава России, Красноярск, Россия*

#### **Введение/цель**

Изучить соматотипический портрет женщин с коморбидностью остеоартроза и остеопороза.

#### **Материал и методы**

Обследовано 85 женщин, страдающих остеоартрозом в сочетании с остеопорозом, в возрасте от 46 до 74 лет (средний возраст  $62,8 \pm 7,7$  года), проживающих в г. Красноярске. Обследование пациенток включало оценку жалоб, сбор анамнеза, объективный осмотр, рентгенографию суставов и позвоночника, ДХА, антропометрическое обследование и соматотипическую диагностику. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью программы SPSS версии 19.0 и SOMA.

#### **Результаты/обсуждение**

Выявлено, что среди женщин с коморбидностью остеоартроза и остеопороза наиболее часто встречались представительницы мезопластического соматотипа

(48,2%). Это были женщины с показателями роста 156,3–160,9 см, имевшие избыточную массу тела и отличавшиеся от других женщин преобладанием жировой массы и уменьшением мышечной массы в коме. Переломы костей у них регистрировались в 56,0% случаев, при этом наиболее часто встречались переломы позвонков (28,5%). Только у пациенток этого соматотипа были множественные переломы костей. Женщины эурипластического низкорослого и эурипластического высокорослого соматотипов встречались в 28,2 и 12,9% случаев соответственно. Эти женщины были выше ростом по сравнению с предыдущими (>161 см) и страдали ожирением. У женщин эурипластического низкорослого соматотипа чаще, чем у представительниц других соматотипов, отмечались переломы предплечья (60,0%). У женщин эурипластического высокорослого соматотипа чаще по сравнению с мезопластическим и эурипластическим низкорослым соматотипом регистрировались сочетанные переломы предплечья и позвонков (66,6%).

#### **Выводы/заключение**

Соматотипический портрет женщин с коморбидностью остеоартроза и остеопороза был представлен несколькими соматотипами: мезопластическим, эурипластическим низкорослым и эурипластическим высокорослым, при этом наиболее часто женщины относились к мезопластическому соматотипу, представительницы которого страдали более тяжелыми проявлениями остеоартроза.

## **НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ У БОЛЬНЫХ РАННИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКОЙ КОГОРТЫ**

**Бочкова А.Г.<sup>1</sup>, Губарь Е.Е.<sup>1</sup>, Румянцева О.А.<sup>1</sup>,  
Дубинина Т.В.<sup>1</sup>, Демина А.В.<sup>1</sup>, Шубин С.В.<sup>1</sup>,  
Годзенко А.А.<sup>2</sup>, Тюхова Е.Ю.<sup>1</sup>, Смирнов А.А.<sup>1</sup>, Эрдес Ш.Ф.<sup>1</sup>**  
*<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;  
<sup>2</sup>ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия  
последипломного образования», Москва, Россия*

#### **Введение/цель**

Применение новых классификационных критериев аксиального спондилоартрита (аксСпА) (ASAS 2009) позволяет рано диагностировать спондилоартриты с поражением осевого скелета и своевременно назначать адекватную противовоспалительную терапию ингибиторами фактора некроза опухоли (иФНО). Цель – проанализировать частоту назначения иФНО у больных дорентгенологическим аксСпА и анкилозирующим спондилитом (АС) у больных с одинаковой длительностью симптомов.

#### **Материал и методы**

С 2012 г. в лаборатории спондилартритов ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН набирается когорта больных с ранним АС (аксСпА) с длительностью воспалительной боли в позвоночнике ≤5 лет.

#### **Результаты/обсуждение**

В анализ были включены 73 пациента с аксСпА (33 мужчины; 40 женщин) с длительностью симптомов

СпА от 3 мес до 5 лет (медиана 19,9 мес). Средний возраст больных – 28,3 года. У 48% пациентов при первом обследовании были выявлены структурные изменения в крестцово-подвздошном сочленении на рентгенограммах, которые соответствовали критериям достоверного сакроилиита, а больные соответственно – диагнозу АС. Остальные 52% пациентов соответствовали критериям дорентгенологического аксСпА (или ранней стадии АС). Длительность симптомов не различалась между больными с дорентгенографическим аксСпА и АС. У пациентов с АС достоверно чаще выявлялось повышение уровня С-реактивного белка (66,6 и 37,8%;  $p=0,02$ ). Частота периферического артрита, HLA-B27(+), энтезитов, дактилита не различалась между группами. Высокая активность заболевания и недостаточный эффект стандартной терапии (показания к назначению иФНО) не различались между группами и наблюдались у 21,6% пациентов с аксСпА и 22,2% пациентов с АС.

#### **Выводы/заключение**

Частота назначения иФНО не различалась между больными дорентгенологическим аксСпА и АС при равной длительности симптомов болезни.

## **АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ЭТАНЕРЦЕПТОМ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

**Бочкова А.Г., Румянцева О.А.,  
Тюхова Е.Ю., Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф.**  
*ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия*

#### **Введение/цель**

Известно, что с возрастом коморбидность больных с ревматическими заболеваниями увеличивается, что вызывает определенные трудности при лечении ингибиторами фактора некроза опухоли (ФНО). Этанерцепт (ЭТЦ) является наиболее безопасным препаратом из этой группы и разрешен к применению у детей с 4 лет. У пожилых больных спондилоартритами (СпА) с коморбидными заболеваниями ЭТЦ также является препаратом выбора. Цель – проанализировать переносимость ЭТЦ при длительной терапии больных со СпА в возрасте 60 лет и старше.

#### **Материал и методы**

Проводился анализ эффективности и переносимости ЭТЦ у больных СпА (анкилозирующим спондилитом – АС – и дорентгенологическим аксиальным СпА) с высокой активностью (BASDAI >4). Регулярная терапия ЭТЦ в дозе 50 мг/нед проводилась не менее 6 мес. Оценивались следующие показатели: число больных с частичной ремиссией, с улучшением ASAS40, а также число отмен из-за потери эффективности и нежелательных реакций.

#### **Результаты/обсуждение**

ЭТЦ был первым ингибитором ФНО у 29 больных, из них у 8 (28%) лечение ЭТЦ было начато в возрасте 60 лет и старше (средний возраст 64,6 года). Число больных с частичной ремиссией составило 6 (75%) у пожилых больных и 16 (73%) в группе молодых больных. Улучшение ASAS40 наблюдалось у 2 (26%) пожилых больных и у 5 (23%). Число отмен ЭТЦ из-за нежелательных реакций наблюдалось у одного пациента в молодом возрасте.

### Выводы/заключение

У больных СпА в пожилом возрасте ЭТЦ эффективен, хорошо переносится и, возможно, является препаратом выбора среди других ингибиторов ФНО.

## ИСХОДНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РАННИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКОЙ КОГОРТЫ

Бочкова А.Г.<sup>1</sup>, Губарь Е.Е.<sup>1</sup>, Румянцева О.А.<sup>1</sup>,  
Дубинина Т.В.<sup>1</sup>, Демина А.В.<sup>1</sup>, Шубин С.В.<sup>1</sup>,

Годзенко А.А.<sup>2</sup>, Тюхова Е.Ю.<sup>1</sup>, Смирнов А.А.<sup>1</sup>, Эрдес Ш.Ф.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», Москва, Россия

### Введение/цель

Применение новых классификационных критериев аксиального спондилоартрита (аксСпА: ASAS, 2009) позволяет диагностировать СпА с вовлечением аксиального скелета на любой стадии болезни. Цель – проанализировать исходные характеристики больных, которым впервые в нашем институте поставлен диагноз аксСпА.

### Материал и методы

С 2012 г. в лаборатории спондилартритов ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН набирается когорта больных с аксСпА по критериям ASAS (с длительностью воспалительной боли в позвоночнике  $\leq 5$  лет).

### Результаты/обсуждение

Представлены результаты первого обследования 73 больных аксСпА (33 мужчины; 40 женщин). Средний возраст больных – 28,3 года. Все пациенты страдали хроническими болями в каком-либо отделе позвоночника с дебютом до 45 лет. Длительность хронической боли в позвоночнике была от 3 мес до 5 лет (медиана 19,9 мес). У 80% пациентов был воспалительный характер боли по критериям ASAS, у 20% критерии воспалительной боли полностью не выполнялись. 90,4% больных были позитивны по HLA-B27. Активные воспалительные изменения в аксиальном скелете выявлены у 85% пациентов: 72,6% – в крестцово-подвздошных сочленениях (КПС), у 11% – в поясничном отделе, у 28,7% – в тазобедренных суставах. У 48% пациентов при первом обследовании были выявлены структурные изменения в КПС на рентгенограммах, которые соответствовали критериям достоверного сакроилиита и, соответственно, диагнозу анкилозирующего спондилита (АС). Длительность симптомов не различалась между больными с дорентгенографическим аксСпА и АС. У больных АС чаще наблюдались воспалительные изменения в КПС (86%). Соотношение мужчин и женщин было достоверно больше у больных АС (24/12 и 13/24,  $p=0,017$ ). У пациентов с АС достоверно чаще выявлялось повышение уровня С-реактивного белка (СРБ; 66,6 и 37,8%;  $p=0,02$ ). Частота периферического артрита, энтезитов, дактилита, позитивность по HLA-B27 не различалась между группами. Внеаксиальные проявления наблюдались только у больных с дорентгенологическим СпА: псориаз – 2 (5,4%), передний увеит – 3 (8,1%), воспалительные заболевания кишечника – 1 (2,7%).

### Выводы/заключение

У больных аксСпА с длительностью до 5 лет выявлена высокая частота анкилозирующего спондилита (48%), при этом длительность симптомов не различалась между больными с дорентгенографическим аксСпА и АС. Среди больных с дорентгенологическим аксСпА преобладали женщины. Повышение уровня СРБ достоверно чаще наблюдалось у больных АС. Внеаксиальные проявления были редкими и наблюдались только у больных с дорентгенологическим аксСпА.

## ИЗУЧЕНИЕ АГРЕССИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Бурлай О.С., Грехов Р.А.

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

### Введение/цель

Патогенез ревматоидного артрита (РА) остается недостаточно изученным. По-прежнему актуально исследование не только иммунобиологических, но и психосоматических предпосылок развития РА, в частности изучение показателей и форм агрессивности у данной группы пациентов, что и является целью настоящего исследования.

### Материал и методы

В исследование включено 27 больных РА (21 женщины и 6 мужчин, средний возраст  $43 \pm 12,5$  года; длительность заболевания составила в среднем  $6,8 \pm 5,7$  года). Проведено исследование показателей и форм агрессивности при помощи методики А. Басса и А. Дарки (1957).

### Результаты/обсуждение

Выявлено, что индекс агрессивности у 59,3% пациентов ниже нормы, индекс враждебности у 63% в пределах нормы. Пациенты с РА испытывают затруднения в прямом отреагировании агрессии и более склонны к пассивному ее выражению. Наиболее характерной формой агрессии для данной выборки является чувство вины (аутоагрессия) – в среднем 73,4 балла, что позволяет провести аналогию между аутоиммунным «саморазрушением» организма при РА и психологической аутоагрессией. Симптомы РА также могут играть роль бессознательного самонаказания, призванного облегчить чувство вины. Показатели косвенной агрессии в среднем составили 59,7 балла, что свидетельствует о том, что пациенты склонны выражать агрессию в более безопасной, замаскированной форме. Чувство обиды также является значимой психосоматической предпосылкой – ее показатели у пациентов с РА составили 55,4 балла. Менее выражены показатели вербальной агрессии (48,9), раздражения (46,7), подозрительности (43,2), физической агрессии (42,8) и негативизма (37,8).

### Выводы/заключение

Пациентам с РА свойственна определенная специфика агрессивных проявлений, которые точнее можно охарактеризовать как аутоагрессивные. Больным РА необходимо оказание не только медикаментозной, но и психологической помощи. Психологическая коррекция должна быть направлена на преодоление аутоагрессивных тенденций, чувства вины и обиды, а также на развитие навыков

более эффективного и конструктивного отреагирования агрессивных импульсов путем проведения психологических тренингов в рамках занятий «школы» ревматологических больных.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ

Бусалаева Е.И.<sup>1</sup>, Лохова А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>АУ Чувашской Республики «Институт усовершенствования врачей» МЗиСР ЧР, Чебоксары, Россия;

<sup>2</sup>БУ «Городская клиническая больница №1», Чебоксары, Россия

### Введение/цель

Узловатая эритема (УЭ) встречается не только как самостоятельное заболевание, но и как проявление другой патологии. Необходимо осуществлять дифференциально-диагностический поиск, который призван установить генез УЭ. Цель — изучить этиологическую структуру при УЭ.

### Материал и методы

Проанализированы пациенты врача-ревматолога городской клинической больницы (численность обслуживаемого населения 98 тыс. человек) за 2009–2013 гг., имевшие УЭ, — всего 110 человек. Оценивались анамнез, клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных исследований.

### Результаты/обсуждение

Количество пациентов с УЭ на приеме у ревматолога в среднем составляет 24 человека в год. Преимущественно это женщины (98,4%), в возрасте от 19 лет до 81 года (средний возраст 43,2±4,6 года). Идиопатическая УЭ, носящая рецидивирующий характер, выявлена в 5,6% случаев. УЭ как дебют саркоидоза выявлена в 10%, связанная с ревматическими заболеваниями (ревматоидный артрит, хроническая ревматическая болезнь сердца) — у 5,6% пациентов, как проявление имеющейся онкопатологии — у 2 (1,8%) больных. 18,2% обратившихся к ревматологу пациенток с УЭ были беременны. Стрептококковая инфекция (острая или обострение хронической, подтвержденная бактериологическим исследованием) зафиксирована в 14,1% случаев. У 23,7% больных появление УЭ было связано с бесконтрольным приемом лекарственных средств, чаще всего жаропонижающих, в том числе и комбинированных, которые пациенты покупали самостоятельно, без рекомендации врача. В остальных ситуациях причина УЭ не была установлена и состояние расценено как самостоятельное заболевание. При анализе возрастного состава было показано, что в группе молодых женщин (21–36 лет) основными причинами являются беременность и стрептококковая инфекция, в средней возрастной группе — саркоидоз, прием лекарственных препаратов, ревматические заболевания, в группе старше 60 лет — онкопатология.

### Выводы/заключение

Таким образом, для установления причины возникновения УЭ, помимо инструментальных и лабораторных данных, необходим тщательный сбор анамнеза, в том числе и фармакологического, поскольку бесконтрольный прием лекарственных средств может стать причиной возникновения УЭ. Также должна быть настороженность в отношении саркоидоза, дебютом которого зачастую является именно УЭ.

## ПОКАЗАТЕЛИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

Вайсман Д.Ш.<sup>1</sup>, Сальникова Т.С.<sup>2</sup>, Сороцкая В.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации»

Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>2</sup>Тульский государственный университет», Тула, Россия

### Введение/цель

Проанализировать показатели стационарной помощи при болезнях костно-мышечной системы (БКМС) в России и сравнить их с данными стран Европы.

### Материал и методы

Изучены три основных показателя: процент госпитализированных больных с данным заболеванием от числа всех госпитализированных больных, число госпитализированных на 1000 населения и средняя длительность пребывания на койке. Для сравнения изучены данные Европейской базы госпитальной заболеваемости.

### Результаты/обсуждение

В 2011 г. в Российской Федерации в стационаре было пролечено 1 256 104 пациента с БКМС (M00–M99), что составило 5,1% от всех госпитализированных больных. Это число пролеченных пациентов ниже, чем в ряде европейских стран (Австрия — 11,8%; Дания — 5,2%; Финляндия — 7,2%; Норвегия — 6,3%; Швеция — 5,9%; Швейцария — 12,5%; Великобритания — 6,0%). Число пролеченных пациентов с БКМС на 1000 населения в России составило 8,8, что меньше, чем в других странах (Австрия — 32,6; Дания — 9,0; Финляндия — 13,1; Норвегия — 11,3; Швеция — 9,2; Швейцария — 22,0; Великобритания — 8,2). Средняя длительность пребывания на койке у больных с БКМС в России в 2011 г. составила 14,09 дня. Этот показатель в других странах колеблется от 4,5 до 10,4 дня (Австрия — 10,4; Дания — 5,6; Финляндия — 6,6; Норвегия — 4,5; Швеция — 5,4; Швейцария — 7,9; Великобритания — 5,5). В 2011 г. в России в стационаре было пролечено 3854 пациента с остеопорозом (ОП) (M80–M81), что составило 0,02% от всех госпитализированных больных. При международных сравнениях это число пролеченных пациентов ниже, чем в ряде европейских стран (Австрия — 0,21%; Дания — 0,13%; Финляндия — 0,14%; Норвегия — 0,09%; Швеция — 0,06%; Швейцария — 0,23%; Великобритания — 0,07%). Число пролеченных пациентов с ОП на 1000 населения в России составило 0,03, что также ниже, чем в других странах (Австрия — 0,58; Дания — 0,23; Финляндия — 0,25; Норвегия — 0,16; Швеция — 0,09; Швейцария — 0,40; Великобритания — 0,09). Средняя длительность пребывания на койке у больных с ОП в России в 2011 г. составила 13,9 дня. Этот показатель в других странах колеблется от 6,1 до 23,5 дня (Австрия — 13,0; Дания — 10,6; Финляндия — 23,5; Норвегия — 6,1; Швеция — 10,1; Швейцария — 14,4; Великобритания — 15,4).

### Выводы/заключение

При международных сравнениях оказание медицинской помощи больным с патологией костно-мышечной системы в стационарных условиях в России оказывается в меньшем числе случаев, чем в ряде европейских стран.

# ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И ОСТЕОПОРОЗАХ ПРИ МЕЖДУНАРОДНЫХ СРАВНЕНИЯХ

Вайсман Д.Ш.<sup>1</sup>, Сорочкая В.Н.<sup>2</sup>, Балабанова Р.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия;

<sup>3</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

## Введение/цель

Степень достаточности оказания медицинской помощи в стационарных условиях имеет большое значение для исходов заболеваний, характеризующихся тяжелым течением.

## Материал и методы

Изучены три основных показателя: процент госпитализированных больных с данным заболеванием от числа всех госпитализированных больных, число госпитализированных на 1000 населения и средняя длительность пребывания на койке. Для международного сравнения взяты данные Европейской базы данных госпитальной заболеваемости.

## Результаты/обсуждение

Изучено состояние оказания медицинской помощи в стационарных условиях при болезнях костно-мышечной системы (БКМС) и остеопорозе (ОП). В 2011 г. в России в стационаре было пролечено 1 256 104 пациента с БКМС (M00–M99), что составило 5,1% от всех госпитализированных больных. При международных сравнениях этот процент пролеченных пациентов ниже, чем в ряде стран (Австрия – 11,8%; Дания – 5,2%; Финляндия – 7,2%; Норвегия – 6,3%; Швеция – 5,9%; Швейцария – 12,5%; Великобритания – 6,0%). Число пролеченных пациентов с БКМС на 1000 населения в России составило 8,8, что также ниже, чем в других странах (Австрия – 32,6; Дания – 9,0; Финляндия – 13,1; Норвегия – 11,3; Швеция – 9,2; Швейцария – 22,0; Великобритания – 8,2). Средняя длительность пребывания на койке у больных с БКМС в РФ в 2011 г. составила 14,09 дня. Этот показатель в других странах колеблется от 4,5 до 10,4 дня (Австрия – 10,4; Дания – 5,6; Финляндия – 6,6; Норвегия – 4,5; Швеция – 5,4; Швейцария – 7,9; Великобритания – 5,5). В 2011 г. в России в стационаре было пролечено 3854 пациента с ОП (M80–M81), что составило 0,02% от всех госпитализированных больных. При международных сравнениях это число пролеченных пациентов ниже, чем в ряде стран (Австрия – 0,21%; Дания – 0,13%; Финляндия – 0,14%; Норвегия – 0,09%; Швеция – 0,06%; Швейцария – 0,23%; Великобритания – 0,07%). Число пролеченных пациентов с ОП на 1000 населения в России составило 0,03, что также ниже, чем в других странах (Австрия – 0,58; Дания – 0,23; Финляндия – 0,25; Норвегия – 0,16; Швеция – 0,09; Швейцария – 0,40; Великобритания – 0,09). Средняя длительность пребывания на койке у больных ОП в России в 2011 г. составила 13,9 дня. Этот показатель в других странах колеблется от 6,1 до 23,5 дня

(Австрия – 13,0; Дания – 10,6; Финляндия – 23,5; Норвегия – 6,1; Швеция – 10,1; Швейцария – 14,4; Великобритания – 15,4).

## Выводы/заключение

Стационарная медицинская помощь больным с костно-мышечной патологией в Российской Федерации оказывается в меньшем числе случаев, чем в ряде других стран.

# СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ

Валеева Ф.В., Нуруллина Г.И.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

## Введение/цель

При ревматических заболеваниях продолжительность введения и дозировка глюкокортикоидов (ГК) являются значимыми прогностическими факторами развития нарушения толерантности к глюкозе и сахарного диабета. Цель – изучить влияние пульс-терапии (ПТ) ГК на нарушение углеводного обмена у больных с ревматическими заболеваниями.

## Материал и методы

В исследование были включены 27 пациентов (4 мужчины, 23 женщины) с различными ревматическими заболеваниями (системная красная волчанка – 20, системный васкулит – 7) в возрасте от 18 до 68 лет (средний возраст 42,3±14,43 года) и длительностью заболевания от 6 мес до 12 лет (в среднем 3,55±3,36 года). ПТ ГК включала внутривенное капельное введение 600–1000 мг преднизолона в сутки 3 дня подряд (курсовая доза 1800–3000 мг). После курса ПТ был проведен оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ). В первую группу были включены пациенты с нормальным результатом ОГТТ (концентрация глюкозы <7,8 ммоль/л через 2 ч после приема 75 г глюкозы). Всего в первой группе было 20 пациентов в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст 38,0±2,8 года). У пациентов второй группы уровень ОГТТ был >7,8 ммоль/л. В данную группу вошло 7 человек в возрасте от 44 лет до 61 года (средний возраст 52,5±8,5 года). Всем пациентам проводили измерение уровня глюкозы в крови до начала ПТ, через 2, 4, 6, 10, 24, 48 и 72 ч после ПТ, а у пациентов, у которых через 72 ч уровень глюкозы не возвращался к исходному, – до момента нормализации показателей.

## Результаты/обсуждение

У всех пациентов, включенных в исследование, после сеанса ПТ наблюдалось повышение уровня глюкозы в крови с максимумом через 4 ч после начала введения препарата – в первой группе до 11,2±0,92, во второй до 21,95±0,25 ммоль/л (p<0,05). Нормализация уровня глюкозы у больных первой группы происходила в течение 1,75±0,18 дня (от 1 до 3), тогда как во второй – в течение 4,0±1,0 (от 3 до 5; p<0,05). При проведении ОГТТ средний уровень глюкозы крови натощак у больных первой группы составил 4,59±0,11 ммоль/л, а во второй – 5,95±0,45 (p<0,05), через 2 ч – 6,0±0,21 и 10,0±1,5 ммоль/л соответственно (p<0,05).



### Выводы/заключение

Применение ПТ ГК у ревматологических больных вызывает изменение уровня глюкозы крови до значений, свидетельствующих о развитии нарушения толерантности к глюкозе. Предикторами нарушений углеводного обмена у данной категории больных являются высокий уровень гликемии при проведении ПТ, более длительная нормализация показателей глюкозы после курса ПТ ГК.

## ДИНАМИКА УРОВНЯ С-ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПОСЛЕ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ

Валеева Ф.В., Нуруллина Г.И.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

### Введение/цель

Уровень С-пептида отражает уровень эндогенной секреции инсулина и позволяет оценивать функцию  $\beta$ -клеток поджелудочной железы. Цель – изучить влияние пульс-терапии глюкокортикоидами (ПТ ГК) на динамику уровня С-пептида в крови у больных системной красной волчанкой (СКВ) после введения преднизолона в краткосрочном периоде.

### Материал и методы

В исследование были включены 20 пациентов (2 мужчины, 18 женщин) с СКВ в возрасте от 18 лет до 61 года (средний возраст  $37,56 \pm 13,02$  года) и длительностью заболевания от 1 года до 12 лет (в среднем  $3,92 \pm 3,81$  года). ПТ ГК включала внутривенное капельное введение 600–1000 мг преднизолона в сутки на 250 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида 3 дня подряд (одна серия в три сеанса). Курсовая доза составила 1800–3000 мг. Для измерения уровня С-пептида использовался набор для количественного определения С-пептида проинсулина в сыворотке и плазме крови человека методом твердофазного иммуноферментного анализа. Измерение уровня глюкозы в крови проводилось до начала ПТ ГК, через 2, 4, 6, 10, 24, 48 и 72 ч после ПТ, а у пациентов, у которых через 72 ч уровень глюкозы не возвращался к исходному, – до момента нормализации показателей. Измерение уровня С-пептида проводилось до начала ПТ ГК и на пике гликемии.

### Результаты/обсуждение

Средний уровень С-пептида в крови у пациентов до начала ПТ ГК составил  $1,9 \pm 1,35$  (от 0,55 до 4,8) ммоль/л. У всех пациентов после сеанса ПТ ГК наблюдалось повышение уровня глюкозы в крови с максимумом через 4 ч после начала введения препарата до  $12,1 \pm 3,26$  (от 7,3 до 22,2) ммоль/л. При максимальном значении гликемии после ПТ ГК уровень С-пептида составил  $8,84 \pm 4,19$  (от 2,56 до 16,11) ммоль/л, таким образом, уровень С-пептида увеличился в 4,7 раза.

### Выводы/заключение

Применение ПТ ГК у больных СКВ вызывает повышение уровня глюкозы и С-пептида в крови, максимальный уровень которых достигается через 4 ч и продолжается 2 дня и более. Повышение уровня С-пептида отражает увеличение продукции эндогенного инсулина,

что на фоне одновременного повышения уровня глюкозы может свидетельствовать о наличии инсулинорезистентности, развитие которой является предиктором нарушений углеводного обмена, в связи с чем необходимо проводить дополнительные исследования глюкозы крови до момента нормализации показателей у данной категории больных.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГОНАРТРОЗА ОТЕЧЕСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ РУСВИСК

Васькова Н.В.<sup>1</sup>, Лесняк О.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», Екатеринбург, Россия

### Введение/цель

Производные гиалуроновой кислоты (ГК) в последние годы широко используются в терапии остеоартроза (ОА). Недавно на российском рынке появился препарат ГК Русвиск (ООО «Русвиск», Россия), эффективность и безопасность которого при ОА коленного сустава ранее не были исследованы. Цель – оценка клинической эффективности внутрисуставной терапии гонартроза препаратом Русвиск (мол. масса 3,5 млн Да) в сравнении с Остенилом (мол. масса 1,2–1,4 млн Да).

### Материал и методы

В двойное слепое рандомизированное исследование включено 50 амбулаторных пациентов 45–75 лет с ОА коленного сустава II–III стадии по Kellgren–Lawrence с болевым синдромом при движении  $>40$  мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). 25 пациентов основной группы (Русвиск) и 25 пациентов контрольной группы (Остенил) получили курс из трех внутрисуставных инъекций. Через 4, 12 и 24 нед от начала терапии оценивались динамика индекса WOMAC, боли по ВАШ, эффективность терапии пациентом, индекс OMERACT-OARSI.

### Результаты/обсуждение

Через 4 нед терапии в обеих группах наблюдалось достоверное снижение суммарного индекса WOMAC: в группе Русвиска со 111 на 63%, в группе Остенила со 115 на 60%. Положительная динамика сохранялась через 12 и 24 нед. Интенсивность боли при движении к 4-й неделе достоверно снизилась в группе Русвиска с 52 до 16 мм, в группе Остенила с 56 до 25 мм. Максимальный анальгетический эффект в обеих группах наблюдался на 3-м месяце и сохранялся до 6-го месяца, но достоверно лучший результат к концу наблюдения продемонстрировала группа Русвиска. При оценке эффективности терапии пациентом через 4 нед в группе Русвиска ответ «значительное улучшение» и «улучшение» дал 21 (87,5%) больной, что выше, чем в группе Остенила – 14 (56%) больных. Через 3 и 6 мес статистических различий между группами не наблюдалось. Анализ по критерию OMERACT-OARSI продемонстрировал высокий процент ответа на терапию в обеих группах: 88% в группе Русвиска и 64% в группе Остенила через 4 нед, 83 и 68% через 12 нед, 83 и 71% через 24 нед соответственно. Переносимость терапии была удовлетворительной и достоверно не различалась между группами.

## Выводы/заключение

Локальная терапия гонартроза препаратом Русвикс на протяжении 6-месячного наблюдения уменьшает выраженность болевого синдрома и улучшает функциональные показатели, не уступая по эффективности Остенилу. При общей оценке терапии пациентом и по продолжительности анальгетического эффекта преимущества отмечены у отечественного препарата.

## СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА СРЕДИ КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ РУССКОЙ И БУРЯТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ

Верхогурова С.В.<sup>1</sup>, Аксенова Т.А.<sup>1</sup>,  
Царенок С.Ю.<sup>1</sup>, Панина Е.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Читинская государственная  
медицинская академия», Чита, Россия;

<sup>2</sup>НУЗ «Дорожная клиническая больница  
на станции Чита-2 ОАО «РЖД», Чита, Россия

### Введение/цель

Оценить распространенность и структуру факторов риска (ФР) остеопороза (ОП) среди коренных жителей Забайкальского края русской и бурятской национальностей.

### Материал и методы

Для выявления ФР опрошено 40 женщин с ОП: 20 – русской и 20 – бурятской национальности в возрасте от 50 до 80 лет, средний возраст  $64,5 \pm 8,9$  года. С помощью on-line калькулятора FRAX производился расчет абсолютного 10-летнего риска основных остеопоротических переломов (major osteoporotic – МО). Для обработки данных использовалась программа Statistica 6.0. Применялись непараметрические критерии. Расчет кальция в диете был проведен при помощи калькулятора фирмы «Никомед».

### Результаты/обсуждение

У представительниц русской национальности (I группа) средний возраст был выше –  $73 \pm 7$  лет, в то время как средний возраст женщин бурятской национальности (II группа) составил в среднем  $63 \pm 8$  лет ( $p < 0,05$ ). Среди пациенток I группы чаще встречались склонность к падениям – 50% (10 человек), низкая физическая активность – 25% (5 человек) и курение – 15% (3 человека). Среди представительниц II группы данные показатели были ниже: склонность к падениям – 25%, низкая физическая активность – 5%, курила одна женщина. Однако во II группе чаще встречалось ожирение – в 40%, две пациентки (10%) указали наличие перелома шейки бедра у родителей, в 70% случаев (14 человек) были выявлены ФР дефицита витамина D. При оценке абсолютного 10-летнего риска развития основных остеопоротических переломов установлено, что среди русских женщин он имел более высокое значение –  $19 \pm 2$ , чем у пациенток бурятской национальности –  $17 \pm 5$  ( $p < 0,05$ ). Содержание кальция в рационе у представительниц I группы оказалось достоверно ниже, чем во II группе, и составило  $440 \pm 74$  мг против  $601 \pm 94$  мг ( $p < 0,05$ ), что может быть обусловлено особенностями питания с повышенным содержанием молока и молочных продуктов у большинства обследованных пациенток бурятской национальности.

При корреляционном анализе была подтверждена взаимосвязь высокого абсолютного 10-летнего риска основных остеопоротических переломов с такими ФР ОП, как ранняя менопауза, перелом шейки бедра у родителей и дефицит витамина D.

### Выводы/заключение

Представительницы бурятской национальности имеют более высокий риск дефицита витамина D. Пациенты с ФР ОП употребляют недостаточное количество кальция, что более выражено среди русских жительниц. Повышение МО в большей степени связано с такими ФР, как ранняя менопауза, переломы шейки бедра у родителей и дефицит витамина D.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ДЕПОНИРОВАНИЯ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АРТРИТОМ

Владимиров С.А., Елисеев М.С., Насонов Е.Л.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

### Введение/цель

Изучить частоту и дать клиническую характеристику болезни депонирования пирофосфата кальция (БДПК) у больных с острым артритом.

### Материал и методы

В исследование включено 150 больных (97 мужчин и 53 женщины) с острым моно- или олигоартритом длительностью  $\leq 2$  нед. Средний возраст –  $60,23 \pm 11,98$  года (от 28 до 76 лет). Всем проводилась пункция воспаленного сустава (коленный, I плюснефаланговый или голеностопный), идентификация кристаллов в синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии с компенсатором (Olympus CX31-P). Диагноз БДПК устанавливался в соответствии с критериями D. McCarty. Диагноз подагры выставлялся только при обнаружении кристаллов моноурата натрия (МУН) в синовиальной жидкости.

### Результаты/обсуждение

По результатам исследования у 51 (34%) пациента выявлена подагра, у 45 (30%) больных – БДПК, у 15 (14%) – сочетание подагры и БДПК, у 39 (26%) – другие заболевания. Среди больных подагрой преобладали мужчины (40 мужчин и 11 женщин), среди больных с БДПК преобладали женщины (32 женщины и 13 мужчин). Пациенты с подагрой были моложе, чем с БДПК ( $35,5 \pm 8,9$  и  $58,4 \pm 12,8$  года соответственно;  $p < 0,05$ ). Наиболее частой локализацией артрита суставов у больных с БДПК были коленные, вовлекавшиеся у 34 (76,3%) пациентов. Далее по частоте следовали голеностопные суставы – у 17 пациентов (30,3%). Приступ артрита I плюснефалангового сустава встречался у 4 (10,5%) пациентов. У 89% больных с подагрой артрит развивался в течение нескольких часов, так же как у 33,3% больных с БДПК ( $p < 0,05$ ). У 66,6% больных с БДПК острый артрит развивался в течение 1–2 дней. Уровень боли, оцененной по визуальной аналоговой шкале, у больных с подагрой составил  $78,4 \pm 12,5$  мм, у больных с БДПК –  $54,32 \pm 22,02$  мм ( $p < 0,05$ ). Длительность артрита у больных с БДПК соста-

вила в среднем  $10,3 \pm 3,8$  дня, по сравнению с подагрой –  $3,4 \pm 2,1$  дня ( $p < 0,05$ ).

#### **Выводы/заключение**

Причиной острого артрита в 60,4% случаев у женщин и в 13,4% у мужчин является БДПК. Острый артрит у больных с БДПК развивается медленнее, и длительность артрита у них больше, чем у больных подагрой.

## **ИНТЕРЛЕЙКИН 10 – ИНФОРМАТИВНЫЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ**

Войнова Ю.В.<sup>1</sup>, Козлова Л.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Оренбургская областная  
клиническая больница», Оренбург, Россия;  
<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная  
медицинская академия», Оренбург, Россия

#### **Введение/цель**

Помимо параметров воспалительной активности системной красной волчанки (СКВ), включающих шкалы SLAM, SLEDAI-2K и SLICC/ACR, широко изучаются иммунологические маркеры активности заболевания. По данным литературы, у больных СКВ значительно повышена продукция противовоспалительного интерлейкина 10 (ИЛ10), что коррелирует с активностью и тяжестью заболевания. В то же время есть данные о повышении концентрации фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ) у пациентов при СКВ, который активируется иммунными комплексами. Цель – сравнить эффективность определения ИЛ10 и ФНО $\alpha$  в отношении уточнения активности СКВ.

#### **Материал и методы**

В исследовании приняли участие 80 больных СКВ: 74 (92,5%) женщины и 6 (7,5%) мужчин. Возраст больных колебался от 18 до 64 лет (средний возраст  $40,7 \pm 11,9$  года), длительность заболевания – от 6 мес до 33 лет (средняя длительность  $8,9 \pm 7,5$  года). Активность СКВ определяли по шкалам SLAM и SLEDAI-2K, индекс повреждения – по шкале SLICC/ACR. Всем больным определяли уровни ИЛ10 и ФНО $\alpha$  в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Группу контроля составили 30 условно здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами с СКВ.

#### **Результаты/обсуждение**

Значение ФНО $\alpha$  у больных СКВ составило 7,59 [2,95; 9,32] пг/мл (норма 0–8,21 пг/мл). Хотя в среднем по группе значение ФНО $\alpha$  было в пределах нормальных значений, мы выявили выраженные достоверные различия по сравнению с группой контроля ( $2,56 \pm 1,41$  пг/мл;  $p < 0,0001$ ). При проведении корреляционного анализа не обнаружено взаимосвязей между уровнем ФНО $\alpha$  и шкалами SLAM, SLEDAI-2K, SLICC/ACR, а также длительностью болезни. Медиана уровня ИЛ10 оказалась равной 117,8 [16,61; 362,4] пг/мл, тогда как в группе сравнения – 67,83 [20,22; 183,73] пг/мл (различия достоверны;  $p = 0,001$ ). Мы выявили выраженные корреляционные зависимости между уровнем ИЛ10 и длительностью СКВ ( $r = 0,369$ ;  $p = 0,035$ ), активностью по шкале SLEDAI-2K ( $r = 0,272$ ;  $p = 0,015$ ), индексом повреждения по шкале

SLICC/ACR ( $r = 0,341$ ;  $p = 0,002$ ). Кроме того, мы установили зависимость между значением ИЛ10 и показателями систолического ( $r = 0,364$ ;  $p = 0,037$ ) и диастолического ( $r = 0,405$ ;  $p = 0,019$ ) артериального давления, наличием поражения сердца ( $r = 0,363$ ;  $p = 0,038$ ), курением ( $r = 0,350$ ;  $p = 0,046$ ) и уровнем фибриногена ( $r = -0,914$ ;  $p = 0,002$ ).

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, ИЛ10 у больных СКВ является более информативным показателем в отношении оценки выраженности иммуновоспалительного процесса при СКВ, чем ФНО $\alpha$ .

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБАНГИИТОМ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)**

Воронина Н.В.<sup>1</sup>, Тушко С.Н.<sup>2</sup>, Слущкая Н.П.<sup>1</sup>,  
Староверова Ю.К.<sup>2</sup>, Попова Е.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный  
медицинский университет», Хабаровск, Россия;  
<sup>2</sup>ФГКУ «301 военный клинический госпиталь»  
Минобороны России, Хабаровск, Россия

#### **Введение/цель**

Проблема облитерирующего тромбангиита обусловлена неблагоприятным прогнозом и отсутствием в настоящее время ясности в выборе лечебной программы. Представлены клинические примеры: две истории болезни пациентов 36 лет и 41 года.

#### **Материал и методы**

Срок установления диагноза у первого пациента – спустя 5 лет, у второго – спустя 6 лет от дебюта заболевания. Средний стаж курения 23,5 года. Первые признаки заболевания – цианоз, онемение пальцев, похолодание стоп – появились в 25 лет у первого и в 23 года у второго пациента. Боль в икроножных мышцах при ходьбе – в 26 и 25 лет соответственно. Средний возраст появления трофических нарушений с некрозами – 29,5 года, что привело к некрэктомии дистальных фаланг. Обоим пациентам на этапе трофических нарушений была назначена терапия вазопростаном 40 мкг/сут в течение 10 дней и пульс-терапия метипредом 1000 мг трехкратно.

#### **Результаты/обсуждение**

На фоне комбинированной терапии отмечена положительная динамика в виде регресса синдрома Рейно, цианоза кожи, болевых ощущений в конечности и быстрого заживления ран после некрэктомии. Оба пациента полностью отказались от курения. В дальнейшем курс комбинированной терапии (в виде введения вазопростана 40 мкг/сут в течение 10 дней и пульс-терапии метипредом 1000 мг 1 раз в месяц) продолжались на протяжении 6 мес. Рецидивов трофических нарушений не возникло, отмечали неярко выраженный синдром Рейно.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, комбинированная терапия вазопростаном с пульс-терапией метипредом может быть эффективно использована на стадии трофических нарушений.

# ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ АКТИВНОГО АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТАЛЛ

Гайдукова И.З.<sup>1</sup>, Ребров А.П.<sup>1</sup>, Поддубный Д.А.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»  
Минздрава России, Саратов, Россия;  
<sup>2</sup>Department of Rheumatology, Charite;  
Universitätsmedizin, Берлин, Германия

## Введение/цель

Наличие только двух групп лекарственных препаратов, рекомендованных для лечения анкилозирующего спондилита (АС), определяет необходимость разработки новых подходов к терапии заболевания. Цель — изучение эффективности и безопасности пульс-терапии метилпреднизолоном (МП) при активном АС.

## Материал и методы

В исследование включили 20 пациентов с АС (Нью-Йоркские критерии), BASDAI >4 и неэффективностью/непереносимостью >2 нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) — возраст 35,35±8,19 года (M±SD), продолжительность АС 10,2±9,2 года, 13 (65%) мужчин. 500 мг МП вводили внутривенно (однократно). Первичной конечной точкой считали число пациентов, достигших ответа ASAS40 на 2-й неделе. Вторичные конечные точки [улучшение BASDAI/ASDAS; снижение СОЭ и уровня С-реактивного белка (СРБ); число пациентов, достигших ответов ASAS20/40/5/6, частичной ремиссии ASAS, улучшения по ASDAS] рассчитывали через 2, 4, 12 нед после введения МП. Безопасность контролировали путем подсчета частоты нежелательных реакций (НР), определения жизненных функций и лабораторных показателей.

## Результаты/обсуждение

Ответ ASAS40 на 2-й неделе достигли 9 (45%) пациентов [95% доверительный интервал (ДИ) 23,1–68,5%], на 4-й и 12-й неделях — по 12 (60%) пациентов (95% ДИ 36,1–80,9%). Индекс ASDAS исходно составил 3,48 [3,06; 3,85] (Me [25-й; 75-й перцентили]), на 2-й неделе 2–2,21 [1,64; 3,44], на 4-й неделе — 2,18 [1,23; 3,34], на 12-й неделе — 2,3 [1,3; 3,08],  $p < 0,0001$  для разниц исходного и последующих значений. Клиническое улучшение по ASDAS на 2-й неделе установлено у 11 (55%) пациентов (95% ДИ 31,5–76,9%), на 4-й неделе — у 4 (20%) (95% ДИ 5,7–43,7%), на 12-й неделе — у 11 (55%) больных (95% ДИ 31,5–76,9%). Отмечено снижение индекса BASDAI с 6,6 [6,6; 7,65] до 3,7 [2,35; 5,52] ко 2-й неделе, до 3,5 [2,18; 5,33] к 4-й неделе и до 3,2 [0,75; 4,57] к 12-й неделе,  $p < 0,001$  для разниц исходного и последующих значений. Уровень СРБ снизился с 6,1 [4,82; 11,63] до 3,15 [2,1; 9,13] мг/л ко 2-й неделе ( $p < 0,05$ ), до 2,85 [1,83; 5,45] к 4-й неделе ( $p < 0,001$ ) и до 4,6 [3,05; 4,8] мг/л к 12-й неделе ( $p < 0,05$ ). СОЭ составила 6,5 [5,0; 17, 25] мм/ч исходно, 5,5 [4,0; 11] — на 2-й неделе ( $p < 0,05$ ), 6,0 [3,0; 10,0] — на 4-й неделе и 7,0 [4,0; 13,5] на 12-й неделе ( $p > 0,05$ ). Всего зарегистрировали 13 НР (2 — через 24 ч; по 3 — на 2-й и 4-й неделях; 5 — на 12-й неделе). Серьезных НР не выявили.

## Выводы/заключение

Пульс-терапия МП в дозе 500 мг приводит к уменьшению активности АС у больных, не достигших успеха

при применении НПВП. Необходимо проведение крупных плацебоконтролируемых исследований для изучения соотношения риск/польза от пульс-терапии МП активного АС.

# ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С РОДИТЕЛЯМИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНЫХ АРТРИТАХ У ДЕТЕЙ

Гареева Г.Р., Малиевский В.А.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

## Введение/цель

Важную роль в адаптации детей с ювенильными артритом (ЮА) играет семья, степень ее информированности о болезни ребенка и вовлеченности в реабилитационный процесс.

## Материал и методы

С помощью оригинальной анкеты проведено изучение медицинской активности в семьях 98 больных ЮА (39 мальчиков и 58 девочек). Дошкольный возраст (до 6 лет) отмечен у 23 (23,5%) детей, школьный возраст — у 75 (76,6%) детей.

## Результаты/обсуждение

Большинство (73,5%) из анкетированных матерей указали на полное выполнение рекомендаций врачей по лечению ЮА у ребенка. Частичное выполнение рекомендаций отмечено в четверти (26,5%) семей. В то же время более половины (55,1%) матерей использовали методы нетрадиционной медицины. Лечебной гимнастикой регулярно занималось только 12 (12,8%) больных детей. Эпизодические упражнения выполняли 40 (40,8%) детей. Почти половина (45,9%) детей с ЮА вообще не занимались гимнастикой. Причинами частичного выполнения рекомендаций врача явились недостаточная материальная обеспеченность (38,5%), нехватка времени (23,1%), неверие в эффективность лекарственных препаратов (19,2%). Только 15 (15,3%) матерей оценили свой уровень знаний о ЮА как хороший. На удовлетворительный уровень знаний указали менее половины (46,9%) матерей, а на неудовлетворительный уровень — 37 (37,8%) матерей. В большинстве (77,6%) случаев основным источником информации явились беседы с лечащим врачом-ревматологом при посещении ребенка в стационаре. Доступные сведения о болезни в средствах массовой информации получили только 7 (7,1%) матерей, в научно-популярной литературе — 2 (2,0%) матери. Подавляющее большинство (94,8%) матерей нуждались в получении дополнительной информации о болезни ребенка, которую они хотели бы получать от врача-ревматолога (89,0%), и только в единичных случаях — из средств массовой информации (2,2%), научно-популярной литературы (2,2%).

## Выводы/заключение

Полученные нами данные о региональных особенностях медицинской активности семей и ограниченные возможности непосредственного общения «врач—родители» позволили обособить приоритетные пути образовательной деятельности: 1) публикация образовательных материалов; 2) разработка обучающих видеофильмов по лечебной гимнастике; 3) создание образовательного сайта.

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОТЕРАПИИ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ГОНАРТРОЗЕ

Гетагазов М.Э., Афанасьева Т.Л.

Артрологическая больница НПО «СКАЛ», Москва, Россия

## Введение/цель

Изучение эффективности криотерапии жидким азотом — метода с высокой противовоспалительной и анальгетической активностью — у больных двусторонним гонартрозом со вторичным синовитом.

## Материал и методы

В исследуемую группу были включены 96 больных (67 женщин, 19 мужчин) в возрасте от 51 года до 75 лет (средний возраст  $58,4 \pm 5,3$  года), с достоверным диагнозом двусторонний гонартроз со II–III рентгенологической стадией по Келлгрэну–Лоуренсу. В контрольную группу вошли 58 больных, сопоставимых по всем параметрам (пол, возраст, длительность заболевания, рентгенологическая стадия, масса тела, функциональное состояние). Тяжесть поражения коленных суставов до и после курса лечения оценивалась по суставному индексу тяжести Лекена. Больные контрольной группы применяли нестероидные противовоспалительные препараты, лазерную терапию, магнитотерапию на область коленных суставов. Больным основной группы проводилась криотерапия жидким азотом на область коленных суставов. Курс лечения составлял 6 процедур, проводимых ежедневно. Клиническая эффективность оценивалась в процессе лечения и через 4 нед после его окончания.

## Результаты/обсуждение

У 50% ( $n=48$ ) больных отмечена хорошая субъективная эффективность лечения, у 40% ( $n=39$ ) — удовлетворительная. На 10% пациентов криотерапия не оказала значительного действия. В основной группе наблюдалось достоверное снижение показателей по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) с  $57,2 \pm 13,47$  до  $24,51 \pm 14,40$ . Статистически отмечено значительное улучшение у 76 (79%) больных, а в контрольной группе — у 21 (36%) больного. Суставной индекс снизился с 7,8 до 3,6 в основной и, соответственно, с 7,1 до 6,1 в контрольной группе.

## Выводы/заключение

Таким образом, криотерапия жидким азотом является эффективным и безопасным средством лечения гонартроза II–III стадии со вторичным синовитом и может использоваться в комплексной терапии больных гонартрозом.

# КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ АКТИВНОСТИ, КОЛИЧЕСТВА И АНТИТЕЛ К ЦЕРУЛОПЛАЗМИНУ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Гонтарь И.П., Емельянова О.И.,

Маслакова Л.А., Баранов Е.В., Зборовская И.А.

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

## Введение/цель

Учитывая гиперпродукцию активных форм кислорода при ревматических заболеваниях, можно ожидать ком-

пенсаторного увеличения синтеза антиоксидантов, в том числе церулоплазмينا (ЦП), что должно приводить к ингибированию свободных радикалов. Цель — усовершенствование иммунологической диагностики ревматоидного артрита (РА) путем определения антител (АТ) к ЦП, а также количества его и ферментативной активности.

## Материал и методы

Исследовалась сыворотка 30 практически здоровых лиц и 108 больных РА. Активность процесса при РА оценивали с помощью индекса DAS28. АТ к ЦП определяли с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием иммобилизованных магнитосорбентов в модификации И.П. Гонтаря. Определение количества ЦП проводили (ИФА) по И.С. Кузьминой и соавт. (1991) с использованием коммерческого иммуноферментного диагностикума производства НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова РАМН (Москва) ФС 42-420ВС–93 серия №12. Обработка данных проводилась с использованием программного пакета Statistica 6.0 для Windows.

## Результаты/обсуждение

По данным ИФА средний уровень АТ к ЦП у здоровых лиц составил  $0,020 \pm 0,006$  е.о.п. (нормальные показатели специфических АТ включают значения экстинкции в интервале 0–0,086 е.о.п.). Среднее значение оксидазной активности и количества ЦП у здоровых лиц составило  $716 \pm 26,3$  и  $921 \pm 32$  нг/мл соответственно. У больных РА выявлено достоверное повышение содержания АТ к ЦП, активности и количества ЦП, при этом во всех случаях отмечалась прямая корреляция исследуемых показателей со степенью активности заболевания ( $r=0,21$ ;  $p=0,35$ ).

## Выводы/заключение

При РА отмечается повышение ферментативной активности, количества ЦП и уровня АТ, что может быть использовано как дополнительный критерий диагностики активности и отражает напряженность системы антиоксидантной защиты при хронических иммунных заболеваниях.

# ЗНАЧЕНИЕ МАССЫ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Горбунова Ю.Н.<sup>1</sup>, Попкова Т.В.<sup>1</sup>,

Кондратьева Л.В.<sup>1</sup>, Олисаева Д.Р.<sup>2</sup>,

Колмакова Д.С.<sup>2</sup>, Черкасова М.В.<sup>1</sup>, Александрова Е.Н.<sup>1</sup>,  
Демин Н.В.<sup>1</sup>, Смирнов А.В.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава России, Москва, Россия

## Введение/цель

Жировая ткань — активный эндокринный орган, синтезирующий адипокины (адипонектин, лептин и др.). Обсуждается взаимосвязь адипокинов с маркерами активности и воспаления при ревматоидном артрите (РА). У пациентов с РА наблюдается перераспределение жировой массы (абдоминальное ожирение). Использование показателя индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии (ОТ) для стандартной диагностики ожирения не позволяют разграничить жировую и тощую (мышечную) массу. Выполнение двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии

(ДРА) позволяет уточнить количественный состав тела (массу жировой и мышечной ткани, процент жира в тканях с учетом его содержания в костной ткани). Цель – оценить роль воспаления в регуляции параметров количественного состава тела у пациентов с ранним РА и в группе контроля.

#### **Материал и методы**

Включено 28 женщин с ранним РА (критерии ACR/EULAR 2010 г.), 57 [46,5; 62,0] лет, длительность заболевания 6,0 [5,5; 15,5] мес, позитивные по IgM ревматоидному фактору и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду, с высокой активностью РА (DAS28=5,5 [5,1; 5,9]), без опыта лекарственной терапии. Группа контроля – 16 здоровых доноров, без ревматических заболеваний, сопоставимых по возрасту и полу. Концентрацию адипонектина и лептина в сыворотке определяли методом ELISA. ДРА выполняли с помощью аппарата HOLOGIC (США).

#### **Результаты/обсуждение**

Различий по антропометрическим показателям (ОТ, ИМТ) между пациентами и донорами не получено. При выполнении ДРА отмечено снижение массы мышечной ткани у пациентов с РА по сравнению с донорами (40 530,35 [37 641,7; 48 629,0] и 47 904,1 [44 537,9; 51 431,9] г;  $p=0,02$ ). У больных РА уровень адипонектина был выше, а лептина – ниже, чем в контроле (20,5 [14,5; 43,2] и 9,4 [7,0; 12,4] нг/мл; 24,0 [13,3; 37,1] и 34,5 [24,2; 53,9] нг/мл ( $p<0,05$ )). В группе пациентов отмечена корреляция уровня С-реактивного белка и СОЭ с ОТ ( $r=0,41$ ;  $r=0,45$ ), ИМТ ( $r=0,56$ ), массой жировой ткани ( $r=0,56$ ), лептином ( $r=0,43$ ); концентрации лептина с массой жировой ткани ( $r=0,87$ ), мышечной ( $r=0,54$ ), процентом жира в тканях с учетом костной ткани ( $r=0,85$ ). Уровень адипонектина не коррелировал с параметрами, указанными выше. В группе контроля отмечена связь массы жировой ткани с адипонектином ( $r=0,52$ ), а также процента жира с учетом костной ткани с ОТ ( $r=0,56$ ), ИМТ ( $r=0,52$ ), адипонектином ( $r=0,67$ ) и лептином ( $r=0,52$ ;  $p<0,05$ ).

#### **Выводы/заключение**

Снижение массы мышечной ткани в дебюте РА подтверждает роль «ревматоидной кахексии» у данной категории пациентов. Взаимосвязь маркеров воспаления и показателей количественного состава тела у пациентов с РА предполагает их роль в развитии хронического воспаления.

## **ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ЖИРОВОЙ МАССЫ ТЕЛА, УРОВНЕЙ АДИПОЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ**

Горбунова Ю.Н.<sup>1</sup>, Попкова Т.В.<sup>1</sup>, Кондратьева Л.В.<sup>1</sup>,  
Фомичева О.А.<sup>2</sup>, Новикова Д.С.<sup>1</sup>, Новиков А.А.<sup>1</sup>, Демин Н.В.<sup>1</sup>,  
Смирнов А.В.<sup>1</sup>, Александрова Е.Н.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава России, Москва, Россия

#### **Введение/цель**

Жировая ткань – активный эндокринный орган, синтезирующий адипоцитокينات. У пациентов с ревмато-

идным артритом (РА) наблюдается перераспределение жировой массы. Выполнение двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) позволяет уточнить количественный состав тела. Обсуждается вопрос о влиянии противовоспалительной терапии, применяемой при РА, на параметры жировой ткани у данной категории больных. Цель – оценить количественный состав тела у пациентов с ранним РА через 24 нед с использованием различных схем терапии.

#### **Материал и методы**

Включено 28 женщин с РА (критерии ACR/EULAR 2010 г.), возраст 57 [46,5; 62,0] лет, длительность заболевания 6,0 [5,5; 15,5] мес, позитивные по IgM ревматоидному фактору и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду, с высокой активностью РА (DAS28=5,5 [5,1; 5,9]). При включении все пациенты получали метотрексат (МТ) 10 [10; 15] мг/нед; с 12-й недели 12 пациентам назначен адалимумаб (АДА) 40 мг раз в 2 нед. Концентрацию адипонектина и лептина определяли методом ELISA. Количественный состав тела определяли методом ДРА с помощью аппарата HOLOGIC (США).

#### **Результаты/обсуждение**

В целом по группе ( $n=28$ ) к 24-й неделе терапии, при отсутствии различий в отношении индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии (ОТ), отмечено повышение объема жировой (23 239,4 [18 618,5; 36 765,1] и 24 273,4 [19 405,0; 35 131,2] г) и мышечной тканей (40 530,35 [37 641,7; 48 629,0] и 41 037,2 [38 339,5; 48 029,9] г); снижение уровней адипонектина (20,5 [14,5; 43,2] и 12,0 [8,5; 17,3] нг/мл) и повышение уровней лептина (24,0 [13,3; 37,1] и 31,5 [15,9; 54,3] нг/мл;  $p<0,05$ ). В дальнейшем пациенты разделены на две группы: 1-я ( $n=16$ ) – находящиеся на монотерапии МТ; 2-я ( $n=12$ ) – на комбинированной терапии (МТ+АДА). Во 2-й группе к 24-й неделе терапии отмечено повышение объемов жировой (31 097,20 [20 664,9; 42 606,7] и 32 375,6 [23 932,6; 44 966,4] г) и мышечной ткани (44 413,1 [38 586,1; 54 114,4] и 45 413,8 [40 208,2; 53 429,9] г;  $p<0,05$ ). В 1-й группе данных различий не получено, но отмечена корреляционная связь между уровнем адипонектина и ИМТ ( $r=-0,53$ ), лептина и С-реактивного белка (СРБ;  $r=0,66$ ), массой жировой ткани ( $r=0,9$ ); концентрации СРБ с массой жировой ткани ( $r=0,58$ ); во 2-й группе – уровнем лептина с массой жировой ткани ( $r=0,91$ ), мышечной ( $r=0,74$ ), жировой тканью с учетом костной ткани ( $r=0,87$ ;  $p<0,005$ ).

#### **Выводы/заключение**

У пациентов с ранним РА через 24 нед комбинированной терапии (МТ, ингибитор фактора некроза опухоли  $\alpha$  – ФНО $\alpha$ ) наблюдаются изменения в количественном составе тела (нарастание жировой и мышечной ткани), в отличие от больных, находящихся на монотерапии МТ, при отсутствии изменений со стороны ИМТ и ОТ. Возможно, несмотря на подавление воспаления, ингибиторы ФНО $\alpha$  обладают негативным воздействием на обмен жировой ткани при раннем РА.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Горячева С.А.<sup>1</sup>, Погребная М.В.<sup>1</sup>, Войцеховский В.В.<sup>1</sup>,  
Приходько О.Б.<sup>1</sup>, Ерёмченко С.И.<sup>1</sup>, Фомина О.П.<sup>2</sup>, Куцына З.А.<sup>2</sup>,  
Попова В.А.<sup>2</sup>, Белованская М.В.<sup>2</sup>, Таран А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, Благовещенск, Россия;

<sup>2</sup>ОГУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», Благовещенск, Россия

### Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) является хроническим воспалительным заболеванием, приводящим к значительным нарушениям функции опорно-двигательного аппарата. В ряде случаев выделяют внескелетные проявления, такие как увеит (иридоциклит), аортит, поражение почек и кишечника. Цель – изучить клинические проявления АС, определить внесистемные проявления, снижение трудоспособности.

### Материал и методы

Обследовано 34 пациента с АС, находившихся на лечении в ревматологическом отделении. Изучались особенности клинического течения, сроки постановки диагноза, внескелетные проявления, активность АС оценивалась по BASDAI и ASDAS (СОЭ).

### Результаты/обсуждение

Средний возраст больных составил  $38,5 \pm 1,9$  года, длительность заболевания (от появления первых симптомов) от 3 до 25 лет, в среднем  $10,9 \pm 1,1$  года, сроки постановки диагноза в ряде случаев затягивались до 14–18 лет, в среднем составили  $4,9 \pm 0,9$  года, что было обусловлено поздним обращением к специалистам либо поздней диагностикой в связи с лечением по поводу остеохондроза. Средний возраст начала заболевания составил  $27,3 \pm 1,5$  года. Диагноз АС впервые был поставлен 6 (18%) пациентам. Среди обследованных пациентов у 22 (65%) диагностирована аксиальная форма поражения, у 12 (35%) – отмечалось поражение нижних и/или верхних конечностей, у 16 (47%) больных АС клинически выявлен коксит. У 2 (6%) пациентов было выполнено эндопротезирование одного тазобедренного сустава, при этом одному из них запланировано эндопротезирование второго тазобедренного сустава. Среди внескелетных проявлений диагностирован увеит (иридоциклит) у 6 (18%) пациентов, у 2 (6%) – аортит. Активность по BASDAI составила  $4,7 \pm 0,9$ , по ASDAS –  $3,3 \pm 0,1$ . Среди обследованных у 8 (24%) пациентов определена II группа, у 5 (15%) – III группа инвалидности. По различным причинам 8 (24%) пациентов не работали.

### Выводы/заключение

Течение АС характеризуется преобладанием аксиальной формы заболевания, поздней постановкой диагноза от момента появления первых симптомов заболевания, высокой активностью, частым вовлечением в процесс тазобедренных суставов, что приводит к значительным нарушениям их функциональной активности и в последующем может потребовать проведения эндопротезирования одного, а в ряде случаев и обоих суставов. Полученные данные требуют оптимизации подходов к более ранней диагностике АС и повышению приверженности пациента непрерывному лечению.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ

Гриднева Р.И.<sup>1</sup>, Закиров М.М.<sup>2</sup>,  
Ковешникова Н.А.<sup>2</sup>, Кондрькинский Е.Л.<sup>2</sup>,  
Початкова Г.И.<sup>2</sup>, Жигенева А.И.<sup>2</sup>, Хомарова Е.В.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия; <sup>2</sup>БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница №1», Воронеж, Россия

### Введение/цель

Согласно накопленному мировой ревматологией опыту важную роль как в возникновении острой ревматической лихорадки (ОРЛ), так и в формировании клинической картины болезни в целом играет возрастная реактивность. Установлено, что среди впервые заболевших ОРЛ 80–90% составляют дети. Цель – изучить особенности клинического течения и исходов ОРЛ у детей.

### Материал и методы

Под наблюдением были 20 больных ОРЛ, находившихся на обследовании и лечении в кардиоревматологическом отделении Воронежской областной детской клинической больницы №1. Среди пациентов было 9 девочек и 11 мальчиков в возрасте от 4 до 16 лет. Диагноз ОРЛ устанавливался на основании критериев Киселя–Джонса (в модификации Ассоциации ревматологов России 2003 г.).

### Результаты/обсуждение

Оценка ревматологического анамнеза показала, что в большинстве случаев отмечалась хронологическая связь болезни с недавно перенесенной носоглоточной (стрептококковой) инфекцией. Повторные ангины или ОРЗ, хронический тонзиллит отмечались в анамнезе у 75,6% больных, наличие больных ревматизмом в семье – в 3 (15,0%) наблюдениях. Острый дебют заболевания был у 11 (55,0%) пациентов, из них у 4 – тяжелое течение ОРЛ. Более чем в половине случаев через 2–3 нед после ангины внезапно повышалась температура до фебрильной, появлялись симметричные мигрирующие боли в крупных суставах (чаще всего в коленных и голеностопных). У 9 (45,0%) детей дебют заболевания был подострым с менее яркой симптоматикой. У большинства (75%) пациентов отмечалась умеренная активность ревматического процесса. Ведущим в клинической картине заболевания было поражение сердца (в 100% случаев), чаще всего в виде митрального и/или аортального вальвулита. Суставной синдром отмечался у 79% больных в виде артралгий и артритов. Ревмокардит и полиартрит у 4 (20%) больных сочетался с хореей. Кольцевидная эритема и ревматические узелки выявлялась у 2 больных с высокой степенью активности заболевания. Анализ проведенных исследований показал, что после перенесенной ОРЛ порок сердца сформировался у 5 (25%) детей. Формирование пороков завершилось в среднем через год после атаки. В структуре ревматических пороков сердца превалировала изолированная недостаточность митрального клапана (60%).

### Выводы/заключение

ОРЛ у детей и подростков в большинстве случаев протекает с умеренной степенью активности. Самым частым экстракардиальным проявлением заболевания служит полиартрит. В 25% случаев исходом ОРЛ является формирование приобретенных пороков сердца.

# СИСТЕМНЫЙ ВАРИАНТ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С СИНДРОМОМ СДАВЛЕНИЯ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Гриднева Р.И.<sup>1</sup>, Закиров М.М.<sup>2</sup>, Ковешникова Н.А.<sup>2</sup>,  
Кондрыкинский Е.Л.<sup>2</sup>, Початкова Г.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия; <sup>2</sup>БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница №1», Воронеж, Россия

## Введение/цель

Одним из клинических признаков системного варианта ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) является лимфаденопатия. При этом обычно отмечается умеренное увеличение всех групп лимфатических узлов. Приводим описание случая заболевания, протекавшего с синдромом сдавления органов средостения вследствие значительного увеличения внутригрудных лимфатических узлов, что заставило исключать онкогематологическую патологию.

## Материал и методы

Больной С., 4 лет, поступил в кардиоревматологическое отделение областной детской клинической больницы с жалобами на затрудненное дыхание, отечность и болезненность суставов конечностей, боли в животе. Из анамнеза известно, что с двухлетнего возраста страдает ЮРА. Ухудшение состояния наступило за 10 дней до поступления в стационар, когда после перенесенной ОРВИ появились лихорадка и суставной синдром.

## Результаты/обсуждение

При поступлении состояние крайне тяжелое. Вялый, заторможенный. Занимает вынужденное положение в постели в связи с воспалительными изменениями в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. Кожные покровы с элементами мелкоточечной геморрагической сыпи в подмышечных, паховых областях. Лицо и шея гиперемированы, отечны. Увеличены все группы периферических лимфатических узлов: подмышечные размером 3,0×2,5 см, паховые – 2,0×1,5 см, подчелюстные и шейные определяются визуально, спаяны между собой в плотные болезненные конгломераты. В легких дыхание везикулярное, умеренно выражена одышка. Живот обычной формы, болезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка увеличены в размерах. В общем анализе крови – анемия, умеренный лейкоцитоз. В биохимическом анализе крови – повышение острофазовых показателей. На рентгенограммах и томограммах органов грудной клетки – увеличение лимфатических узлов в верхнем отделе средостения. Результаты стеральной пункции, трепанобиопсии, пункций лимфатических узлов, лапароскопии позволили исключить у больного системное заболевание крови и опухолевый процесс. Через 1,5 мес от момента поступления в стационар на фоне гормональной терапии сохранялись лишь пролиферативные изменения со стороны пораженных суставов.

## Выводы/заключение

Приведенное наблюдение свидетельствует о возможности развития синдрома сдавления органов средостения при тяжелом течении системного варианта ЮРА.

# РЕВМАТИЧЕСКИЕ «МАСКИ» ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Гриднева Р.И.<sup>1</sup>, Закиров М.М.<sup>2</sup>,  
Ковешникова Н.А.<sup>2</sup>, Кондрыкинский Е.Л.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия; <sup>2</sup>БУЗ ВО «Воронежская областная детская клиническая больница №1», Воронеж, Россия

## Введение/цель

Врачу-кардиоревматологу нередко приходится дифференцировать различные заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата с онкогематологической патологией.

## Материал и методы

В течение 6 лет в специализированном отделении областной детской клинической больницы среди больных кардиоревматологического профиля выявлено 8 детей с системными заболеваниями крови и различными новообразованиями.

## Результаты/обсуждение

У двух детей, поступивших в отделение с подозрением на острую ревматическую лихорадку, установлен в одном случае лимфобластный, в другом – миелобластный вариант острого лейкоза. В одном из наблюдений заболевание началось с ангины, лихорадки, артралгий. У второго ребенка ведущими клиническими признаками были общая слабость и длительный субфебрилитет, сочетавшиеся с функциональными изменениями со стороны сердца. В обоих случаях в общих анализах крови отмечались лейкоцитоз, повышенная СОЭ, в биохимических анализах – значительное повышение острофазовых показателей. Отсутствие основного диагностического критерия острой ревматической лихорадки – кардита – послужило поводом для проведения дополнительных обследований, позволивших установить окончательный диагноз. Острый лейкоз диагностирован также у больного с лихорадкой, поступившего в отделение для исключения диффузного заболевания соединительной ткани. У мальчика с лимфосаркомой средостения тахикардия, пастозность мягких тканей лица за счет синдрома сдавления явились причиной ошибочной диагностики неревматического кардита. Имеются и наблюдения паранеопластических реакций при злокачественных опухолях. У мальчика, обследовавшегося в связи с шумом над областью сердца, выявлены ультразвуковые признаки экссудативного перикардита, носившего реактивный характер и связанного с опухолью средостения. Паранеопластический артрит наблюдался у больной с саркомой голени. Опухоль головного мозга обнаружена у пациента с предположительным диагнозом вегетососудистой дистонии. Правильная трактовка диагноза стала возможна благодаря клиническим наблюдениям, проведению сложного комплекса вегетологических исследований, а также рентгеноконтрастных методов обследования, в том числе компьютерной томографии.

## Выводы/заключение

Приведенные данные свидетельствуют о том, что при проведении дифференциально-диагностического поиска врачу – детскому кардиоревматологу необходимо помнить о возможных многочисленных ревматических «масках» онкогематологической патологии у детей.



# ВАРИАНТЫ БОЛИ И СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Громова М.А., Мясоедова С.Е.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

## Введение/цель

Доказано, что кардиоваскулярный риск при ревматоидном артрите (РА) значительно увеличен по сравнению с общей популяцией. Однако механизмы кардиоваскулярных заболеваний у больных РА до конца не изучены. Также остается неизученным вопрос о роли хронического болевого синдрома (ХБС) и связанных с ним нарушений в развитии функциональных изменений сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных РА. Цель – установить особенности ХБС у больных РА и его взаимосвязь с функциональными изменениями ССС.

## Материал и методы

Обследован 101 пациент в возрасте  $60,6 \pm 11,8$  года, 92% – женщины, с достоверным РА, без заболеваний ССС. Преобладал серопозитивный РА (в 67,3%), активность 2–3-й степени по DAS28. Для характеристики ХБС использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), опросники Ван-Корффа (с оценкой класса и интенсивности хронической боли, уровнем социальной дезадаптации), Мак-Гилловский болевой опросник. Нейропатическую боль оценивали по опроснику DN4. Регистрировали скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) по сосудам эластического и мышечного типов и проводили анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) в покое и при активной ортостатической пробе (аппаратура ООО «Нейрософт», Иваново).

## Результаты/обсуждение

Боль по ВАШ составила  $57,3 \pm 20,8$  мм, по опроснику Ван-Корффа у большинства пациентов соответствовала 2-му классу, высокой интенсивности, среднему уровню дезадаптации и легкой нетрудоспособности. По Мак-Гилловскому болевому опроснику у 71,2% пациентов наблюдалась боль высоких рангов: умеренная и сильная. Нейропатический компонент боли выявлен у 37,3%. Интенсивность боли коррелировала с числом пораженных суставов ( $r=0,48$ ) и с максимальными подъемами систолического артериального давления (АД;  $r=0,25$ ). Класс хронической боли, ее интенсивность, степень дезадаптации были взаимосвязаны с уменьшением общей мощности спектра ВРС, снижением доли парасимпатических влияний и реактивности симпатического отдела. Наличие нейропатического компонента боли обратно коррелировало с отношением СРПВ по сосудам мышечного типа к СРПВ по сосудам эластического типа ( $r=-0,4$ ). Параметры хронической боли были выше при наличии нейропатического компонента, который чаще встречался у пациентов более старшего возраста, с длительным анамнезом РА и большей активностью.

## Выводы/заключение

Для больных РА характерны умеренная и высокая интенсивность боли, ее взаимосвязь с подъемами систолического АД и изменениями ВРС. Нейропатический

компонент ассоциирован с более высоким классом хронической боли и относительным увеличением сосудистой резистентности.

# БОЛЬ В СУСТАВАХ, ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И АФФЕКТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Громова О.А.<sup>1</sup>, Синеглазова А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ООО Медицинский центр «Лотос», Челябинск, Россия;  
<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия

## Введение/цель

Выявить взаимосвязь выраженности боли в суставах с факторами риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и оценить их вклад в наличие аффективных расстройств у женщин с ревматоидным артритом (РА).

## Материал и методы

Обследованы 175 женщин с РА и 32 клинически здоровые женщины (средний возраст  $49,7 \pm 9,2$  и  $49 \pm 1,45$  года соответственно). Средняя длительность РА  $8,2 \pm 7,4$  года. Уровень боли определялся с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Анализировались биологические и поведенческие ФР ХНИЗ. Аффективный статус оценивался с помощью опросников CES-D и SF-36. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета SPSS (19-я версия).

## Результаты/обсуждение

Средний уровень боли в суставах у лиц с РА составил  $61 \pm 21$  мм по ВАШ. Средний уровень показателей по шкале боли опросника SF-36 у лиц с РА не превышал 50 баллов и был достоверно хуже, чем у клинически здоровых женщин ( $30 \pm 1,2$  и  $73 \pm 4,9$  соответственно;  $p=0,0001$ ). Установлено, что болевой синдром (опросника SF-36) в большей степени выражен у пациенток с РА в периоде менопаузы по сравнению с женщинами репродуктивного возраста ( $27 \pm 1,5$  и  $34 \pm 2,0$  соответственно;  $p=0,007$ ), а также при наличии артериальной гипертензии (АГ) по сравнению с пациентками с нормальным уровнем артериального давления (АД;  $27 \pm 1,5$  и  $33,5 \pm 2,1$ ;  $p=0,016$ ). При корреляционном анализе показана обратная взаимосвязь выраженности болевого синдрома с возрастом ( $r=-0,287$ ;  $p=0,0001$ ), наличием менопаузы ( $r=-0,197$ ;  $p=0,009$ ) и АГ ( $r=-0,193$ ;  $p=0,011$ ). У женщин с низким образовательным статусом установлены достоверно более высокие показатели боли по ВАШ, чем у лиц с более высоким уровнем образования ( $67 \pm 2,7$  и  $58 \pm 1,9$ ;  $p=0,010$ ). При анализе взаимосвязей болевого синдрома с клиническими проявлениями депрессии показано, что необходимость в дополнительных усилиях, плохой ночной сон и идеи самообвинения ассоциируются с большей интенсивностью боли по ВАШ ( $r_s=0,248$ ;  $p=0,001$ ,  $r_s=0,204$ ;  $p=0,007$  и  $r_s=0,154$ ;  $p=0,043$ ). С помощью дисперсионного анализа установлено, что болевой синдром самостоятельно вносит вклад в снижение жизненной активности – VT (F-критерий 2,007;  $p=0,007$ ), а в сочетании с депрессивными расстройствами – в эмоциональное состояние – RE (F-критерий 1,894;  $p=0,035$ ) больных РА.

### Выводы/заключение

Таким образом, женщины с РА, находящиеся в менопаузе, имеющие АГ и низкий образовательный статус, имеют большую интенсивность боли в суставах. Болевой синдром прямо связан с выраженностью симптомов депрессии и вносит вклад в снижение качества жизни больных РА.

## СНИЖЕНИЕ КОСТНОЙ МАССЫ У БОЛЬНЫХ РАННИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Губарь Е.Е., Бочкова А.Г., Смирнов А.В., Тюхова Е.Ю.,  
Дубинина Т.В., Дёмина А.Б., Годзенко А.А., Румянцева О.А.,  
Шубин С.В., Глухова С.И., Урумова М.М., Эрдес Ш.Ф.

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

### Введение/цель

При спондилоартрите (СпА) происходит активизация двух противоположных процессов костного ремоделирования: патологической остеопролиферации и потери костной массы. Снижение костной массы на ранних стадиях заболевания изучено недостаточно. Цель — изучить минеральную плотность костной ткани (МПКТ) поясничного отдела позвоночника (ПО) и шейки бедренной кости (ШБ) у пациентов с ранним аксиальным СпА (аксСпА).

### Материал и методы

Обследовано 73 пациента (33 мужчины и 40 женщин) с ранним аксСпА. Были отобраны больные с длительностью воспалительной боли в позвоночнике  $\leq 5$  лет: длительность болезни —  $19,9 \pm 14,4$  мес. Диагноз установлен по критериям ASAS 2009 г. Возраст —  $28,3 \pm 6,4$  года, BASDAI —  $4,1 \pm 1,9$ ; ASDAS-СРБ —  $2,7 \pm 1,3$ . Высокой активностью заболевания считались показатели BASDAI  $> 4$ , ASDAS-СРБ  $> 2,1$ . Пациентам проводилась денситометрия ШБ и ПО ( $L_{II-IV}$ ) с использованием двухэнергетического рентгеновского остеоденситометра. Снижением МПКТ считались показатели Z-критерия  $> -2,0$  SD (хотя бы в одном исследуемом отделе).

### Результаты/обсуждение

Для всех обследованных больных показатели Z-критерия составили:  $-0,9 \pm 0,75$  SD для ШБ и  $-0,9 \pm 0,95$  SD для ПО. Снижение МПКТ (хотя бы в одном отделе) выявлено у 13 (17,8%) больных. У 11 (15,1%) больных обнаружено снижение МПКТ в ПО, у 5 (6,8%) больных — в ШБ, снижение МПКТ в двух отделах отмечалось у 3 (4,1%) больных. Обнаружены достоверные различия ( $p=0,04$ ) по снижению МПКТ (хотя бы в одном отделе) между двумя группами больных: с длительностью заболевания  $18,3 \pm 14,2$  и  $27,4 \pm 13,7$  мес. Не выявлено ассоциации между снижением МПКТ и возрастом, полом пациентов, высокой активностью заболевания (BASDAI, ADSAS), острофазовыми показателями воспаления (СОЭ, СРБ).

### Выводы/заключение

Потеря костной массы при аксСпА начинается на ранних сроках заболевания и выявляется у 18% больных молодого возраста. Обнаружена ассоциация между снижением костной массы и длительностью заболевания. Снижение костной массы может рассматриваться как фактор неблагоприятного прогноза и учитываться при выборе терапии. Проведение денситометрии показано больным с впервые установленным диагнозом аксСпА.

## АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ КЛИНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ РАННИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Губарь Е.Е., Смирнов А.В., Тюхова Е.Ю., Дубинина Т.В.,  
Дёмина А.Б., Годзенко А.А., Румянцева О.А., Шубин С.В.,  
Глухова С.И., Урумова М.М., Эрдес Ш.Ф.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

### Введение/цель

Взаимосвязь между воспалительными изменениями (ВИ) по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) и клинической активностью спондилоартрита (СпА) не доказана. Цель — выявить связь между показателями клинической активности и воспалительными изменениями (ВИ) по данным МРТ в крестцово-подвздошных суставах (КПС), поясничном отделе (ПО) позвоночника, тазобедренных суставах (ТБС) у больных ранним аксиальным СпА (аксСпА).

### Материал и методы

Обследовано 73 пациента (33 мужчины и 40 женщин) с ранним аксСпА. Были отобраны больные с длительностью воспалительной боли в позвоночнике  $\leq 5$  лет: длительность болезни —  $19,9 \pm 14,4$  мес. Диагноз установлен по критериям ASAS 2009 г. Возраст —  $28,3 \pm 6,4$  года, BASDAI —  $4,1 \pm 1,9$ ; ASDAS-СРБ —  $2,7 \pm 1,3$ ; СОЭ —  $21,9 \pm 17,6$ ; уровень С-реактивного белка (СРБ) —  $29,0 \pm 38,5$ . Высокой активностью заболевания считались показатели BASDAI  $> 4$ , ASDAS-СРБ  $> 2,1$ . Пациентам проводилась МРТ КПС, ПО позвоночника и ТБС (при болях и ограничении движений в ТБС) на низкопольном аппарате Signa Ovation 0,35 Т.

### Результаты/обсуждение

ВИ в КПС, и/или ПО, и/или ТБС обнаружены у 62 (84,9%) больных: у 53 (72,6%) — в области КПС, у 21 (28,7%) — в ТБС, у 8 (11,0%) — в ПО. У 42 (67,7%) из 62 больных, имевших воспалительные МРТ-изменения хотя бы в одном из трех исследуемых отделов, была высокая активность по ASDAS-СРБ, а в группе пациентов без ВИ ( $n=11$ ) высокая активность по ASDAS-СРБ определялась у 4 (36,4%) больных ( $p=0,047$ ). У 38 (71,7%) из 53 пациентов, имевших активный сакроилиит, была высокая активность по ASDAS-СРБ, а в группе пациентов без МРТ-признаков сакроилиита ( $n=20$ ) высокая активность по ASDAS-СРБ определялась у 8 (40,0%) больных ( $p=0,012$ ). Ассоциации между данными МРТ и активностью заболевания по индексу BASDAI не обнаружено.

### Выводы/заключение

У больных ранним аксСпА имеется ассоциация между наличием активного МРТ-сакроилиита и высокой активностью по ASDAS-СРБ.

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОВЕРКА РОССИЙСКОЙ ВЕРСИИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ НЬЮ-ЙОРКСКИХ КРИТЕРИЕВ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Губарь Е.Е., Бочкова А.Г. Смирнов А.В., Тюхова Е.Ю.,  
Дубинина Т.В., Дёмина А.Б., Годзенко А.А., Румянцева О.А.,  
Шубин С.В., Глухова С.И., Урумова М.М., Эрдес Ш.Ф.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

## Введение/цель

При использовании модифицированных Нью-Йоркских критериев для диагностики анкилозирующего спондилита (АС) правильный диагноз устанавливается с «задержкой» на 8–11 лет, так как на ранней стадии заболевания сакроилиит не всегда может быть верифицирован по данным рентгенографии. Цель – оценить российскую версию модифицированных Нью-Йоркских критериев АС на российской когорте пациентов с ранним аксиальным спондилоартритом (аксСпА).

## Материал и методы

Обследовано 73 пациента (33 мужчины и 40 женщин) с длительностью воспалительной боли в позвоночнике  $\leq 5$  лет, имеющих аксСпА согласно критериям ASAS 2009 г. Длительность болезни –  $19,9 \pm 14,4$  мес, возраст –  $28,3 \pm 6,4$  года, BASDAI –  $4,1 \pm 1,9$ ; ASDAS-СРБ –  $2,7 \pm 1,3$ . HLA-B27 определялся у 66 (90,4%) больных. Пациентам проводили рентгенографию таза и магнитно-резонансную томографию (МРТ) крестцово-подвздошных суставов (КПС). Активный сакроилиит по МРТ диагностировался на основании выявленных зон активного воспаления в области КПС в режиме STIR. На этой когорте больных была проведена первичная клиническая проверка недавно опубликованной российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев (2013). Они отличаются от оригинальной версии критериев (1984) заменой первого клинического признака воспалительной болью по определению ASAS (2009) и добавлением к рентгенологическому альтернативы – МРТ-сакроилиита.

## Результаты/обсуждение

Рентгенологически достоверный сакроилиит (двусторонний II ст. или односторонний III ст. по Kellgren) обнаружен у 36 (49,3%) из 73 пациентов. Активный сакроилиит по данным МРТ выявлен у 22 (59,5%) из 37 больных, не имевших структурных изменений в КПС. У 58 (79,5%) из 73 больных имелся сакроилиит, выявленный одним из методов визуализации, и они соответствовали диагнозу АС по российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев. У 13 (17,8%) пациентов ни одним из методов визуализации не было выявлено признаков сакроилиита, хотя у них имелась воспалительная боль в спине. Эти больные соответствовали только классификационным критериям ASAS для аксСпА.

## Выводы/заключение

80% пациентов с воспалительными болями в спине, продолжающимися  $\leq 5$  лет, соответствовали диагнозу АС по российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев АС. Включение активного МРТ-сакроилиита в критерии диагностики позволяет диагностировать АС на

более ранних стадиях болезни, что дает возможность раньше назначить адекватное лечение.

# ПРИМЕНЕНИЕ СИНВИСКА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Гулиева Г.И., Ягода А.В.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

## Введение/цель

Ведущий признак остеоартроза (ОА) – дегенерация и деструкция хряща. Хронический воспалительный процесс в синовиальной оболочке меняет белково-полисахаридный комплекс – основу хрящевого матрикса. Продукты деградации с антигенными свойствами индуцируют выработку антител с развитием паннус-подобных изменений. Упруговязкие свойства синовиальной жидкости (СЖ) и межклеточного матрикса хряща зависят от содержания в ней гиалуроната натрия (ГН). Роль его состоит в обеспечении защиты, смазки, механической стабилизации коллагеновой сети и клеток в тканях сустава и на их поверхности. ГН защищает болевые рецепторы на синовиальной мембране, выполняет роль фильтра для продуктов деградации хряща. При ОА концентрация ГН и протяженность его цепей уменьшаются. Цель – оценить клиническую эффективность синвиска при ОА.

## Материал и методы

Под наблюдением находилось 29 пациенток с ОА коленных суставов без синовита в возрасте  $59 \pm 3,6$  года с избыточной массой тела у 68%, хронической микротравматизацией у 20% и сухожильной нестабильностью у 12%. Рентгенологическая стадия III по Келлгрену. Для определения эффективности терапии использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ), индекс Лекена, WOMAS, проводилась оценка параметров: боль в покое, при движениях, пальпации и др. Все больные консультированы ортопедом. I группа (n=15) получала синвиск – высокомолекулярный ГН с перекрестным связыванием форм (растворимой – Гилан А 80% и нерастворимой – Гилан В 20%), что увеличивает время нахождения препарата в суставе. Синвиск вводился по 2 мл трижды, с интервалом 7–9 дней (n=8) и по 6 мл однократно (n=7). II группа (n=14) синвиск не получала. В обеих группах использовались нестероидные противовоспалительные препараты – мовалис 15 мг/сут или аэртал 100 мг/сут.

## Результаты/обсуждение

Через 16 нед наблюдения показатель боли в I группе снизился ( $p=0,036$ ). Число ответивших на лечение по критериям OMERACT-OARSI статистически достоверно в I группе у 60%, во II – 26%. Сравнительная оценка по данным магнитно-резонансной томографии ухудшения не выявила.

## Выводы/заключение

Переносимость препарата хорошая, независимо от способа введения. Побочных эффектов не выявлено. Включение синвиска в лечение ОА нормализует функцию сустава, увеличивая его подвижность, уменьшает болевой синдром, что позволяет улучшить качество жизни пациентов.

## АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Гульнева М.Ю., Носков С.М., Малафеева Э.В.  
ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская  
академия» Минздрава России, Ярославль, Россия

### Введение/цель

Рациональная антимикробная терапия занимает одно из важных мест в комплексном лечении ревматических заболеваний и профилактике их развития. Цель — оценить чувствительность к антибиотикам условно-патогенных микроорганизмов (УПМ), выделенных у больных при ревматических заболеваниях, для оптимизации антимикробного лечения.

### Материал и методы

В исследование включено 70 больных ревматоидным артритом (РА) и 67 больных остеоартрозом (ОА), при бактериологическом обследовании которых выделено 210 культур грамположительных и грамотрицательных УПМ. Материалом для исследования служило отделяемое со слизистых оболочек верхних дыхательных путей и мочевыводящей системы. Выделенные культуры идентифицировали по морфологическим, культуральным и биохимическим свойствам. Антибиотикорезистентность оценивали диско-диффузионным методом Кирби—Бауэра.

### Результаты/обсуждение

Микроорганизмы вида *Staphylococcus* проявляли высокую чувствительность к ингибиторозащищенным пенициллинам, цефалоспорином второго-четвертого поколений, карбапенемам, ванкомицинам, фторхинолонам и тетрациклинам (80—100% культур). Видовые различия антибиотикочувствительности стафилококков не носили существенного характера ( $p > 0,05$ ). Представители семейства *Enterobacteriaceae* отличались большей антибиотикорезистентностью. Только 70—80% культур были чувствительны к цефалоспорином третьего-четвертого поколений, карбапенемам и фторхинолонам. Отдельные виды бактерий семейства *Enterobacteriaceae* характеризовались различной чувствительностью к антибиотикам. Более резистентными были микроорганизмы родов *Proteus* и *Klebsiella* ( $p < 0,05$ ).

### Выводы/заключение

Микроорганизмы, выделенные у больных ревматическими заболеваниями, отличаются полирезистентностью к антибиотикам основных групп, проявляя различную видовую приобретенную резистентность. Препаратами выбора при проведении антибиотикотерапии у больных РА и ОА могут быть цефалоспорины третьего-четвертого поколений, карбапенемы и фторхинолоны. Бактериологическое обследование больных с выделением и видовой идентификацией патогена может оптимизировать антибиотикотерапию.

## МОЛЕКУЛЯРНО- ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ДЛЯ ПЦР-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ИНФОРМАТИВНЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Гусева И.А.<sup>1</sup>, Сорока Н.Е.<sup>2</sup>, Крылов М.Ю.<sup>1</sup>,  
Самаркина Е.Ю.<sup>1</sup>, Демидова Н.В.<sup>1</sup>, Лучихина Е.Л.<sup>1</sup>,  
Александрова Е.Н.<sup>1</sup>, Новиков А.А.<sup>1</sup>, Панасюк Е.Ю.<sup>1</sup>,  
Авдеева Е.А.<sup>1</sup>, Федоренко Е.В.<sup>1</sup>, Аронова Е.С.<sup>1</sup>,  
Лукина Г.В.<sup>1</sup>, Болдырева М.Н.<sup>3</sup>, Трофимов Д.Ю.<sup>2</sup>,  
Каратеев Д.Е.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;  
<sup>2</sup>ЗАО «НПФ ДНК-Технология», Москва, Россия;  
<sup>3</sup>ФГБУ ГНЦ «Институт иммунологии»  
ФМБА России, Москва, Россия

### Введение/цель

Исследования отечественных и зарубежных ученых позволили идентифицировать значительное число генов, вовлеченных в предрасположенность к развитию ревматоидного артрита (РА) и формирование определенных клинических субтипов заболевания. Также генетические маркеры могут служить предикторами эффективности и/или безопасности базисных противовоспалительных и генно-инженерных биологических препаратов. Таким образом, к настоящему времени назрела необходимость оптимизации имеющихся методов ПЦР-генотипирования для использования их как в научных исследованиях, так и в «рутинной» лабораторной практике.

### Материал и методы

У 287—330 больных РА и 210—310 лиц контрольной группы изучено распределение полиморфных вариантов генов *HLA-DRB1*, *HLA-B27*, *PTPN22(+1858 C/T)*, *IL-6(-174G/C)*, *IL-6R(+358A/C)*, *TNF(-308A/G)*, *TNFAIP3(rs675520, rs6920220)*, *MCP-1/CCL2(+2581A/G)*, *IL-1B(3953 C/T)*, *ICAM1(G/A)*, *APCS(G/A)*, *IL-10(-592A/C, -819 T/C)*, *(-1082 A/G)*, *MTHFR(+677\_T, +1298 A/C)*, *CTLA-4(+49A/G)*. В ходе исследования на материале 50—100 образцов ДНК было проведено сравнение точности и воспроизводимости различных методов генотипирования с использованием как отечественных, так и зарубежных приборов и реактивов. Оценены трудозатраты, стоимость оборудования и реактивов.

### Результаты/обсуждение

Полимеразная цепная реакция в режиме реального времени (ПЦР-РВ) в различных модификациях с использованием оригинальных сиквенс-специфических примеров и проб, меченных различными флюоресцентными метками (ЗАО «НПФ ДНК-Технология»), автоматическая регистрация и интерпретация полученных результатов проводились на отечественном инновационном детектирующем амплификаторе ДТ-96 (ООО «НПО ДНК-Технология»). При проверке работоспособности созданных тест-систем в качестве референсного метода определения генотипа образцов использовали автоматическое секвенирование ДНК по Сэнгеру с применением автоматиче-

ского секвенатора ABI PRISM® 310 Genetic Analyzer (Applied Biosystems, США). Сравнение полученных результатов выявило 100% совпадение. Кроме того, была разработана отечественная тест-система ПЦР-РВ для идентификации аллелей гена *HLA-DRB1* (\*0101/\*0102, \*0103, \*03, \*0401, \*0402, \*0404/\*0405/\*0408, \*0403/\*0407/\*0411, \*07, \*08, \*0901, \*1001, \*1101/\*1104, \*1102/\*1103, \*12, \*15, \*16, \*1301/\*1302/\*1304/\*1323, \*1303, \*1305/\*1306/\*1325, \*1401/\*1404, \*1402), пригодная для «рутинного» использования. Время от момента выделения ДНК до получения конечного результата генотипирования составляло 2–2,5 ч. Автоматическая регистрация результатов сводила до минимума риск контаминации продуктами амплификации.

#### **Выводы/заключение**

Проведенное исследование с применением различных методов генотипирования аллелей гена *HLA-DRB1*, *HLA-B27*, однонуклеотидных полиморфизмов позволило выбрать отечественные тест-системы и оборудование для использования в «рутинной» лабораторной практике в качестве оптимальных (в совокупности качество, стоимость, трудозатраты, минимальный риск контаминации).

## **ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОАРТРОЗА**

**Гусейнов Н.И.<sup>1</sup>, Гусейнова Н.Н.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан; <sup>2</sup>Центральная больница нефтяников, Баку, Азербайджан

#### **Введение/цель**

Проведено сравнительное изучение значимости ультрасонографии и рентгенографии для оценки состояния суставной структуры при остеоартрозе (ОА) коленных суставов.

#### **Материал и методы**

Было обследовано 60 больных двусторонним ОА коленных суставов (средний возраст 58 лет, средняя длительность болезни 7,2 года). Всем больным проводились рентгенография и ультрасонография коленных суставов. Ультрасонографию суставов выполняли на аппарате LOGIQ C5 PREMIUM с помощью линейного датчика (General Electric, США).

#### **Результаты/обсуждение**

В начальных стадиях болезни наиболее часто (у 50% больных) были зарегистрированы признаки отека около-суставных мягких тканей. Частота обнаружения краевых костных разрастаний коррелировала с нарастанием стадии болезни. Выпот в суставах отмечали у 36 (60%) больных при I–III стадиях. Снижение толщины суставного хряща было отмечено на 0–I стадии болезни, что составляло 89 и 90% соответственно и достигало максимума (100%) при терминальной стадии. У 18% больных на 0 и I стадиях болезни было отмечено увеличение толщины синовиальной оболочки, что возможно рентгенологически выявить только при II и III стадиях (36 и 84% соответственно) болезни.

#### **Выводы/заключение**

Ультрасонография по сравнению с рентгенографией является наиболее чувствительным методом исследования и позволяет регистрировать поражение суставного хряща при рентгенонегативных признаках ОА коленных суставов.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ**

**Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н.**

*Азербайджанский медицинский университет,  
Баку, Азербайджан; Ревматологический  
медицинский центр «AYAN», Баку, Азербайджан*

#### **Введение/цель**

Оценить эффективность препарата остенил-плюс при остеоартрозе (ОА) коленных суставов.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 40 больных (35 женщин и 5 мужчин) с достоверным диагнозом ОА коленных суставов без явлений синовита. Диагноз ОА устанавливался в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов (ACR 1991). Возраст больных составил 46–70 лет (в среднем 56 лет). У 26 больных была II, у 14 больных – III рентгенологическая стадия. Остенил-плюс – 2% гиалуронат натрия – представляет собой стерильный имплантант, производимый компанией TRB Chemedica Rheuma Line (Германия). Препарат вводился внутрисуставно один раз в неделю на каждый коленный сустав. Курс лечения составил по три инъекции на каждый сустав. В динамике были изучены клинические параметры, принятые в ревматологии: боль в покое, боль при ходьбе по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Были проанализированы также эффективность терапии по оценке врача и больного, дозы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), предшествующие началу лечения, на 1–2-й неделе и после последнего внутрисуставного введения.

#### **Результаты/обсуждение**

В результате лечения выявлено улучшение у 32 больных, незначительное улучшение у 8 больных (у всех этих больных была III рентгенологическая стадия). При оценке боли по ВАШ было отмечено уменьшение на 39% ( $p=0,001$ ). Отмечалось достоверное уменьшение боли в покое на 54%, боли при ходьбе – на 41%. Доза приема НПВП до лечения составила в среднем 150–200 мг/сут, после проведенного лечения – 50–100 мг/сут. Переносимость препарата была хорошей, побочные явления не были обнаружены.

#### **Выводы/заклучение**

Остенил-плюс является эффективным препаратом у больных ОА коленных суставов II–III стадии и может быть рекомендован для широкого применения.

## **РЕВМАТОИДНЫЕ ПРИЗНАКИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ТАЛАССЕМИЕЙ**

**Гусейнова Т.Г., Шадлинская Р.В.**

*Азербайджанский медицинский университет,  
Баку, Азербайджан*

#### **Введение/цель**

Талассемия – тяжелая анемия с интенсивным, неэффективным эритропозом, экстремедулярным гемопоэзом, изменениями в костной системе. Цель – выявить и сравнить клинико-рентгенологические признаки поражения челюстно-лицевой области при талассемии и ревматоидном артрите (РА).

### **Материал и методы**

В исследование включено 40 больных талассемией (17 женщин, 23 мужчины) в возрасте 16–38 лет и 40 больных РА (29 женщин, 11 мужчин), средней возраст 37 лет. Всем пациентам проведено клинико-рентгенологическое исследование зубочелюстной системы и лицевого скелета в целом.

### **Результаты/обсуждение**

В клиническом исследовании челюстно-лицевой области больных талассемией и РА прослежена однородность отдельных признаков: бледность и сухость кожных покровов лица и губ; темные круги вокруг глаз; тусклый цвет зубов; множественный кариес с локализацией на всех поверхностях зубов, нарушение смыкания зубных рядов по типу дистального прикуса; рентгенологически – обнажение корней зубов, остеопороз челюстных костей, следы очагов хронической одонтогенной инфекции.

### **Выводы/заключение**

Клинико-рентгенологическое изучение изменений в челюстно-лицевой области и дифференциальная диагностика отличительных черт у больных талассемией и РА могут способствовать раннему выявлению и целенаправленному патогенетическому лечению этих больных.

## **ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ**

**Даминов Ш.Н., Назарова К.Х.,  
Расулова Н.Х., Усмонова З.И.**

*Ташкентская медицинская академии, Ташкент, Узбекистан*

### **Введение/цель**

Неспецифический язвенный колит (НЯК) — это хроническое рецидивирующее заболевание толстой кишки неизвестной этиологии, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением толстой кишки с развитием местных и системных осложнений. Системные осложнения при НЯК иначе называют внекишечными проявлениями. У больных могут встречаться поражения печени, слизистой оболочки полости рта, кожи, суставов. Поражение суставов является наиболее распространенным осложнением и встречается у 25% больных НЯК, причем оно часто встречается у лиц молодого возраста. Цель — изучение особенностей поражения суставов у больных НЯК.

### **Материал и методы**

Нами было обследовано 75 больных в возрасте 18–65 лет в отделениях проктологии 1-й Республиканской клинической больницы и гастроэнтерологии Ташкентской медицинской академии: 48 женщин и 27 мужчин, страдающих НЯК. Средний возраст больных составил 34 года. Больным проведены рентгенография и ультразвуковое исследование пораженных суставов.

### **Результаты/обсуждение**

Поражение суставов диагностировано у 19 (25,3%) больных НЯК. В 13 (17,3%) случаях поражение суставов протекало в форме периферического артрита и в 7 (9,3%) — в форме спондилоартрита. Типичный приступ артрита возникал остро у 16 (21,3%) больных. Часто поражался лишь один сустав, преимущественно нижних конечностей — тазобедренный, коленный или голеностоп-

ный, реже — межфаланговые, локтевые, лучезапястные суставы. Длительность атаки составляла от трех до нескольких недель. У одного больного артрит протекал хронически. Рентгенограммы пораженных периферических суставов были без особых изменений. Лишь у двух больных с хроническим течением артрита обнаружено сужение суставной щели. В целом течение периферического артрита при неспецифическом язвенном колите было связано с активностью основного заболевания. Уменьшение активности колита в результате лечения или колонэктомии приводило к ремиссии артрита.

### **Выводы/заключение**

Своевременная диагностика поражения суставов у больных НЯК позволяет рано выявить его характер, что является необходимым условием для выбора оптимального лечения.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ**

**Демин Н.В.<sup>1</sup>, Торопцова Н.В.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1</sup>,  
Кораблев В.М.<sup>2</sup>, Кострицкий А.В.<sup>2</sup>, Садиков П.В.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;*

*<sup>2</sup>ЗАО «Рентгенпром», Москва, Россия*

### **Введение/цель**

В России сейчас насчитывается около 200 двух-энергетических рентгеновских абсорбциометров (ДРА денситометров) для выявления низкой минеральной плотности костной ткани (МПКТ). На 1 млн населения в среднем приходится около 0,6 денситометра, но распределены в пределах страны они неравномерно. При этом существует широко распространенный метод ежегодного обследования взрослого населения на территории всей страны — флюорография. Цель — изучить возможность использования флюорографов серии ФМЦС-ПроСкан (ЗАО «Рентгенпром») для скрининга населения с целью выявления пациентов со сниженной МПКТ в процессе флюорографического обследования грудной клетки.

### **Материал и методы**

107 добровольцам было выполнено два обследования: флюорография грудной клетки и денситометрия поясничного отдела позвоночника (L<sub>1-IV</sub>) и проксимального отдела бедра. Флюорография проводилась с помощью ФМЦС-ПроСкан-2000, на котором была дополнительно установлена запатентованная программа для определения МПКТ, а денситометрия — на аппарате Discovery A (Hologic). На флюорографе измерялись проекционные РА плотности костной ткани трех костных структур: ключиц, центральной части позвоночника, передних и задних отделов ребер. Алгоритм расчета суммарной плотности костных структур, задействованный на флюорографе, позволяет давать единую для всех костных структур грудной клетки данного пациента оценку МПК как по T-, так и по Z-критерию. Для вычисления T- и Z- критериев использовалась специально созданная референтная база данных флюорографа. Результаты МПКТ, полученные с помощью

остеоденситометра, являлись эталонными для флюорографа. Для оценки степени снижения МПКТ использовалась рекомендованная ВОЗ классификация. Все добровольцы подписали информированное согласие на участие в исследовании.

#### Результаты/обсуждение

Среди обследованных лиц совпадение заключений о снижении суммарной МПКТ, полученной с помощью флюорографа, с результатом ДРА в области  $L_{1-IV}$  было в  $77\pm 11\%$ , в области шейки бедренной кости – в  $73\pm 11\%$ , с общим показателем бедра – в  $77\pm 11\%$  случаев. Чувствительность скрининг-теста флюорографа составила  $73\pm 5\%$ , а специфичность –  $80\pm 6\%$  для всей группы, а для лиц старше 50 лет –  $81\pm 5$  и  $74\pm 8\%$  соответственно.

#### Выводы/заключение

Учитывая достаточно высокую чувствительность и специфичность метода скрининг-теста флюорографа ФМЦС-ПроСкан для выявления сниженной МПКТ, следует рассмотреть возможность использования данного метода для первичного скрининга населения с целью выявления лиц – кандидатов на консультацию у специалистов по остеопорозу и дальнейшего денситометрического обследования.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА У ЭТНИЧЕСКИХ АЗЕРБАЙДЖАНЦЕВ

Джафарова А.Р.<sup>1</sup>, Алекберова З.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан;

<sup>2</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

#### Введение/цель

Болезнь Бехчета (ББ) широко распространена в странах по ходу Великого шелкового пути. Клинические проявления заболевания могут различаться в разных географических зонах. Данных о ББ у азербайджанцев крайне мало, вместе с тем в пограничных с Азербайджаном Турции и Иране частота этого заболевания высокая: на 100 тыс. населения – 80–421 и 80 соответственно. Цель – оценить частоту клинических проявлений ББ у пациентов-азербайджанцев, сравнить ее с таковой в других странах.

#### Материал и методы

В исследование включено 40 больных, отвечающих международным критериям ISBD: 30 мужчин, 10 женщин; средний возраст на момент начала заболевания мужчин  $25,2\pm 9,0$ , женщин  $23,75\pm 6,38$  года, при обследовании –  $32\pm 8,0$  и  $30,1\pm 5,2$  года соответственно.

#### Результаты/обсуждение

Частота (%) клинических проявлений ББ у больных в разных странах различается. Рассмотрены когорты больных из четырех стран: Азербайджана ( $n=40$ ), Турции ( $n=106$ ), Ирана ( $n=2176$ ), Англии ( $n=46$ ). Клинические проявления: афтозный стоматит – 98/100/95/100; язвы гениталий – 75/75/83/71; кожные проявления – 90/41/77/81; поражение глаз – 62,5/65/64/52; суставной синдром – 52,5/ 79/47/55; сосудистые нарушения – 12,5/0/9/10; поражение ЖКТ – 22,5/0/10/19; поражение ЦНС – 30/16/3/48. Первые два диагностических критерия ББ были близкими

по частоте в сравниваемых странах. В турецкой популяции больных ББ менее частыми по сравнению с азербайджанцами были кожные проявления. В Англии реже диагностировалось поражение глаз, но значительно выше был процент больных с поражением ЦНС.

#### Выводы/заключение

Особенности клинического полиморфизма у больных ББ в разных регионах мира во многом определяют тактику лечения. Необходима высокая степень осведомленности о ББ для своевременной диагностики и предотвращения необратимых симптомов заболевания.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭТАНЕРЦЕПТА В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Дильманова Д.С., Исаева Б.Г.

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

#### Введение/цель

Согласно рекомендациям ASAS, анти-ФНО-терапия должна назначаться пациентам с анкилозирующим спондилитом (АС) с высокой активностью заболевания и неэффективностью предшествующей стандартной терапии. Цель – представить клинический случай применения этанерцепта (ЭТЦ) у больного АС.

#### Материал и методы

Пациент 34 лет, с достоверным диагнозом АС, HLA-B27-позитивный, с периферическим артритом в анамнезе. Длительность заболевания 9 лет. Получал сульфасалазин, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). С учетом неполного ответа на НПВП и высокой активности заболевания осенью 2011 г. начата терапия ЭТЦ в дозе 50 мг/нед. В связи с хорошим самочувствием пациент самостоятельно отменил препарат через 12 нед лечения. В 2012 г. по поводу возобновления боли в позвоночнике дважды (май, ноябрь) – повторное введение ЭТЦ в течение 4 нед.

#### Результаты/обсуждение

Исходно (до начала терапии ЭТЦ в 2011 г.) отмечалась высокая клинико-лабораторная активность: BASDAI 4,9, BASFI 5,9, СОЭ 28 мм/ч, уровень С-реактивного белка (СРБ) 20,5 мг/л. После 12 нед применения ЭТЦ индекс BASDAI снизился до 1,9, BASFI – 0,75, СОЭ 10 мм/ч, СРБ 2,5 мг/л; хорошее самочувствие пациента (отсутствие боли в позвоночнике, суставах). Через 5 мес перед вторым (май 2012 г.) применением ЭТЦ BASDAI составил 4,1, BASFI 1,1, СОЭ 15 мм/ч, СРБ 4 мг/л. Через 4 нед терапии ЭТЦ индексы BASDAI и BASFI снизились до 1,5 и 0,5 соответственно, лабораторная активность отсутствовала. Перед повторным введением ЭТЦ (в ноябре 2012 г.) индекс активности BASDAI соответствовал 4, функциональный индекс BASFI – 0,5, СОЭ 10 мм/ч, СРБ отрицателен. После прекращения введения ЭТЦ до января 2014 г. у больного регистрируется отсутствие активности заболевания.

#### Выводы/заключение

Применение ЭТЦ в лечении пациента с АС позволило достичь клинико-лабораторной безлекарственной ремиссии, несмотря на нерегулярность терапии.

# МОЖНО ЛИ БОЛЬНЫМ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ ЗАНИМАТЬСЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

Дубинина Т.В., Кузяков С.Н., Подряднова М.В.,  
Красненко С.О., Сухарева М.Л., Эрдес Ш.Ф.

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

## Введение/цель

Регулярные физические упражнения являются основным нефармакологическим методом лечения анкилозирующего спондилита (АС). Однако данные о взаимосвязи лечебной физкультуры (ЛФК) и активности заболевания малочисленны. Цель – изучить взаимосвязь между активностью заболевания и эффективностью упражнений при АС.

## Материал и методы

В исследование было включено 25 больных с диагнозом АС (Нью-Йоркские критерии): 16 (36%) мужчин и 9 (64%) женщин. Средний возраст больных –  $38,9 \pm 17,2$  года, средняя длительность болезни –  $10,9 \pm 7,9$  года. Большинство пациентов (76%) имели аксиальные проявления. Высокую активность заболевания (BASDAI > 4) имели 56,0%. Все 25 больных находились на стабильной дозе нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и не получали другие виды реабилитационного и физиотерапевтического лечения. Пациенты занимались по специально разработанному комплексу, направленному на увеличение экскурсии грудной клетки и гибкости позвоночника. Занятия проводились ежедневно (кроме выходных) в одно и то же время. Длительность занятия 30 мин. Всего было проведено 10 занятий. Исходно и в конце исследования оценивались: BASDAI, общая оценка заболевания пациентом по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ), оценка ночной боли и боли в позвоночнике в течение дня (ЧРШ), оценка трудности выполнения ЛФК пациентом (ЧРШ, где «0» – не испытываю трудности при выполнении ЛФК, «10» – не могу выполнять ЛФК).

## Результаты/обсуждение

За период лечения было отмечено достоверное снижение активности АС по сравнению с исходным уровнем (BASDAI  $4,5 \pm 2,2$  против  $2,6 \pm 1,6$ ;  $p < 0,001$ ). ЛФК не оказывала отрицательного влияния на уровень СОЭ ( $22,2 \pm 21,1$  против  $16,2 \pm 14,5$ ;  $p = 0,02$ ). Положительная динамика была получена при общей оценке заболевания больным ( $4,8 \pm 1,9$  против  $2,7 \pm 1,6$ ;  $p < 0,0002$ ), выраженности ночной боли ( $3,8 \pm 2,9$  против  $1,7 \pm 1,2$ ;  $p < 0,004$ ) и боли в спине в течение дня ( $3,8 \pm 2,5$  против  $2,1 \pm 1,7$ ;  $p < 0,05$ ). По результатам оценки трудности выполнения ЛФК, больные с низкой активностью легче переносили физическую нагрузку, чем пациенты с высокой активностью ( $5,0 \pm 1,5$  против  $6,6 \pm 1,3$ ;  $p < 0,004$ ). При снижении активности заболевания оценка трудности выполнения ЛФК достоверно уменьшалась ( $p < 0,00001$ ). Была выявлена прямая корреляционная связь между оценкой пациентом трудности выполнения ЛФК и индексом BASDAI ( $r = 0,7$ ), оценкой ночной боли в позвоночнике ( $r = 0,65$ ) и боли в позвоночнике в течение дня ( $r = 0,65$ ), общей оценкой заболевания пациентом ( $r = 0,7$ ).

## Выводы/заключение

Физические упражнения не оказывают отрицательного влияния на больных с высокой активностью заболевания. Однако чем выше активность заболевания у больных АС, тем тяжелее им выполнять ЛФК. В связи с этим занятия ЛФК у больных с высокой активностью должны проводиться в щадящем режиме с индивидуальным подбором упражнений.

# СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПОТРЕБНОСТЬЮ И НАЗНАЧЕНИЕМ ПРОТИВООСТЕОПОРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РОССИИ

Дыдыкина И.С.<sup>1</sup>, Веткова Е.С.<sup>1</sup>, Подворотова М.М.<sup>1</sup>,  
Таскина Е.А.<sup>1</sup>, Смирнов А.В.<sup>1</sup>, Синенко А.А.<sup>2</sup>, Раскина Т.А.<sup>3</sup>,  
Пешехонов Д.В.<sup>4</sup>, Мясоедова С.Е.<sup>5</sup>, Заводовский Б.В.<sup>6</sup>,  
Дыдыкина П.С.<sup>1</sup>, Петрова Е.В.<sup>1</sup>, Жигулин В.В.<sup>1</sup>,  
Алексеева Л.И.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Приморская краевая клиническая  
больница», Владивосток, Россия;

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская  
академия» Минздрава России, Кемерово, Россия;

<sup>4</sup>ГБОУ ВПО «Воронежская государственная  
медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»  
Минздрава России, Воронеж, Россия;

<sup>5</sup>ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская  
академия» Минздрава России, Иваново, Россия;

<sup>6</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической  
и экспериментальной ревматологии» РАМН, Волгоград, Россия

## Введение/цель

Переломы, возникающие вследствие генерализованной потери костной ткани при ревматоидном артрите (РА), нередко приводят к инвалидизации и смерти больных. Поэтому своевременное определение показаний к назначению терапии остеопороза (ОП) является важным аспектом клинической практики. Цель – изучить соответствие между потребностью в профилактике и лечении ОП и назначениями в реальной клинической практике у пациентов с РА.

## Материал и методы

В рамках одномоментного ретроспективного исследования большой когорты больных РА из 12 клинических центров России отобрано 296 пациентов в возрасте от 41 года до 89 лет. Определен порог терапевтического вмешательства с использованием калькулятора FRAX и собственной математической модели, разработанной по результатам статистического анализа широкого спектра антропометрических, социально-демографических, анамнестических и клинических показателей для выявления больных РА с высоким риском малотравматических переломов.

## Результаты/обсуждение

В исследование включено 262 (89%) женщины и 34 (11%) мужчины. Средний возраст женщин составил 64,2 года, мужчин – 65,1 года. ОП установлен у 64 (22%) больных, малотравматические переломы в анамнезе имели 45 (15%) человек. Показания для назначения терапии по FRAX имели 111 (38%) человек, при использовании



прогностической модели для больных РА — 94 (31%) больных. Лечение было назначено 30 (27%) и 23 (24%) соответственно. В назначении лечения не нуждались 185 (62%) по FRAX и 202 (68%) при использовании прогностической модели для больных РА, однако лечение было назначено 41 (22%) и 48 (24%) больным соответственно. Всего 71 (24%) больной получил рекомендации по лечению ОП. Приверженность лечению среди получивших рекомендации имели 49 (69%).

#### **Выводы/заключение**

Установлены несоответствие между потребностью и назначениями по профилактике и лечению ОП у больных РА в реальной клинической практике и достаточно высокая приверженность больных лечению. Внедрение инструмента FRAX или прогностической модели для выделения группы больных РА с высоким риском возникновения переломов позволит внести вклад в персонализированный подход при назначении лечения.

## **ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ ПРОТИВООСТЕОПОРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОЦЕНКИ РИСКА МАЛОТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РОССИИ**

Дыдыкина И.С.<sup>1</sup>, Веткова Е.С.<sup>1</sup>, Подворотова М.М.<sup>1</sup>,  
Таскина Е.А.<sup>1</sup>, Смирнов А.В.<sup>1</sup>, Синенко А.А.<sup>2</sup>, Раскина Т.А.<sup>3</sup>,  
Пешехонов Д.В.<sup>4</sup>, Мясоедова С.Е.<sup>5</sup>, Заводовский Б.В.<sup>6</sup>,  
Дыдыкина П.С.<sup>1</sup>, Петрова Е.В.<sup>1</sup>, Жигулин В.В.<sup>1</sup>,  
Алексеева Л.И.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Приморская краевая клиническая  
больница», Владивосток, Россия;

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская  
академия» Минздрава России, Кемерово, Россия;

<sup>4</sup>ГБОУ ВПО «Воронежская государственная  
медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»  
Минздрава России, Воронеж, Россия;

<sup>5</sup>ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская  
академия» Минздрава России, Иваново, Россия;

<sup>6</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической  
и экспериментальной ревматологии» РАМН, Волгоград, Россия

#### **Введение/цель**

Одним из проявлений ревматоидного артрита (РА) является генерализованная потеря костной ткани, поэтому своевременное определение риска развития переломов и показаний к лечению у больных РА является важной задачей для врача. В рамках многоцентровой программы Ассоциации ревматологов России по диагностике, профилактике и лечению остеопороза (ОП) у пациентов с РА был оценен порог терапевтического вмешательства на основании метода FRAX и сопоставлен с реальными врачебными рекомендациями. Цель — изучить соответствие между реальными врачебными рекомендациями и потребностью в лечении и профилактике ОП у больных РА.

#### **Материал и методы**

В рамках одномоментного ретроспективно-проспективного исследования большой когорты больных

РА из 12 клинических центров России определен 10-летний абсолютный риск основных остеопоретических переломов по методу FRAX без учета значений минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в шейке бедра для 560 пациентов в возрасте от 41 года до 89 лет.

#### **Результаты/обсуждение**

В исследование включено 485 (87%) женщин и 75 (13%) мужчин. Средний возраст женщин составил 60,46 года, мужчин — 60,1 года. ОП установлен у 97 (17%) больных, малотравматические переломы в анамнезе имели 74 (13%) человек, при этом рекомендации по лечению получили 86 (87%) и 36 (49%) из них соответственно. Показания для назначения терапии имели 185 (33%) человек, лечение было назначено 57 (31%) из этих больных. В назначении лечения не нуждались 375 (67%) пациентов, однако лечение было назначено 48 (13%) из них. Всего 105 (19%) больных получили рекомендации по лечению ОП. Приверженность лечению среди получивших рекомендации имели 77 (73%) человек, из них 49 (60%) принимали бисфосфонаты вместе с препаратами кальция и витамина D, 14 (18%) пациентов принимали только препараты кальция и витамина D, 11 (14%) — препараты кальцитонина лосося, 3 (4%) — стронция ранелат. Оценка МПКТ хотя бы в одном отделе с помощью денситометрии произведена у 421 (75%) больного, в том числе у 54 (72%) из имеющих переломы в анамнезе и у 128 (69%), кто имел показания к назначению терапии.

#### **Выводы/заключение**

Диагностика, профилактика и лечение ОП у больных РА осуществляются в недостаточном объеме. Внедрение инструмента FRAX для выделения группы больных РА с высоким риском возникновения переломов позволит внести вклад в персонализированный подход при назначении лечения.

## **ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ДИНАМИКЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ**

Дыдыкина И.С., Алексеева О.Г., Смирнов А.В.,  
Петрова Е.В., Подворотова М.М., Дыдыкина П.С.,  
Таскина Е.А., Веткова Е.С., Насонов Е.Л.

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

#### **Введение/цель**

Ревматоидный артрит (РА) — заболевание, ассоциированное с развитием остеопороза (ОП) и увеличением риска возникновения переломов. Поэтому изучение динамики минеральной плотности костной ткани (МПКТ) при РА является актуальным. Цель — получить сведения о динамике МПКТ у больных РА при длительном наблюдении.

#### **Материал и методы**

В проспективное исследование включены 64 женщины, страдающие РА, в возрасте от 18 до 75 лет. Всем проведены двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия на аппарате Hologic «Discovery А» с определением МПКТ в поясничном отделе позвоночника (L<sub>1-IV</sub>) и в шейке бедренной кости (ШБ) и клинико-лабораторное обследование в динамике. Все больные получали препараты для ле-

чения РА и ОП и были распределены на две группы: 1-я группа (n=27) имела отрицательную динамику МПКТ; 2-я группа (n=37) – положительную; длительность наблюдения составила 3,4±0,7 года против 3,3±0,6 года соответственно (p>0,05). Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica 6.0

#### Результаты/обсуждение

Возраст больных был сопоставим и составил в 1-й группе 43,1±10,7 года, во 2-й группе – 42,3±15,7 года; менопауза наступила у 21 (78%) и 23 (62%) человек соответственно в возрасте 48,4±5,3 и 48,2±2,5 года (p>0,05). Длительность РА составила 14,6±11,7 и 11,0±6,8 года соответственно (p>0,05); позитивными по ревматоидному фактору были 20 (74%) и 33 (89%) больных соответственно (p>0,05); показатель DAS28 <5,1 был у 15 (56%) и 20 (54%), а DAS28 >5,1 – у 12 (44%) и 17 (46%) пациентов соответственно во время завершающего визита (p>0,05). Глюкокортикоиды (ГК) получали в 1-й группе 13 (48%) человек, во 2-й группе – 5 (14%) человек (p<0,05); кумулятивная доза ГК составила 13 156,2±8378,8 и 13 404±11 147,3 мг (p>0,05). МПКТ L<sub>I-IV</sub> в 1-й группе была 0,919±0,200 г/см<sup>2</sup>, стала 0,851±0,165 г/см<sup>2</sup> (p>0,05); во 2-й группе – 0,901±0,171 и 0,982±0,183 г/см<sup>2</sup> соответственно. МПКТ в ШБ в 1-й группе была 0,706±0,134 г/см<sup>2</sup>, стала 0,665±0,149 г/см<sup>2</sup> (p>0,05), во 2-й группе – 0,707±0,121 и 0,836±0,129 г/см<sup>2</sup> (p<0,05).

#### Выводы/заключение

Положительная динамика МПКТ при длительном наблюдении отмечена у больных РА, не получавших ГК. Терапия ГК при РА оказывает негативное влияние на МПКТ ШБ и L<sub>I-IV</sub>, что способствует развитию ОП и переломов.

## ВЛИЯНИЕ РИТУКСИМАБА НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ ЧЕРЕЗ 24 МЕС ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Дыдыкина П.С., Дыдыкина И.С., Девятайкина А.Ю.,

Лукина Г.В., Смирнов А.В., Насонов Е.Л.

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

#### Введение/цель

При ревматоидном артрите (РА) активность заболевания является одной из наиболее явных причин усиления костной резорбции и снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ). В связи с этим контроль активности воспаления, в том числе с использованием антител к CD20 В-лимфоцитов (ритуксимаб – РТМ), может рассматриваться как возможность снижения резорбции кости и стабилизации МПКТ. Цель – оценить динамику МПКТ через 24 мес терапии РТМ у пациентов с РА.

#### Материал и методы

Ретроспективное исследование когорты больных РА (33 женщины, 4 мужчины), средний возраст на момент начала терапии РТМ в дозе от 1000 до 4000 мг составил 48,8±14,2 года, средняя длительность заболевания 9,1±7,1 года. Высокая активность РА по DAS28 была у 34 (92%) пациентов, умеренная – у 3 (8%). У 17 (46%) пациентов была выявлена II рентгенологическая

стадия РА, у 10 (27%) – III и у 10 (27%) – IV стадия. Всем пациентам к моменту начала терапии РТМ и через 24 мес была проведена рентгеновская денситометрия с определением МПКТ хотя бы в одном из отделов скелета: поясничный отдел позвоночника (L<sub>I-IV</sub>; n=26), шейка бедренной кости (n=19) и кости левого предплечья (n=7). Исследование проводилось на одном аппарате Hologic «Discovery A».

#### Результаты/обсуждение

Средняя МПКТ до/после терапии РТМ в L<sub>I-IV</sub> составила 0,947±0,164/0,971±0,133 г/см<sup>2</sup>; в шейке бедра 0,759±0,110/0,725±0,119 г/см<sup>2</sup>; в предплечье 0,493±0,084/0,449±0,090 г/см<sup>2</sup> соответственно. Различия статистически не значимы. Затем был предпринят анализ групп пациентов со сниженной и увеличенной МПКТ через 24 мес терапии, который показал увеличение МПКТ в L<sub>I-IV</sub> у 15 пациентов (0,947±0,164 и 0,971±0,133 г/см<sup>2</sup> соответственно), в шейке бедра – у 8 (0,765±0,098 и 0,787±0,096 г/см<sup>2</sup> соответственно). Снижение МПКТ в L<sub>I-IV</sub> было отмечено у 11 пациентов (1,027±0,150 и 0,986±0,141 г/см<sup>2</sup>), в шейке бедра – у 11 (0,755±0,122 и 0,680±0,117 г/см<sup>2</sup>), в предплечье – у 7 (0,493±0,084 и 0,449±0,090 г/см<sup>2</sup>), однако изменения были не достоверны.

#### Выводы/заключение

Среди пациентов с высокой активностью РА, получавших РТМ в течение 24 мес, не было отмечено достоверного снижения или увеличения МПКТ в динамике, показатели оставались стабильными. Вклад других факторов, способных повлиять на изменение МПКТ, требует более тщательного анализа.

## ПАННИКУЛИТ ВЕБЕРА–КРИСЧЕНА: КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ

Егорова О.Н., Белов Б.С., Раденска-Лоповок С.Г.,

Савушкина Н.М., Пушкова О.В.

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

#### Введение/цель

Панникулит Вебера–Крисчена (ПВК) – редкая малоизученная патология из группы диффузных болезней соединительной ткани. Цель – изучить особенности течения ПВК.

#### Материал и методы

Наблюдали 30 пациентов (28 женщин, 2 мужчины) в возрасте от 30 до 73 лет с диагнозом ПВК и длительностью болезни 8,1±2,4 года. Помимо общеклинического исследования определяли сывороточную концентрацию α1-антитрипсина, амилазы, липазы, ферритина, креатинфосфокиназы, проводили компьютерную томографию органов грудной клетки, иммунологическое обследование, ультразвуковое сканирование кожи и подкожной жировой клетчатки (ПЖК) области узла и патоморфологическое исследование кожного биоптата из области узла.

#### Результаты/обсуждение

У 80% пациентов заболевание носило хроническое течение, с множественными (n=22) «блюдообразными» (n=27) болезненными (визуальная аналоговая шкала боли 64±17,4 мм) узлами, преимущественно локализованными на нижних (n=20) и верхних (n=10) конечностях, реже – на туловище (n=6). Ни у одного пациента не отме-

чено узлов на лице. В 47% случаев выявлена узловатая форма заболевания, которая характеризовалась изолированными друг от друга, четко ограниченными от окружающей ткани, ярко-розовыми, диаметром до 5 см уплотнениями на нижних и верхних конечностях (79%). Бляшечная разновидность (33%) определена как результат слияния отдельных узлов в синюшно-багровый плотноэластический бугристый конгломерат с преимущественным поражением нижних конечностей (80%). Инфильтративная форма (20%) характеризовалась яркими красно-багровыми узлами с выделением из них желтой маслянистой массы. В целом у 60% больных возникновение узлов ассоциировалось с лихорадкой, полиартралгиями, миалгиями, повышенной СОЭ, лейкоцитозом и высокими титрами С-реактивного белка. УЗИ области узла выявило выраженную дольчатость с анэхогенным ободком и единичные сигналы васкуляризации в ПЖК. Гистологическое исследование подтвердило наличие лобулярного панникулита у всех пациентов.

#### **Выводы/заключение**

ПВК — редкое рецидивирующее заболевание, протекающее с характерными изменениями кожи, ПЖК и часто ассоциирующееся с поражением опорно-двигательного аппарата. Многообразие форм заболевания требует четких подходов к верификации диагноза и дифференцированной терапии.

## **КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА**

Елисюткина С.В.<sup>1</sup>, Беляева Е.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Поликлиника Рязанской

нефтеперерабатывающей компании, Рязань, Россия;

<sup>2</sup>Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Тульский  
государственный университет», Тула, Россия

#### **Введение/цель**

Изучение общей заболеваемости, связанной с патологией опорно-двигательной системы, у работников нефтеперерабатывающего комплекса полезно для разработки лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты возникновения и уменьшение сроков случая временной нетрудоспособности.

#### **Материал и методы**

Численность работающих на нефтеперерабатывающем предприятии — 2958 человек, их них женщин — 729. Возраст работающих от 20 до 65 лет, средний возраст 38 лет. Возрастная группа 20–29 лет — 24%, 30–39 лет — 28%, 40–49 лет — 27%, 50–59 лет — 18%, 60 лет и старше — 4%. Лиц, занимающихся физическим трудом, — 1853 человека (рабочие профессии). Прошли периодический медицинский осмотр в 2013 г. 2096 человек, из них 338 женщин.

#### **Результаты/обсуждение**

Вредными и опасными производственными факторами на нефтеперерабатывающем предприятии с потенциальным влиянием на опорно-двигательный аппарат являются: физические перегрузки, вынужденная поза, вибрации, контакт с соединениями свинца, марганца, ароматическими углеводородами, работы по обслуживанию ем-

костей под давлением. Согласно статистическим данным проведенного периодического медицинского осмотра выявлено 517 случаев болезней костно-мышечной системы, что составило 24,6% от общего числа обследованных. Из них деформирующие дорсопатии — 359 (69,4%), дорсалгии — 10 (2%), миозиты — 47 (9%), артрозы — 101 (19,5%). При этом на долю артроза и деформирующих дорсопатий (спондилоартроза и деформирующего спондилеза) приходится суммарно 88,9% всех случаев костно-мышечной патологии. Основные возрастные группы, в которых выявлена костно-мышечная патология, — 30–39 и 40–49 лет, что не соответствует популяционным данным о распространенности дегенеративно-воспалительных заболеваний скелета.

#### **Выводы/заключение**

У лиц, занятых в нефтеперерабатывающем производстве, имеется риск раннего развития артроза и деформирующих дорсопатий. Необходима разработка профилактических мер для минимизации воздействия вредных факторов производства на опорно-двигательную систему.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АНТИТЕЛОГЕНЕЗА К ЦЕРУЛОПЛАЗМИНУ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Емельянова О.И.<sup>1</sup>, Парамонова О.В.<sup>1</sup>,

Морозова Т.А.<sup>1</sup>, Королик О.Д.<sup>1</sup>, Черкесова Е.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической  
и экспериментальной ревматологии», Волгоград, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский  
университет», Минздрава России, Волгоград, Россия

#### **Введение/цель**

Образование антител (АТ) к церулоплазмину (ЦП) при ревматических заболеваниях (РЗ) представляет собой малоизученную проблему. ЦП является одним из основных внеклеточных ферментов-антиоксидантов, диагностическое значение которого при системной красной волчанке (СКВ) и ревматоидном артрите (РА) до настоящего времени четко не определено. Данные о содержании и активности ЦП в крови больных СКВ весьма противоречивы, что связано с различными подходами к отбору больных и разными методиками определения. Цель — усовершенствование иммунологической диагностики СКВ и РА путем определения АТ к ЦП, а также его количества и ферментативной активности.

#### **Материал и методы**

Исследовалась сыворотка 30 практически здоровых лиц (доноров станции переливания крови), 108 больных РА, 68 больных СКВ. Обследованные больные являлись пациентами ревматологического отделения ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №25» Волгограда. АТ к ЦП определяли иммуноферментным методом с использованием гранулированных антигенных препаратов. Полученные значения выражали в единицах оптической плотности (е.о.п.) и считали положительными при превышении величин экстинции, найденных для здоровых лиц, более чем в 2 раза. Определение количества ЦП проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) по И.С. Кузьминой и соавт. (1991) с использованием ком-

мерческого иммуноферментного диагностикума. Обработка данных проводилась с использованием программного пакета Statistica для Windows.

#### **Результаты/обсуждение**

По данным ИФА средний уровень АТ к ЦП в донорских сыворотках составил  $0,020 \pm 0,006$  е.о.п. Уровень нормальных показателей специфических АТ включает значения экстинкции в интервале 0–0,086. Среднее значение оксидазной активности и количества ЦП у здоровых лиц составило  $716 \pm 26,3$  и  $921 \pm 32$  нг/мл соответственно. В процессе исследований выявлено достоверное повышение содержания АТ к ЦП, активности и количества ЦП у больных РА и СКВ, при этом во всех случаях исследуемые показатели коррелировали со степенью активности заболевания ( $p < 0,05$ ).

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, при РА и СКВ отмечается повышение ферментативной активности ЦП, что может быть использовано как дополнительный критерий диагностики этих заболеваний и отражает напряженность системы антиоксидантной защиты при хронических иммунологических заболеваниях. Уровень АТ к ЦП при СКВ и РА коррелирует со степенью активности заболевания, что позволяет использовать его в качестве дополнительного критерия активности патологического процесса. Изучение образования АТ к ЦП, а также его активности расширяет представления о патогенезе РЗ и намечает направления для дальнейших исследований.

## **ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

Ефременкова Л.Н.<sup>1</sup>, Якименко Е.А.<sup>1</sup>,  
Кравчук О.Е.<sup>1</sup>, Иваницкий В.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина;

<sup>2</sup>Городская клиническая больница №9, Одесса, Украина

#### **Введение/цель**

Актуальность проблемы изучения патогенеза остеоартроза (ОА), факторов, способствующих прогрессированию поражения суставов, обусловлена его значительной распространенностью, высокой степенью утраты трудоспособности. Цель — исследование факторов, ассоциированных с прогрессированием поражения суставов, при ОА коленных суставов.

#### **Материал и методы**

Обследовано 60 больных ОА коленных суставов с метаболическим синдромом (21 мужчина и 39 женщин, средний возраст  $55,2 \pm 1,6$  года). Клиническое исследование включало изучение интенсивности боли по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ), измерение роста и массы тела с определением индекса массы тела. Метаболический синдром диагностировали по критериям ВОЗ. Диагноз ОА ставили на основании критериев Л.И. Беневоленской. Проводили рентгенографию коленных суставов в двух проекциях. Рентгенологическую стадию ОА определяли по критериям J.N. Kellgren и J.S. Lawrence. В исследование включены больные с I–II рентгенологическими стадиями ОА. В начале исследования определяли уровень С-реактивного белка (СРБ), лептина и интерлейкина 1 (ИЛ1) иммуноферментным мето-

дом, 34 больным определили содержание антинуклеарных антител (АНА), антимиохондриальных антител (АМА) и антиэндотелиальных антител иммунофлуоресцентным методом. Повторное рентгенологическое исследование с оценкой наличия (отсутствия) отрицательной рентгенологической динамики проводили через 2 года. В зависимости от отсутствия (наличия) отрицательной динамики больных разделили на две группы. В 1-ю группу вошел 51 больной с отсутствием рентгенологической динамики, во 2-ю группу — 9 больных с наличием отрицательной рентгенологической динамики.

#### **Результаты/обсуждение**

Сопоставление интенсивности болевого синдрома (боли по ВАШ), уровней лептина, СРБ и ИЛ1 в группах показало, что во 2-й группе в сравнении с 1-й интенсивность боли ( $3,76 \pm 0,3$  и  $2,91 \pm 0,2$ ), а также содержание лептина (мужчины  $7,9 \pm 0,4$  и  $6,0 \pm 0,5$  нг/мл, женщины  $17,6 \pm 0,5$  и  $15,3 \pm 0,4$  нг/мл), СРБ ( $6,2 \pm 0,04$  и  $4,3 \pm 0,06$  мг/л) и ИЛ1 ( $12,9 \pm 0,6$  и  $9,3 \pm 0,5$  пг/мл) достоверно выше. Аутоантитела выявлены у 18 больных, при этом АНА в низком титре выявлены у 5 больных 2-й группы и 1 больной 1-й группы, АМА — у 1 больной 2-й группы, антиэндотелиальные антитела — у 2 больных 1-й группы и 10 больных 2-й группы.

#### **Выводы/заключение**

Прогрессирование ОА коленных суставов при метаболическом синдроме ассоциировано с более интенсивной болью, высокими уровнями СРБ, лептина и ИЛ1.

## **ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Жигулина А.И., Тыренко В.В.

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»  
Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия

#### **Введение/цель**

Выяснение характера взаимосвязи психических и вегетативных нарушений важно для понимания патогенеза заболевания и разработки адекватных лечебных мероприятий. Цель — оценить степень нарушения вегетативной сферы больных ревматоидным артритом (РА) с различными типами акцентуаций темперамента.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 225 больных РА: 202 женщины, средний возраст 44,3 года (36–55 лет), длительность заболевания 81,6 (22–106) мес. Большинство больных (74%) имели 2-ю степень активности; II (49%) и III (44,9%) степень функциональной недостаточности суставов, II (30%) и IV (48%) рентгенологическую стадии. Выявление преобладающих личностных профилей в группе больных РА проводили с помощью опросника «Тест акцентуации свойств темперамента» (ТАСТ). Функциональное состояние вегетативной нервной системы исследовали с помощью анкет Российского центра вегетативной патологии (РЦВП).

#### **Результаты/обсуждение**

По результатам опросника ТАСТ выделены два преобладающих акцентуированных типа темперамента: эмоционально-нестабильный и социально- и предметно-пассивный типы акцентуаций. Астеновегетативные проявления были особенно характерны для больных РА с наличием

ем фактора эмоциональной нестабильности в структуре темперамента. Средние показатели при самооценке своего вегетативного состояния превалируют среди больных РА с эмоционально-нестабильным, по сравнению с данными подгруппы больных с социально- и предметно-пассивным типом акцентуации ( $p < 0,001$ ). У больных с эмоционально-нестабильным типом акцентуации темперамента вегетативная нервная система по сравнению с нормативными данными более активирована. Статистически высокодостоверные различия ( $p < 0,001$ ) выявляются как по субъективным оценкам вегетативной реакции самим пациентом, так и по объективным оценкам врача. У больных РА с социально- и предметно-пассивным типом статистически достоверная активация вегетативной нервной системы определялась только по субъективным оценкам пациентов. Это свидетельствует, что лицам с социально- и предметно-пассивным типом акцентуации темперамента свойственна более высокая степень заинтересованности своим самочувствием.

#### **Выводы/заключение**

Активация вегетативной нервной системы у больных РА с эмоционально-нестабильным типом выше, чем у больных с социально- и предметно-пассивным типом. Лицам с РА с эмоционально-нестабильным типом акцентуации изначально свойственны признаки выраженной вегетативной дисфункции. Включение в комплексную терапию таких пациентов вегетостабилизирующих средств может способствовать устранению депрессивных и психо-вегетативных расстройств.

## **ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ**

**Журавлева М.О.<sup>1</sup>, Климова О.П.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, Оренбург, Россия;

<sup>2</sup>Взрослая поликлиника №2 ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова», Оренбург, Россия

#### **Введение/цель**

Несмотря на доказанную связь реактивного артрита (РеА) с вызвавшей его инфекцией, в вопросах тактики лечения таких больных антибактериальными препаратами по-прежнему нет единой точки зрения. Цель – оценить эффективность различных по длительности схем назначения азитромицина у больных РеА.

#### **Материал и методы**

Обследованы 48 больных РеА в возрасте  $37,16 \pm 3,7$  года. Все получали найз по 100 мг 2 раза в день, антимикотическую терапию, азитромицин (сумамед) перорально: пациенты I группы по 1 г на 1, 7, 14-й дни, II группы – по 500 мг в течение 3 дней в неделю, длительностью 1 мес, пациенты III группы – в первый день 1 г, затем еще 4 дня по 500 мг. Эффективность оценивалась по изменению клинико-лабораторных показателей воспаления, функциональных индексов PAS, HAQ, шкалам LEFS, BASFI, DFI.

#### **Результаты/обсуждение**

В обеих группах достоверно снизилась активность процесса. Среднее значение СОЭ в I группе уменьшилось с  $17,18 \pm 4,3$  до  $4,36 \pm 0,9$ , во II группе – с  $13,88 \pm 3,4$  до  $4,5 \pm 1,8$ , в III группе – с  $10,26 \pm 1,5$  до  $7,55 \pm 1,6$  мм/ч

( $p < 0,0001$ ). DAS28 от умеренной активности снизился до ремиссии во всех группах: с  $3,94 \pm 0,2$  до  $1,64 \pm 0,2$ ; с  $4,11 \pm 0,3$  до  $0,91 \pm 0,2$ ; с  $3,94 \pm 0,1$  до  $2,48 \pm 0,6$  соответственно ( $p < 0,0001$ ). В I группе больных за первый месяц отмечался умеренный эффект ( $\Delta$ HAQ=0,24), во II и III группах – значительный ( $\Delta$ HAQ=0,72 и 0,38). Общая эффективность по  $\Delta$ HAQ за 3 мес в I и III группах была значительная (0,39 и 0,63), а во II – значительно более выраженная (1,11). До лечения во всех группах отмечалась высокая активность индекса BASDAI ( $4,90 \pm 0,5$  в I группе,  $6,23 \pm 0,5$  во II,  $6,41 \pm 0,3$  в III), после лечения она достоверно снизилась в III группе до  $2,72 \pm 0,7$ , в I – до  $1,37 \pm 0,4$ , во II – до полного выздоровления ( $0,34 \pm 0,1$ ;  $p < 0,003$ ). Увеличение возможности повседневной активности по индексу DFI наблюдалось во всех группах: с  $9,56 \pm 1,7$  до  $2,72 \pm 1,4$  – в I, с  $10,88 \pm 2,2$  до  $0,75 \pm 0,4$  – во II, с  $13,25 \pm 1,7$  до  $7,6 \pm 1,8$  – в III ( $p < 0,0001$ ). PAS изменился в I и III группах (с  $5,93 \pm 1,2$  до  $1,53 \pm 0,4$  и с  $5,50 \pm 0,3$  до  $2,32 \pm 0,8$ ;  $p < 0,001$ ), нормализовался во II (с  $6,16 \pm 0,5$  до  $0,66 \pm 0,4$ ;  $p < 0,001$ ). По LEFS отмечалось повышение возможности в I и II группах от  $44,63 \pm 4,8$  до  $65,20 \pm 6,7$ , от  $39,63 \pm 7,3$  до  $76,0 \pm 2,4$ , в III группе оно менее выражено – от  $31,2 \pm 3,5$  до  $47,0 \pm 7,6$  ( $p < 0,0002$ ). Клиническое выздоровление было во II группе в 87,5%, во I и III – в 62,5%, улучшение – в I и III группах по 1 человеку, во II – у 2 человек. Ухудшение отмечала одна пациентка в III группе.

#### **Выводы/заключение**

На фоне терапии азитромицином у больных РеА отмечен достоверный положительный клинический, лабораторный и функциональный эффект. Однако наиболее эффективна была более длительная схема.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ**

**Иванов Д.В., Макаров С.А., Павлов В.П., Макаров М.А.,  
Логунов А.Л., Каратеев Д.Е., Амирджанова В.Н.,  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия**

#### **Введение/цель**

Длительно существующий артрит тазобедренного сустава при ювенильном артрите (ЮА) является причиной серьезных разрушений в суставе, что приводит к выраженной боли и функциональным нарушениям. Цель – оценить результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у больных ЮА.

#### **Материал и методы**

Мы оценили результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у 22 пациентов (20 женщин и 2 мужчин). Средний возраст составил 27,9 года (18–49 лет); средний индекс массы тела  $22,1 \pm 2$ , средний рост 155,1 см, длительность заболевания в среднем 7,1 года.

#### **Результаты/обсуждение**

До и после операции производилась оценка функции тазобедренного сустава (HHS), функционального состояния больных (HAQ), боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и качества жизни (КЖ) по опроснику EQ-5D через 6–12 мес после операции. Перед операцией EQ-5D в среднем составлял  $0,15 \pm 0,35$  балла. Среднее значение индекса EQ-5D через 6 мес после операции увеличилось

с 0,13 до 0,47 балла ( $\Delta EQ-5D=0,34$ ;  $p<0,05$ ), что соответствовало удовлетворительному клинически значимому улучшению КЖ. Только к 12 мес наблюдения отмечался выраженный эффект оперативного лечения: индекс EQ-5D увеличился до 0,64 балла ( $\Delta EQ-5D=0,51$ ;  $p<0,05$ ). Показатели индекса HAQ в среднем уменьшились с 2,016 до 1,429 к 6 мес и до 1,159 к 12 мес, что свидетельствует о значительном клиническом улучшении функционального состояния больных. Улучшение состояния больных было по шкале HARRIS: к 6-му месяцу у 3 (13,6%) было хорошее (80–89 баллов), у 9 (40,9%) – удовлетворительное и у 10 (45,5%) пациентов индекс HARRIS был  $<70$  баллов; к 12-му месяцу у 4 (18,2%) было отличное состояние тазобедренных суставов по шкале HARRIS (90–100 баллов), у 4 (18,2%) – хорошее (80–89 баллов), у 8 (36,4%) – удовлетворительное и у 6 (27,2%) пациентов индекс HARRIS был  $<70$  баллов. Уровень боли по ВАШ перед оперативным лечением у больных составлял в среднем 65,4 мм, через 6 мес – 41,6 мм и снизился до 36,3 мм к 12-му месяцу после операции.

#### **Выводы/заключение**

Полученные данные подтверждают, что эндопротезирование тазобедренного сустава у больных ЮА достоверно улучшает функцию оперированного сустава, а также КЖ пациентов.

## **СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Г. СЕМЕЙ**

**Иванова Р.Л., Горемыкина М.В., Какенова М.**

*Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан*

#### **Введение/цель**

Несмотря на успехи в диагностике и лечении системной красной волчанки (СКВ), летальность при СКВ превышает таковую в общей популяции. Цель – анализ структуры и причин летальных исходов у больных СКВ, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Медицинского центра ГМУ г. Семей в период с 2005 по 2013 г.

#### **Материал и методы**

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации умерших больных с достоверным диагнозом СКВ. Изучена структура летальных исходов в зависимости от пола, возраста, активности и течения заболевания, от характера предшествующей терапии, причин смерти.

#### **Результаты/обсуждение**

Всего за 10 лет в стационаре пролечен 651 пациент с СКВ. Летальный исход наступил у 14 (2,1%) больных. Среди них было 13 (92,8%) женщин, средний возраст к моменту смерти – 33,2 года (19–55 лет), длительность заболевания – 4,6 года (от 1 мес до 11 лет). Острое течение СКВ было у 6 (42,6%) человек, подострое – у 6 (42,6%) больных; хроническое – у 2 (14,8%). Активность СКВ по индексу SELENA/SLEDAI в среднем составила 19 баллов (10–30); SLICC – в среднем – 3 балла (2–5). Среди причин смерти больных СКВ были: высокая активность СКВ – 9 (64,2%) больных, в том числе активный люпус-нефрит (66,6%), сердечно-легочная недостаточность, связанная с полисе-

розитами (22,2%), поражение ЦНС (11,1%); хроническая почечная недостаточность как исход люпус-нефрита – 4 (28,5%) больных. Тромбоз легочной артерии стал причиной смерти у 1 (7,1%) больного. Статистически достоверных различий в продолжительности жизни от начала болезни в зависимости от причин смерти не выявлено. Предшествующая госпитализации терапия включала глюкокортикоиды в средней дозе 25–30 мг в пересчете на преднизолон – 11 (78,5%) больных, в сочетании с цитостатиками – 3 (21,4%); одна пациентка не лечилась. Ни в одном случае больные СКВ с летальным исходом не получали биологические препараты.

#### **Выводы/заключение**

Основными причинами летальных исходов явились поражение почек, высокая активность заболевания. Средняя выживаемость больных СКВ с 2005 по 2013 г. составила 4,6 года, а продолжительность жизни у больных СКВ оказалась в 2 раза ниже, чем в популяции: 68,6 года для всего населения Республики Казахстан, 63,6 года для мужчин, 73,6 года для женщин (Агентство по статистике Республики Казахстан, 2010). Изложенные факты диктуют необходимость внедрения более эффективных современных методов лечения СКВ.

## **СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В КАЗАХСТАНЕ НА ПРИМЕРЕ Г. СЕМЕЙ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДАННЫХ EPI 116387)**

**Иванова Р.Л., Омарбекова Ж.Е., Горемыкина М.В.**

*Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан*

#### **Введение/цель**

Точные эпидемиологические данные по системной красной волчанке (СКВ) в Казахстане отсутствуют, так как нет национального регистра и базы данных больных СКВ. Цель – оценить распространенность и заболеваемость СКВ в Казахстане среди взрослого населения, составить среднестатистический портрет больного СКВ на примере г. Семей на основании впервые проведенного международного мультицентрового ретроспективного эпидемиологического исследования.

#### **Материал и методы**

Исследование проводилось одновременно в Украине, России и Казахстане по единому дизайну. Электронные индивидуальные регистрационные карты (ИРК) больных регистрировались в режиме реального времени с использованием специально разработанного программного обеспечения. При расчете распространенности СКВ учитывали всех больных СКВ, проживающих в г. Семей, которые хотя бы раз обращались за помощью и лечением к врачу и были живы за период с 01.01 по 31.12.2010 г. Численность населения г. Семей взята из статистического отчета демографического ежегодника Агентства Республики Казахстан по статистике (Астана, 2012).

#### **Результаты/обсуждение**

За 2010 г. в г. Семей было выявлено 52 больных СКВ: 50 женщин и 2 мужчины, средний возраст 40 лет (29 лет – для мужчин и 41 год – для женщин). Медиана возраста, при котором впервые был выставлен диагноз СКВ, соста-

вила 30 лет (25 для мужчин и 30 — для женщин). Медиана проявления первых признаков активности заболевания была равна 30 годам (25 лет — для мужчин и 30 — для женщин). Длительность заболевания составила в среднем 92 мес. По возрастам — пик распространенности СКВ в г. Семей составил в группах от 25 до 44 лет и от 45 до 64 лет 26,5 (95% доверительный интервал — ДИ — 17,3–38,9) и 27,4 (95% ДИ 16,7–42,3) соответственно. Заболеваемость: средний возраст больного был равен 36 годам (только женщины, новых случаев за 2012 г. среди мужчин не зарегистрировано). В среднем диагноз СКВ выставлялся больным в возрасте 36 лет (у женщин). Появление первых симптомов активности СКВ в среднем зарегистрировано в 34 года (также только у женщин). Длительность заболевания составила 24 мес.

#### **Выводы/заключение**

Первое эпидемиологическое исследование по СКВ, проведенное в Казахстане по стандартам Good Clinical Practice. Данные по распространенности СКВ (20,6 на 100 тыс. населения) выше данных об официально зарегистрированных пациентов с СКВ. Чаше заболевание распространено среди женщин азиатской национальности в возрасте 25–44 и 45–64 лет (соответствует мировым данным). Полученные данные позволяют обосновать более точное планирование ресурсов в системе здравоохранения на данную группу больных.

## **ДИНАМИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ЛОЗАП, ДИРОТОН, ЭНАП У БОЛЬНЫХ С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Иванова К.В.<sup>1</sup>, Майко О.Ю.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГАОУ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова»,  
взрослая поликлиника №3, Оренбург, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская  
академия» Минздрава России, Оренбург, Россия

#### **Введение/цель**

Оценить влияние гипотензивных препаратов лозап, диротон, энап на артериальное давление (АД), липидный профиль и уровень мочевой кислоты (МК) у больных с гиперурикемией (ГУ) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

#### **Материал и методы**

В исследование включено 76 больных с ГУ при наличии у них АГ I и II степени. В зависимости от получаемого метода лечения больные были разделены на три группы: I (n=30) — лозап, II (n=22) — диротон, III (n=24) — энап. Среди больных с ГУ преобладали женщины — 93; 73 и 75% соответственно в I, II, III группах. Эффективность лечения оценивалась по снижению средних показателей систолического и диастолического АД (САД и ДАД), улучшению суточного профиля, влиянию терапии на уровень МК в крови, моче, а также параметры липидного профиля. Мониторинг указанных показателей оценивался исходно и через 12 нед.

#### **Результаты/обсуждение**

До начала лечения продолжительность АГ колебалась от 8,75±2,86 до 10,13±4,65 года. Уровень МК в сыво-

ротке крови колебался от 386 до 573 ммоль/л (в среднем 459,71±52,21 ммоль/л), экскреция МК за сутки колебалась от 2,282 до 4,92 ммоль/л (в среднем 4,21±1,32 ммоль/л). Показатели липидного профиля у пациентов всех групп носили атерогенный характер. Так, повышение уровня общего холестерина отмечалось у 80–92%, липопротеидов низкой плотности — у 73–83%, триглицеридов — у 40–50%, индекса атерогенности у 83–87% у больных сравниваемых групп соответственно. У больных ГУ во всех группах до начала лечения преобладало нарушение суточного профиля САД по типу нон-диппер (58–67%), по типу найт-пикер (20–22%), дипперов было 13; 23 и 8% в I, II и III группах соответственно. Через 12 нед от начала лечения различными гипотензивными препаратами отмечалось статистически значимое увеличение количества дипперов до 43; 50 и 46% в I, II и III группах, а количество нон-дипперов и найт-пикеров уменьшилось и составило в I группе 36 и 21%, во II — 28 и 22%, а в III — 33 и 21%.

#### **Выводы/заключение**

Сопоставление результатов лечения разными гипотензивными препаратами показало примерно одинаковое снижение уровня АД, но различное влияние на параметры липидного профиля и уровень МК. Только на фоне монотерапии лозапом отмечалось статистически значимое улучшение параметров липидного и пуринового обмена, а также нарастание почечной экскреции, что обеспечило более рациональный подход к лечению больных с ГУ в сочетании с АГ.

## **HLA-B51 И СЕМЕЙНАЯ АГРЕГАЦИЯ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА ЭТНИЧЕСКИХ ДАГЕСТАНЦЕВ**

**Измаилова Ф.И., Гусева И.А., Алекберова З.С.**

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

#### **Введение/цель**

Болезнь Бехчета (ББ) — системный васкулит неизвестной этиологии с мультиорганным поражением. Заболевание имеет уникальную географическую распространенность, чаще всего диагностируется в регионах, через которые проходил Великий шелковый путь. Последние эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что генетические факторы играют в патогенезе ББ более важную роль, чем внешнесредовые. Тесная ассоциация HLA-B51 с ББ и семейная агрегация рассматриваются как веский вклад в пользу генетической природы заболевания. Этнический состав населения Дагестана отличается многообразием этнических ветвей. Среди них пять основных: аваро-андоцезская, лакская, даргинская, лезгинская, кумыкская (как тюркская группа). Цель — определить частоту HLA-B51 и семейной агрегации у больных ББ этнических дагестанцев.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 72 больных ББ коренных жителей Дагестана, отвечающих международным критериям ISBD, средний возраст в дебюте болезни 21,7±9,6 года, средний возраст на момент обследования 28±8,7 года, мужчин — 58, женщин — 14 (М:Ж 2,8:1). Больные ББ были разделены на пять когорт с учетом этнического деления: аварцы, даргинцы, лакцы, лезгины и кумыки. Типирование HLA-B51 проводилось у 72 больных микролим-

фоцитотоксическим методом с использованием набора антилейкоцитарных сывороток (компания «Гисанс», Санкт-Петербург).

#### Результаты/обсуждение

Позитивными по HLA-B51 были 59 больных, что составило 81,9%. Частота этого антигена среди основных народностей Дагестана распределилась следующим образом: у даргинцев – 90%, лакцев – 86%, аварцев – 82%, кумыков – 78%, лезгин – 72%. Частота повторных случаев ББ в дагестанских семьях составила 20% (против 3% у русских с ББ).

#### Выводы/заключение

Полученные данные свидетельствуют в пользу генетической предрасположенности к ББ у жителей Дагестана.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И ОСТЕОАРТРОЗОМ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА

Исаева Б.Г., Исаева С.М.

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

#### Введение/цель

Болезни костно-мышечной системы (БКМС) по уровню негативного влияния на общество находятся на ведущих позициях. Наиболее распространенным среди ревматических заболеваний (РЗ) является остеоартроз (ОА), а угрожающими по частоте снижения трудоспособности, развитию осложнений, укорочению продолжительности жизни – ревматоидный артрит (РА) и системная красная волчанка (СКВ). Цель – изучение распространенности и динамики прироста РЗ в Казахстане с 2006 по 2011 г.

#### Материал и методы

Проводился анализ официальных статистических материалов Министерства здравоохранения Казахстана за период с 2006 по 2011 г.

#### Результаты/обсуждение

В 2011 г. зарегистрировано 706 458 больных БКМС, динамика прироста за анализируемый период – 10,4%. Число больных РА составило 44 773, СКВ – 2568 и ОА – 115 318, в том числе женщин 66,6; 82,3 и 66,8% соответственно. Наиболее высокой динамика прироста за этот период была при ОА – 287,6%, при РА – 60,6%, СКВ – 45,7%. Число больных с впервые установленным диагнозом РА в 2011 г. составило 9793, из них 62% женщин, динамика прироста по сравнению с 2006 г. – 49,4%, у женщин – 60,9%; СКВ – 361 человек, из них 80% женщин, динамика прироста – 52,3%; ОА – 32 289, из них 63,9% женщин, динамика прироста – 302,4%. Распространенность заболеваемости на 100 тыс. оказалась наиболее высокой при ОА – 691,5; при РА она составила 268,5; при СКВ – 15,6 случая.

#### Выводы/заключение

Динамика прироста РЗ свидетельствует о сохранении социальной значимости проблемы. Уровень распространенности СКВ в Казахстане ниже, чем в других странах с преобладающим азиатским населением (к примеру, в Китае – 30, в Японии – 19,2 на 100 тыс. населения), что, вероятно, объясняется низкой выявляемостью заболевания в стране. Особого внимания требует рост общей и первичной заболеваемости РА и ОА, что сохраняется у впервые

выявленных больных. Высокая распространенность РЗ требует дальнейшего совершенствования специализированной помощи, использования инновационных технологий в ранней диагностике и лечении больных.

## СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

Ищенко Д.А.<sup>1</sup>, Вельтишев Д.Ю.<sup>1</sup>, Лисицына Т.А.<sup>2</sup>,  
Ковалевская О.Б.<sup>1</sup>, Серавина О.Ф.<sup>1</sup>, Алекберова З.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

#### Введение/цель

Болезнь Бехчета (ББ) – системный васкулит с мультиорганным поражением. Сведений о психических расстройствах (ПР) у больных с ББ недостаточно. Цель – изучить спектр психической патологии у пациентов с ББ и связь ПР со степенью тяжести ревматического заболевания.

#### Материал и методы

Исследовано 60 пациентов с ББ, отвечающих международным критериям болезни (ISGBD, 1990), 47 мужчин и 13 женщин, средний возраст которых составил 35 лет (от 19 до 56 лет). Всем пациентам проведено клинико-психопатологическое и клинико-психологическое обследование. Для определения выраженности и клинических особенностей расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) использованы следующие шкалы: HADS, HAM-A, MADRS, Fatigue Severity Scale (FSS). Степень тяжести ББ определялась по Ch. Zouboulis. Общая оценка состояния здоровья (ООСЗ) пациентом проводилась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

#### Результаты/обсуждение

У 86,7% больных ББ диагностирован следующий спектр РТДС (по критериям МКБ-10): дистимия (33,3%), рекуррентное депрессивное расстройство (28,3%), депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести (11,7%), генерализованное тревожное расстройство (6,7%), расстройство адаптации (6,7%). У 8 больных (13,3%; 7 мужчин, 1 женщина) ПР не выявлено. В структуре депрессий преобладали тоскливый и тревожно-тоскливый варианты. У 16% больных ПР предшествовало дебюту ББ, чаще в виде рекуррентного депрессивного расстройства. Медиана длительности ББ составила 11 [6; 18] лет, ПР – 4,5 [2,25; 10,5] года. Высокую степень тяжести ББ имели 60% пациентов. Спектр РТДС и выраженность депрессии не коррелировали со степенью тяжести ББ. Связь между ООСЗ пациентом по ВАШ и показателем шкалы MADRS депрессии была достоверной ( $r=0,51$ ;  $p<0,01$ ). У больных ББ выраженность тревоги, усталости, частота встречаемости нарушений сна не зависят от тяжести заболевания, но коррелируют с тяжестью депрессии ( $p<0,01$ ).

#### Выводы/заключение

Высокая распространенность РТДС и преобладание хронических вариантов депрессии (дистимия, рекуррентное депрессивное расстройство) у пациентов с ББ диктует необходимость ранней диагностики и лечения последних. Степень тяжести ББ не влияет на психическое состояние больных.



# КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Кадочникова Е.Ю.<sup>1</sup>, Алексеева Л.И.<sup>2</sup>,

Ходырев В.Н.<sup>3</sup>, Ершова О.Б.<sup>4</sup>, Попова Т.А.<sup>5</sup>, Лесняк О.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>МАУЗ «Центральная городская

больница №3», Екатеринбург, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия;

<sup>4</sup>ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская  
академия» Минздрава России, Ярославль, Россия;

<sup>5</sup>Городской ревматологический центр Городской  
клинической больницы №40, Екатеринбург, Россия

## Введение/цель

Чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС) – метод физиотерапии, заключающийся в воздействии на болевой участок короткими (20–500 мкс) импульсами тока частотой 2–400 Гц. Динамическая чрескожная электронейростимуляция (ДЭНС) – вариант ЧЭНС с дифференцированным подходом к выбору зон воздействия и оптимизации чрескожного лечебного воздействия на рефлексогенные зоны и акупунктурные точки. Цель – определить клиническую эффективность терапии ДЭНС в лечении остеоартроза коленных суставов (ОА КС).

## Материал и методы

Многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебоконтролируемое исследование. Включено 132 пациента с ОА КС с интенсивностью боли >40 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), с индексом Лекена >4 и <12. Основная группа (n=66) получала лечение аппаратом «ДиаДЭНС-ПК» через выносной электрод – аппликатор на область коленного сустава–мишени в режиме стимуляции «Терапия», частотой 77 Гц, уровнем мощности 15 единиц. Пациентам контрольной группы проводилась идентичная процедура включенным аппаратом-плацебо. Курс лечения – 10 процедур по 30 мин. Конечные точки: тест «Встань и иди» (с), боль по ВАШ (мм), индекс WOMAC, индекс Лекена (баллы), оценка эффективности лечения пациентом и врачом (баллы), оцениваемые во время четырех визитов лечения (после 1, 3, 6, 10-й процедур) и двух визитов наблюдения: через 2 нед и через месяц после окончания курса лечения.

## Результаты/обсуждение

Боль по ВАШ была меньше в основной группе после 1-й (p=0,037), 3-й (p=0,010) и 6-й (p=0,006) процедур. Индекс Лекена был ниже в группе лечения к 10-й процедуре (p=0,022) и через месяц после окончания лечения (p=0,004); достоверная динамика (p<0,0001) была только в группе активного аппарата. К 10-й процедуре время теста «Встань и иди» было меньше в основной группе (p=0,033). Количество пациентов, положительно оценивших эффективность лечения, было в 1,5 раза больше в активной группе (57,4% в группе плацебо и 84,6% в активной; p=0,004). Врач положительно оценил лечение в 45,6% случаев в группе плацебо и в 76,8% в активной (p<0,0001). Суммарный индекс WOMAC и отдельные баллы по подшкалам досто-

верно не различались в группах. В обеих группах была зафиксирована достоверная положительная динамика изменений в ходе исследования по индексу WOMAC и по подшкале болевого синдрома. По подшкалам скованности и повседневной активности положительная динамика была зафиксирована только в группе активного аппарата (p<0,001 и p=0,007), а в группе плацебо-аппарата динамика была неубедительной (p=0,177 и p=0,059).

## Выводы/заключение

ДЭНС-терапия – эффективный способ лечения ОА КС, уменьшающий болевой синдром и улучшающий функцию суставов.

# ПРИМЕНЕНИЕ ТОЦИЛИЗУМАБА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СИСТЕМНОГО ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Каледа М.И., Никишина И.П.

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

## Введение/цель

Препарат тоцилизумаб (ТЦЗ) – моноклональные антитела к рецепторам интерлейкина 6 (ИЛ6) – эффективно блокирует многие проявления системного ювенильного идиопатического артрита (сЮИА). Цель – проанализировать опыт применения ТЦЗ у пациентов с сЮИА в детском отделении ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН.

## Материал и методы

В исследование включены 45 пациентов (19 мальчиков и 26 девочек), получающих ТЦЗ, в возрасте от 1 года 8 мес до 17,5 года (в среднем 109,5 мес) с давностью заболевания от 2 мес до 15,9 лет (в среднем 61 мес). Диагноз сЮИА установлен согласно критериям Интернациональной коллегии ревматологов (ILAR). ТЦЗ назначался в качестве первого ГИБП 25 пациентам, второго – 18, третьего – 5. Клиническая картина на момент начала терапии: системные проявления у 38 (84,4%) пациентов, поражение суставов у 43 (45,5%) пациентов, у 17 из них выявлены межмышечные синовиальные кисты; одному пациенту лечение начато на фоне синдрома активации макрофагов (MAS). Терапия на момент инициации ТЦЗ: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – 95%, глюкокортикостероиды (ГК) – 75,5%, базисные противовоспалительные препараты (БПВП): метотрексат – 91,1%, метотрексат+сандиммун – 2,2%, лефлуномид – 2,2%. Всем больным проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование.

## Результаты/обсуждение

35 пациентов продолжают терапию с ответом более 30–50% по педиатрическим критериям Американской коллегии ревматологов (ACRpedi). Длительность терапии от 6 до 52 мес (в среднем 23,6 мес). Устойчивое улучшение позволило снизить дозу ГК у всех пациентов, отменить ГК у 11,4%, отменить НПВП у 14% пациентов. 8 пациентов имеют статус неактивной болезни. Нежелательные реакции (НР) и лабораторные отклонения: нейтропения (n=14), повышение билирубина (n=3), повышение уровня трансаминаз (n=4), прибавка массы тела (n=4). Серьезные НР: MAS (n=3), инфузионные реакции (n=4); ин-

фекции средней тяжести и тяжелого течения – ветряная оспа (n=2), атипичная плеввропневмония (n=1), остеомиелит (n=1), туберкулез (n=1). Более низкий ответ зафиксирован при большей продолжительности заболевания, при поражении тазобедренных суставов и шейного отдела позвоночника, при наличии синовиальных кист, при нарушении сроков введения и доз ТЦЗ. Не выявлено достоверной разницы в ответе на терапию в зависимости от предшествующего опыта применения генно-инженерных биологических препаратов. Причинами отмены ТЦЗ были серьезные НР (n=6), организационные моменты (n=4).

#### **Выводы/заключение**

ТЦЗ демонстрирует быстрый и высокоэффективный ответ при сЮИА как с текущими системными проявлениями, так и при преобладании суставного поражения при соблюдении сроков введения и дозы препарата. Тщательный мониторинг обеспечивает приемлемый профиль безопасности ТЦЗ при сЮИА.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АБАТАЦЕПТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Канонирова М.А., Лукина Г.В., Сигидин Я.А., Аронова Е.С., Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Насонов Е.Л.**  
*ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия*

#### **Введение/цель**

Оценить эффективность и безопасность применения абатацепта (АБЦ) у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

#### **Материал и методы**

В исследование включены 59 пациентов с РА и недостаточной эффективностью или непереносимостью предшествовавшей терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП; метотрексат) и/или генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП; адалимумаб, ритуксимаб, тоцилизумаб). Все больные соответствовали критериям EULAR/ACR 2010 г., имели среднюю или высокую активность заболевания. Большинство из них – женщины среднего возраста, серопозитивные по ревматоидному фактору. Инфузии АБЦ проводились 2 раза через 2 нед, затем каждые 4 нед из расчета 10 мг/кг. Активность заболевания оценивалась по DAS28, CDAI, SDAI, функциональная недостаточность – по HAQ.

#### **Результаты/обсуждение**

АБЦ достоверно ( $p < 0,005$ ) снижал активность РА начиная с 3-го месяца терапии. Клиническое улучшение было достигнуто у 59% пациентов через 3 мес, у 63% через 6 мес, у 77% через 12 мес. Низкая активность заболевания зарегистрирована через 3 мес у 13,6%, через 6 мес – у 17,4%, через 12 мес – у 29,6%. Частота ремиссий в эти сроки – 13,6; 12,2; 18,2% соответственно. Переносимость АБЦ была хорошей. Зарегистрировано 18 нежелательных реакций (НР) у 10 пациентов. Относительно частыми среди них были ОРВИ (6 пациентов). Зарегистрировано два серьезных НР: внебольничная пневмония и остеомиелит фаланги I пальца правой стопы. Инфузионных реакций не наблюдалось.

#### **Выводы/заключение**

Применение препарата АБЦ приводит к значительному клиническому улучшению у большинства больных

активным РА с предшествующей неэффективностью БПВП и/или ГИБП. Переносимость АБЦ следует признать хорошей, НР были зарегистрированы всего у 16,9% пациентов. Препарат заслуживает широкого применения в терапии РА.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОАРТРОЗА У ЖЕНЩИН С КОМОРБИДНОСТЬЮ ОСТЕОАРТРОЗА И ОСТЕОПОРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И КОНСТИТУЦИИ**

**Капустина Е.В., Большакова Т.Ю., Шарайкина Е.П., Чупахина В.А.**

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия*

#### **Введение/цель**

Рассмотреть особенности суставного синдрома у женщин с коморбидностью остеоартроза (ОА) и остеопороза (ОП).

#### **Материал и методы**

Обследовано 85 женщин с коморбидностью ОА и ОП в возрасте от 46 до 74 лет (средний возраст  $62,8 \pm 7,7$  года), проживающих в г. Красноярске. Обследование пациенток включало оценку жалоб, сбор анамнеза, объективный осмотр, рентгенографию суставов, DXA, оценку боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), алгофункциональный индекс Лекена для гонартроза и коксартроза, антропометрическое обследование и соматотипическую диагностику. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью программы SPSS, версий 19.0 и SOMA.

#### **Результаты/обсуждение**

Средняя длительность заболевания ОА составила  $12,2 \pm 6,3$  года. Дебют ОА приходился на возраст  $41 \pm 5,6$  года. Наиболее часто поражались коленные суставы (88,0%), реже тазобедренные (43,5%) и мелкие суставы кистей (44,7%), у 25,8% женщин отмечалось вовлечение I пястно-фалангового сустава (ПФС). Преобладало сочетанное поражение суставов (83,5%), в 31,8% случаев – сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов. Изолированное поражение суставов выявлялось в 16,5% случаев, чаще вовлекались тазобедренные суставы (11,8%). У женщин зрелого возраста статистически значимым было поражение тазобедренных суставов, как изолированное, так и в сочетании с коленными суставами, у женщин пожилого возраста – поражение коленных суставов в сочетании с межфаланговыми суставами кистей и I ПФС. У женщин мезосомной конституции статистически более значимым было сочетанное поражение коленных и межфаланговых суставов кистей, коленных и I ПФС, а у женщин мегалосомной конституции – сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов. Интенсивность боли в суставах по ВАШ у исследуемых женщин составила в среднем  $68,8 \pm 19,1$  мм. У больных с сочетанным поражением суставов (коленных и тазобедренных) болевой синдром был более выражен ( $82,9 \pm 15,1$  мм), у больных гонартрозом боль по ВАШ составила  $53,6 \pm 15,5$  мм, у больных коксартрозом –  $69,2 \pm 13,9$  мм ( $p < 0,001$ ). У женщин мегалосомной консти-

туции по сравнению с женщинами мезосомной конституции болевой синдром был более сильным. При коксартрозе функциональные нарушения суставов были статистически более значимы, чем при гонартрозе. У женщин мегалосомной конституции регистрировался индекс Лекена, соответствующий значительно выраженной степени тяжести как для гонартроза, так и для коксартроза.

#### **Выводы/заключение**

У женщин мегалосомной конституции статистически значимо чаще выявлялось сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов, более выраженный болевой синдром и функциональные нарушения суставов.

## **ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ» (TREAT TO TARGET)**

**Каратеев Д.Е., Орлова Е.В., Денисов Л.Н., Булгакова Н.А.**  
*ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия*

#### **Введение/цель**

Пациенту с ревматоидным артритом (РА) необходимо ясно представлять конечные цели лечения и способы их достижения, принципы тщательного контроля, иметь навыки управления течением заболевания. Цель – разработать унифицированную модель образовательной программы для больных РА в соответствии со стратегией Treat to Target (T2T) и оценить ее эффективность на ранней стадии.

#### **Материал и методы**

Образовательная программа строилась согласно рекомендациям российской версии для пациентов T2T и состояла из четырех ежедневных занятий по 90 мин. Информация была представлена многопрофильной командой специалистов [ревматологи, физиотерапевт, инструктор по лечебной физкультуре (ЛФК), кардиолог, психолог], с участием организации пациентов. 25 больных ранним РА прошли обучение в образовательной программе; 30 пациентов получали только медикаментозную терапию (контроль). Через 3 и 6 мес оценивались число болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС), СОЭ, боль по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индексы DAS28, HAQ, RAPID3, сила сжатия кистей, средние мощности разгибания коленных и сгибания голеностопных суставов с помощью En-TreeM анализа движений, приверженность немедикаментозным методам лечения по опроснику.

#### **Результаты**

Через 3 и 6 мес после обучения увеличилась приверженность методам формирования правильного функционального стереотипа (в 13 и 10 раз), ортезированию лучезапястного (в 2 раза и на 75%) и коленного суставов (на 33,3 и 50,0%), стопы (на 71,4 и 57,1%), регулярным занятиям ЛФК (в 4,0 и 3,25 раза;  $p < 0,01$ ). Через 6 мес после обучения ЧБС снизилось на 62,4%, ЧПС – на 49,1%, СОЭ – на 45,7%, боль по ВАШ – на 56,8%, DAS28 – на  $1,31 \pm 0,35$ , HAQ – на  $0,68 \pm 0,34$ , RAPID3 – на  $4,91 \pm 0,91$  ( $p < 0,01$ ), сила сжатия более пораженной кисти повысилась на 26,5% ( $p < 0,05$ ), мощность разгибания более слабого коленного

сустава – на 69,0% ( $p < 0,01$ ), сгибания более пораженного голеностопного сустава – на 38,1% ( $p < 0,05$ ), с достоверными различиями с контролем ( $p < 0,05$ ), кроме СОЭ, DAS28, локомоторных показателей.

#### **Выводы**

Обучение больных ранним РА в Школе здоровья повышает приверженность немедикаментозным методам лечения, снижает болевой синдром, улучшает функциональные, двигательные возможности и качество жизни вне зависимости от активности заболевания. Наилучшая приверженность немедикаментозным методам через 3 мес и некоторое угасание эффекта обучения к 6-му месяцу диктует необходимость регулярного проведения образовательных программ.

## **ЧАСТОТА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ**

**Каримова Г.Н., Шукурова С.М., Хамроева З.Д.**  
*Таджикский государственный медицинский университет  
имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан*

#### **Введение/цель**

Определить основные факторы риска (ФР) развития кардиоваскулярных заболеваний у больных остеoarтрозом (ОА).

#### **Материал и методы**

Объектом исследования явились 60 больных ОА в возрасте от 40 до 70 лет с продолжительностью заболевания 1–9 лет (в среднем  $6,8 \pm 1,7$  года), получающих стационарное лечение в Городской клинической больнице №5 им. академика К.Т. Таджиева. Обследование включало рентгенологическое исследование суставов, антропометрические измерения: рост (см), масса тела (кг), окружность талии (ОТ) и бедра (ОБ); вычисление индекса массы тела (ИМТ) по формуле Кетле, соотношение ОТ/ОБ (норма  $< 1$ ), измерение липидного спектра сыворотки крови, рассчитывался индекс атерогенности (ИА).

#### **Результаты/обсуждение**

Среди основных ФР чаще выявились повышение уровня общего холестерина  $> 6,5$  ммоль/л у 46 пациентов (76,6% случаев) и триглицеридов  $> 2,3$  ммоль/л в 80% случаев (48 больных ОА), против снижения уровня холестерина липопротеидов высокой плотности  $< 1,6$  ммоль/л у 46 (76,6%) больных, повышение систолического артериального давления  $> 140$  мм рт. ст. у 34 (56,6%). Из дополнительных ФР у подавляющего большинства больных выявлено увеличение ИМТ: у 18 (30%) выявлена избыточная масса тела, у 15 (25%) пациентов – ожирение I степени, у 9 (15%) – II степени и у 3 (5%) больных – III степени. Из всех пациентов с ОА нормальная масса тела имелась только у 15 пациентов, что составило 25%. Висцеральный тип ожирения (ОТ  $> 102$  см) установлен у 19 (31,6%) больных ОА, страдающих ожирением.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, к основным ФР кардиоваскулярных заболеваний относятся повышение уровня холестерина, триглицеридов, систолического артериального давления, увеличение ИМТ – ожирение, с которыми связывают повышение риска развития кардиоваскулярных заболеваний.

# ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Каримова Г.Н., Шукурова С.М., Шодиев Б.Р.

*Таджикский государственный медицинский университет  
имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан*

## Введение/цель

Определить суммарный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в ближайшие 10 лет у больных остеоартрозом (ОА).

## Материал и методы

Объектом исследования явились 70 больных ОА в возрасте от 40 до 65 лет, получивших стационарное лечение в Городской клинической больнице №5 им. академика К.Т. Таджикиева. Средний возраст пациентов составил  $57,6 \pm 3,5$  года. Обследование включало определение суммарного риска развития ССЗ в ближайшие 10 лет с применением шкалы SCORE, использующий алгоритм Фрамингемского исследования. Результаты, полученные при вычислении суммарного коронарного риска, оценивались следующим образом: <1% – низкий риск; до 5% – умеренный риск; до 10% – высокий риск и >10% – очень высокий риск. Учитывались следующие параметры: возраст, пол, табакокурение, наличие или отсутствие сахарного диабета (СД), гипертрофии левого желудочка, уровень систолического артериального давления (САД), содержание в крови общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности.

## Результаты/обсуждение

В ходе анализа полученных результатов было выявлено, что умеренный риск развития сердечно-сосудистой патологии был выявлен у 30 больных, что составляет 42,8%, высокий риск выявлен в 10% случаев (у 7 больных ОА), у которых наряду с возрастом, повышением уровня САД имелись вредные привычки, например курение. В группу очень высокого риска развития ССЗ (SCORE >10%) вошел 21 (32,8%) больной ОА, у 4 из которых был выявлен СД 2-го типа и у 19 – ишемическая болезнь сердца; из последних 4 пациента отмечали в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, что составляет 21% случаев.

## Выводы/заключение

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о сочетании у пациентов, страдающих ОА, двух и более факторов риска, таких как повышение уровня САД, наличие СД 2-го типа и гиперхолестеринемия. Они являются доминирующим фактором риска развития ССЗ у больных ОА.

# МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Карпова О.Г., Ребров А.П.

*ГБОУ ВПО «Саратовский государственный  
медицинский университет им. В.И. Разумовского»  
Минздрава России, Саратов, Россия*

## Введение/цель

Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в настоящее время рассматривается в качестве маркера не-

благоприятного прогноза развития сердечно-сосудистой патологии. Существует несколько расчетных методов для оценки СКФ в обычной клинической практике. Цель – оценить СКФ у больных псориатическим артритом (ПсА) с помощью формул Кокрофта–Гаулта (КГ), MDRD и СКD-EPI.

## Материал и методы

В исследование включено 70 больных ПсА в возрасте от 18 до 60 лет. Рассчитывали СКФ с помощью формул КГ, MDRD и СКD-EPI. Больные ПсА были сопоставимы с лицами группы сравнения ( $p > 0,05$ ).

## Результаты/обсуждение

У больных ПсА выявлено снижение СКФ по сравнению с лицами группы сравнения по формуле MDRD ( $p < 0,05$ ). У мужчин с ПсА была снижена СКФ по формуле MDRD ( $p = 0,01$ ) относительно СКФ у мужчин группы сравнения; у женщин с ПсА снижена СКФ по формулам КГ ( $p = 0,005$ ), MDRD ( $p = 0,035$ ) относительно СКФ у женщин группы сравнения. СКФ у больных ПсА в возрасте до 40 лет сопоставима со СКФ у лиц группы сравнения соответствующего возраста, а у больных ПсА в возрасте старше 40 лет СКФ по формуле MDRD существенно снижена ( $p = 0,001$ ), по остальным формулам подобных различий не выявлено. При анализе СКФ у больных с различным индексом массы тела (ИМТ) установлено снижение СКФ у больных ПсА с ИМТ >25 кг/м<sup>2</sup> по формуле MDRD по сравнению с лицами группы сравнения ( $p < 0,05$ ) и повышенное значение СКФ по КГ у пациентов с ИМТ >30 кг/м<sup>2</sup> ( $p > 0,05$ ). При сравнении СКФ у больных ПсА в зависимости от наличия или отсутствия артериальной гипертензии (АГ) установлено снижение СКФ по формуле MDRD ( $p < 0,05$ ) как у пациентов без АГ, так и у больных при наличии АГ. При сравнении СКФ у больных ПсА в зависимости от наличия или отсутствия дислипидемии выявлено снижение СКФ по формуле СКD-EPI ( $p = 0,008$ ) у больных с дислипидемией относительно СКФ у больных без дислипидемии и снижение СКФ по формуле MDRD ( $p = 0,0046$ ) относительно СКФ у лиц группы сравнения.

## Выводы/заключение

Учитывая наличие у большинства пациентов повышенного ИМТ (57,14%) и результаты полученных данных, больным ПсА наиболее предпочтительно определение СКФ по формулам MDRD и СКD-EPI.

# ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНОЙ ТЕРАПИИ

Карпова О.Г., Ребров А.П.

*ГБОУ ВПО «Саратовский государственный  
медицинский университет им. В.И. Разумовского»  
Минздрава России, Саратов, Россия*

## Введение/цель

Псориатический артрит (ПсА) относится к заболеваниям, которые требуют проведения активной противовоспалительной и иммуносупрессивной терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), системными глюкокортикоидами (ГК) и базисными противовоспалительными препаратами (БПВП). Цель – оце-

нить функциональное состояние почек у больных ПсА на фоне различной терапии.

#### **Материал и методы**

В исследование были включены 70 больных ПсА в возрасте от 18 до 60 лет. Проводилось определение показателей канальцевой дисфункции: альбумин (Ал/Кр),  $\alpha$ 1-микроглобулин ( $\alpha$ 1-Мг/Кр), лактатдегидрогеназа (ЛДГ/Кр) и гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП/Кр) утренней порции мочи с последующим расчетом на 1 ммоль креатинина; рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) с помощью формулы MDRD. Пациенты были распределены на 4 группы: 1-я группа – больные, принимающие все три группы препаратов (БПВП, НПВП, ГК); 2-я группа – больные, принимающие только БПВП и НПВП; 3-я группа – больные, принимающие только НПВП и ГК; 4-я группа – больные, принимающие только НПВП. Больные ПсА были сопоставимы между собой и с лицами группы сравнения ( $p > 0,05$ ).

#### **Результаты/обсуждение**

Снижение СКФ у больных ПсА установлено во всех группах ( $p < 0,05$ ), кроме группы с приемом НПВП совместно с БПВП ( $p > 0,05$ ). При анализе показателей канальцевой дисфункции у больных ПсА установлено, что у пациентов, получающих БПВП как в сочетании с ГК (повышение Ал/Кр мочи,  $\alpha$ 1-Мг/Кр мочи, ЛДГ/Кр мочи;  $p < 0,05$ ), так и без ГК (повышение Ал/Кр мочи,  $\alpha$ 1-Мг/Кр мочи;  $p < 0,05$ ), поражение канальцевого аппарата менее выражено. У больных ПсА, получающих только НПВП и НПВП + ГК, отмечено повышение всех показателей канальцевой дисфункции (повышение Ал/Кр мочи,  $\alpha$ 1-Мг/Кр мочи, ЛДГ/Кр мочи, ГГТП/Кр мочи;  $p < 0,01$ ) по сравнению с показателями у лиц группы сравнения.

#### **Выводы/заключение**

У больных ПсА, получающих базисные препараты, канальцевая дисфункция и снижение СКФ выражены в наименьшей степени, по сравнению с пациентами, у которых базисная терапия отсутствует.

## **ОСОБЕННОСТИ ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ СДВИГОВ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ**

**Касимова М.Б.**

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

#### **Введение/цель**

В литературе имеются единичные и противоречивые сообщения по вовлечению легких в патологический процесс при анкилозирующем спондилите (АС). Во многих научных исследованиях отмечено, что изменения со стороны дыхательной системы являются вторичными.

#### **Материал и методы**

В исследование было включено 96 больных АС. Возраст больных составил от 16 до 56 лет. Диагноз устанавливался согласно Римским (1961), Нью-Йоркским критериям (1984) и критериям Armoг и соавт. (1995). Длительность заболевания 6–10 лет установлена у 35,4%, >10 лет у 34,4% больных. У 20 (21,9%) больных установлена I, у 69 (71,9%) – II и у 4 (4,2%) – III степень активности АС. У 3 (3,1%) больных выявлена II стадия сакроилиита, у 61 (63,5%) – III, у 32 (33,3%) – IV стадия. Функцию внешнего дыхания (ФВД) оценивали с помощью спирометра Flowscreen-Jaeger (Германия).

#### **Результаты/обсуждение**

При всех формах АС наблюдалось уменьшение всех показателей ФВД. Уменьшение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) более выражено, чем объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1). Значит, имеет место рестриктивный компонент. Наблюдалось уменьшение показателей ОФВ1 –  $82,0 \pm 1,66$  ( $p < 0,01$ ). Как известно, ОФВ1 является показателем бронхиальной проходимости. В доступной нам литературе не встречалось данных об изменении бронхиальной проходимости при АС. При давности заболевания до 1 года ЖЕЛ составляла  $84,9 \pm 5,87$ ; функциональная ЖЕЛ (ФЖЕЛ) –  $92,1 \pm 7,15$ ; ОФВ1 –  $99,5 \pm 7,15$ , при давности более 10 лет соответственно  $58,9 \pm 2,93$ ;  $69,2 \pm 2,83$ ;  $74,2 \pm 3,32$  ( $p < 0,01$ ).

#### **Выводы/заключение**

Показатели внешнего дыхания имеют респираторно-паренхиматозный характер. Изменения в респираторной системе при АС имеют вторичный характер и в 83% случаев проявляются объективными и субъективными симптомами. При нарушении ФВД при АС помимо торакодиафрагмального механизма участвует также бронхопульмональный аппарат и можно рассматривать его как «легочный синдром» при АС.

## **ВЛИЯНИЕ ANTI-ФНО-ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С УВЕИТАМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Катаргина Л.А., Слепова О.С., Денисова Е.В., Старикова А.В., Любимова Н.В., Осипова Н.А., Петровская М.С.**

*ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, Москва, Россия*

#### **Введение/цель**

Эффективность ингибиторов фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ) в отношении увеита вариабельна, а предикторы ответа на терапию малоизученны. Цель – изучить влияние анти-ФНО-терапии на показатели общего цитокинового статуса у детей с увеитами, ассоциированными с ревматическими заболеваниями (РЗ).

#### **Материал и методы**

Определение уровней про- и противовоспалительных цитокинов проведено в 118 пробах сыворотки крови (СК) и 83 пробах слезной жидкости (СЖ) из больных глаз 52 детей с увеитами (50 – на фоне ювенильного идиопатического артрита, 2 – болезни Бехчета) до и в сроки до 3 лет 10 мес после назначения адалимумаба или инфликсимаба.

#### **Результаты/обсуждение**

До применения ингибиторов ФНО $\alpha$  частота выявления и/или уровни интерлейкина 2 (ИЛ2; в СК), ИЛ6, ИЛ8 (в СК и СЖ) и ИЛ1 $\beta$  (в СЖ) были сопоставимы или выше, чем ФНО $\alpha$ . На фоне анти-ФНО-терапии ФНО $\alpha$  значительно чаще обнаружен у пациентов с ремиссией, чем с сохранением активности увеита (в СК – 71,9 и 43,1%; в СЖ – 79,2 и 51,6%;  $p < 0,05$ ), причем в низких концентрациях. В случае персистенции воспалительного процесса, напротив, чаще наблюдались отрицательные показатели. На фоне применения ингибиторов ФНО $\alpha$  отмечалась тенденция

к снижению частоты выявления ИЛ1 $\beta$  (в СК и СЖ), ИЛ6 (в СЖ), ИЛ2 (в СК) с тенденцией к превышению уровней ИЛ1 $\beta$  (в СК), ИЛ6 (в СЖ и СК), ИЛ2 и интерферона  $\gamma$  (ИФН $\gamma$ ; в СЖ) в период ремиссии увеита, по сравнению с активным периодом, что в целом соответствовало направленности сдвигов самого ФНО $\alpha$ . Одновременно нарастала частота обнаружения и уровни ИЛ10 и ИЛ4, более значительно в случаях эффективного лечения. Вместе с тем отмечалась тенденция к повышению системной (СК) выработки ИЛ8, особенно у больных с активными увеитами.

#### **Выводы/заключение**

Применение ингибиторов ФНО $\alpha$  оказывает влияние не только на ФНО $\alpha$ , но, опосредованно, и на другие показатели общего цитокинового статуса на системном и местном уровне преимущественно в направлении ослабления провоспалительного и усиления противовоспалительного звена. Низкие уровни ФНО $\alpha$  в СК и СЖ более благоприятны для достижения и сохранения ремиссии увеита, чем полное подавление секреции цитокина. До назначения анти-ФНО-терапии детям с увеитами, ассоциированными с РЗ, целесообразно тестирование СК и СЖ для определения уровней как ФНО $\alpha$ , так и других патогенетически значимых цитокинов с последующим иммуномониторингом. Полученные в ходе дальнейшего изучения данные позволяют уточнить показания к применению анти-ФНО-терапии и выявить предикторы ответа.

## **ГОНАРТРОЗ: ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ 5-ЛЕТНЕМ ПРОСПЕКТИВНОМ НАБЛЮДЕНИИ**

Кашеварова Н.Г., Зайцева Е.М., Смирнов А.В., Пушкова О.В., Демин Н.В., Алексеева Л.И., Насонов Е.Л.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

#### **Введение/цель**

Учитывая значительные разногласия в вопросе ранней диагностики остеоартроза (ОА), а также противоречивость данных по факторам риска (ФР) прогрессирования, прогнозирование течения заболевания до сих пор представляет определенные трудности. Цель – изучить ФР структурного прогрессирования ОА коленных суставов при 5-летнем проспективном наблюдении.

#### **Материал и методы**

Включено 110 женщин (42–80 лет), с первичным гонартрозом по критериям Американской коллегии ревматологов, обследованных в 2004–2006 гг., повторно в 2009–2011 гг. Всем больным проводили анкетирование, рентгенографию, УЗИ коленных суставов, денситометрию субхондральных отделов бедренной и большеберцовой кости в начале и в конце наблюдения оценивали индекс WOMAC.

#### **Результаты/обсуждение**

За период наблюдения прогрессирование (увеличение стадии) гонартроза было отмечено у 40 больных, у 70 стадия осталась прежняя. При первом обследовании в группе больных с прогрессированием гонартроза I стадия определялась у 30% больных, II и III – у 70%, IV стадии выявлено не было. При повторном обследовании через 5 лет I стадии не выявлено, II и III – у 62,5% и IV – почти у 40% больных. Больные в обеих группах были сопоставимы по воз-

расту и длительности ОА. При первом исследовании у больных с прогрессированием отмечалась более интенсивная боль в коленных суставах при ходьбе ( $57,86 \pm 16,63$  против  $48,77 \pm 13,33$  мм по ВАШ;  $p=0,002$ ), более высокие значения ИМТ ( $33,2 \pm 6,05$  против  $30,51 \pm 5,63$  кг/м<sup>2</sup>;  $p=0,021$ ), чаще выявлялся синовит коленных суставов по данным УЗИ (50,0% против 18,6%;  $p=0,002$ ), при денситометрии отмечалась тенденция к увеличению минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в области медиального мыщелка большеберцовой кости на всем протяжении, что позволяет рассматривать эти переменные в качестве ФР прогрессирования ОА коленных суставов. Через 5 лет в этой же группе отмечено нарастание величин указанных факторов: ИМТ с  $33,2 \pm 6,05$  до  $34,18 \pm 6,24$ , интенсивности боли с  $57,86 \pm 16,63$  до  $67,68 \pm 21,49$ , частоты синовитов коленных суставов с 50,0 до 62,5% и субхондральной МПКТ с 0,7 [0,6; 0,8] до 0,8 [0,5; 0,9]. На основании дискриминантного анализа эти переменные выделены в качестве ФР прогрессирования ОА коленных суставов. Правильность разделения на группы: 68,1% наблюдений классифицированы корректно.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, данные 5-летнего наблюдения свидетельствуют о том, что к ФР прогрессирования ОА относятся: высокие показатели интенсивности боли, ИМТ, МПКТ в субхондральных отделах большеберцовой кости на всем протяжении, а также наличие синовита коленных суставов.

## **ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ БАЗИСНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ И ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ**

Кириллова И.Г.<sup>1</sup>, Новикова Д.С.<sup>1</sup>, Попкова Т.В.<sup>1</sup>, Корсакова Ю.О.<sup>1</sup>, Горбунова Ю.Н.<sup>1</sup>, Маркелова Е.И.<sup>1</sup>, Волков А.В.<sup>1</sup>, Колмакова Д.С.<sup>2</sup>, Каратеев Д.Е.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;  
<sup>2</sup>ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава России, Москва, Россия

#### **Введение/цель**

Диастолическая дисфункция (ДД) является ранним предиктором сердечной недостаточности. Цель – изучить влияние базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) и генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) на диастолическую дисфункцию левого (ДДЛЖ) и правого желудочков (ДДПЖ).

#### **Материал и методы**

В исследование включено 74 пациента с достоверным диагнозом ревматоидного артрита (РА) (критерии ACR/EULAR, 2010): 72% женщин, медиана (Ме) возраста – 56 лет [25-й; 75-й перцентили 46; 61 год], длительность заболевания 7 [4; 8] мес; DAS28 5,2, [5,2; 6,1], серопозитивные по IgM ревматоидному фактору (РФ) – 87% и/или антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 100% без опыта приема БПВП и глюкокортикоидов. У всех пациентов проведена эхокардиография, ткане-

вая доплерография. ДД определялась согласно рекомендациям Российского кардиологического общества (2012). Всем пациентам была начата терапия метотрексатом (МТ) подкожно с увеличением дозы до 25 мг/нед. Через 3 мес при отсутствии эффекта МТ присоединяли ингибиторы фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ : адалимумаб 40 мг/2 нед подкожно и/или цертолизумаба пэгол 200 мг/2 нед подкожно).

#### Результаты/обсуждение

ДДЛЖ была выявлена у 31 (46%) пациентов, ДДПЖ – у 17 (25%). Выявлена корреляция между ДДЛЖ и СОЭ ( $r=-0,3$ ;  $p<0,03$ ), уровень С-реактивного белка (СРБ;  $r=-0,3$ ;  $p<0,05$ ), ДДПЖ и СРБ ( $r=-0,3$ ,  $p<0,03$ ), DAS28 ( $r=-0,3$ ;  $p<0,02$ ). Через 6 мес ремиссии/низкой активности достигли 38 (54%) пациентов, умеренная/высокая активность сохранилась у 36 (46%) больных. Через 6 мес частота ДДЛЖ снизилась на 7% (39%), ДДПЖ – на 9% (16%;  $p>0,05$ ). Было выделено две группы пациентов: 1-я – на терапии МТ ( $n=33$ ), 2-я – МТ с ингибитором ФНО $\alpha$  ( $n=34$ ). У пациентов 2-й группы активность заболевания до и через 6 мес терапии была достоверно выше, чем в 1-й группе: DAS28 составил 5,8 [5,0; 6,8] / 3,2 [2,4; 4,4] и 5,1 [4,9; 5,4] / 2,6 [1,9; 3,3] соответственно ( $p<0,05$ ). У больных 2-й группы по сравнению с 1-й группой отмечены более высокие уровни СРБ и СОЭ до начала терапии (СРБ – 35,2 [12,8; 51,1] и 23,6 [2,2; 27,0], СОЭ – 37 [18; 50] и 27 [13; 34];  $p<0,05$ ). Кроме того, во 2-й группе зарегистрировано более выраженное снижение СРБ и СОЭ к 6-му месяцу ( $p<0,05$ ). У пациентов 2-й группы отмечалось более выраженное снижение частоты ДДЛЖ – на 14% (54%), ДДПЖ – на 15% (21%), в 1-й группе ДДЛЖ снизилась на 3% (29%), ДДПЖ – на 3% (16%;  $p<0,05$ ).

#### Выводы/заключение

У больных ранним РА через 6 мес на сочетанной терапии МТ и ингибитором ФНО $\alpha$  отмечается более выраженное снижение частоты ДДЛЖ и ДДПЖ по сравнению с таковым у пациентов, получающих только МТ, что может быть обусловлено более значительным снижением активности заболевания и концентрации маркеров воспаления.

## АНТИТЕЛА К ГЛИКОПРОТЕИНУ 2 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кобец Ю.Г.<sup>1</sup>, Волкова М.В.<sup>2</sup>,

Кундер Е.В.<sup>3</sup>, Генералов И.И.<sup>2</sup>, Роггенбук Д.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>УЗ «Витебская областная клиническая больница», Витебск, Беларусь;

<sup>2</sup>УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь;

<sup>3</sup>ГУО «Белорусская государственная медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь;

<sup>4</sup>Бранденбургский технический университет, Котбус, Германия

#### Введение/цель

В настоящее время широко обсуждается значение нарушения интестинального барьера на патогенез аутоиммунных заболеваний. Протеин зимогенных гранул поджелудочной железы 2 (ГП2) был идентифицирован в качестве главной мишени так называемых панкреатических антител – анти-ГП2-антител. Анти-ГП2-антитела могут продуцироваться у пациентов с ревматическими заболеваниями и являться одной из неизвестных связей между кишечным воспалением и развитием аутоиммунного процесса.

Цель – определить уровни антител классов IgA и IgG у пациентов с ревматическими заболеваниями.

#### Материал и методы

В исследовании приняли участие 90 пациентов, среди них 52 пациента со спондилоартропатиями (СпА): 38 – с аксиальными СпА, 14 – с периферическими СпА; 21 пациент с ревматоидным артритом (РА), 16 – с другими заболеваниями: 4 – с системной красной волчанкой, 1 – с системным склерозом, 3 – с подагрой, 8 – с воспалительной болью в спине (ВБС). Все пациенты соответствовали установленным классификационным критериям. Все пациенты не имели жалоб со стороны кишечника. Уровни анти-ГП2 (классы IgA и IgG) были определены с помощью тест-систем для иммуноферментного анализа (Medipan GmbH, Германия).

#### Результаты/обсуждение

Уровни анти-ГП2 IgA у пациентов с аксиальными СпА (Ме 5,63; 95% ДИ 3,26–15,37), периферическими СпА (Ме 2,41; 95% ДИ 0,59–12,65), РА (Ме 6,78; 95% ДИ 2,25–14,73), ВБС (Ме 3,43; 95% ДИ 1,38–6,37) не различались ( $p>0,05$ ) между собой. Уровни анти-ГП2 IgA у пациентов с аксиальными СпА (Ме 3,39; 95% ДИ 2,14–4,23) не отличались ( $p>0,05$ ) от уровней пациентов с периферическими СпА (Ме 1,48; 95% ДИ 0,85–5,34), РА (Ме 3,97; 95% ДИ 2,23–10,00), ВБС (Ме 1,39; 95% ДИ 0,63–4,92). Уровни анти-ГП2 IgG у пациентов с РА были выше, чем у пациентов с периферическими СпА ( $p=0,0082$ ) и с ВБС ( $p=0,0148$ ). Определение уровней анти-ГП2 IgA ( $\geq 2,44$  единиц) может быть использовано для лабораторной дифференциации аксиальных СпА от периферических СпА (чувствительность 76,32%; 95% ДИ 59,80–85,50; специфичность 51,14%; 95% ДИ 28,90–82,20, ОП+ 1,78, ОП– 0,41;  $p=0,0268$ ). Определение уровней анти-ГП2 IgG ( $\geq 2,05$  единиц) также может быть использовано для дифференциации аксиальных СпА от периферических СпА (чувствительность 71,05%; 95% ДИ 54,10–84,60); специфичность 71,43%; 95% ДИ 41,90–91,40; ОП+ 2,49, ОП– 0,41;  $p=0,0385$ ).

#### Выводы/заключение

Полученные данные являются первыми шагами в понимании некоторых взаимосвязей между кишечным воспалением и развитием аутоиммунных заболеваний, которые могут быть внедрены в клиническую практику.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ ИНТЕРЛЕЙКИНА (КАНАКИНУМАБ) У ДЕТЕЙ С TRAPS- И HIDS-СИНДРОМАМИ

Козлова А.Л., Мамзерова Е.С., Масчан А.А., Щербина А.Ю.  
ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева»  
Минздрава России, Москва, Россия

#### Введение/цель

Гипер-IgD-синдром – аутовоспалительный синдром, характеризующийся развитием приступов лихорадки продолжительностью 3–7 дней с периодичностью 4–6 нед, в основе которого лежат мутации гена *MVK*. Помимо лихорадки, к типичным симптомам относятся боли в животе, диарея, рвота, лимфаденопатия, артралгия. Ассоциированный с фактором некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ) периоди-

ческий синдром характеризуется приступами лихорадки, абдоминалгии и локальной миалгии, в основе которого лежат мутации гена *TNFRSF1A*. В клинической картине данного заболевания также описаны эпизодические эритематозные поражения, лимфаденопатия, конъюнктивит, периорбитальный отек, синдром отежной мошонки, артралгия. Продолжительность атак вариабельна (от 1 дня до нескольких месяцев), в среднем – 2–3 нед. Для обоих состояний характерно значительное нарушение качества жизни, а также частое развитие амилоидоза печени и почек. «Традиционно» в терапии используются препараты – ингибиторы ФНО $\alpha$  и/или глюкокортикоиды (ГК). Мы сообщаем о двух случаях HIDS- и двух случаях TRAPS-синдромов, резистентных к стандартной терапии. Цель – оценить эффективность и безопасность терапии ингибитором интерлейкина 1 (ИЛ1) канакинумабом у детей с TRAPS, HIDS.

#### Материал и методы

Двое пациентов с HIDS и двое пациентов с TRAPS были больны в течение нескольких лет. Все пациенты имели типичные клинические признаки с первых месяцев жизни: приступы лихорадки, увеличенные лимфатические узлы, высокую лабораторную активность. Приступы часто сопровождались болью в животе, нарушением стула. У всех пациентов диагноза были подтверждены генетически (выявлением мутаций в генах *MVK* и *TNFRSF1A* соответственно). Все пациенты получали первоначально терапию, затем ингибиторами ФНО $\alpha$  (инфликсимаб, этанерцепт) с минимальным положительным эффектом.

#### Результаты/обсуждение

Пациентам была инициирована терапия ингибитором ИЛ1 анакинрой. Практически полная лекарственная клиничко-лабораторная ремиссия была достигнута у всех 4 пациентов. Позже 2 пациента были переведены на пролонгированную терапию ингибитором ИЛ1 канакинумабом 1 раз в 6 нед в дозе 3 мг/кг. За время наблюдения нежелательных реакций отмечено не было. У детей сохраняются признаки лекарственной ремиссии.

#### Выводы/заключение

В нашей группе пациентов с не криопирин-ассоциированными периодическими синдромами ингибиторы ИЛ1 (анакинра, канакинумаб) продемонстрировали более высокую эффективность и безопасность по сравнению с ингибиторами ФНО $\alpha$  (инфликсимаб, этанерцепт).

## ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ СТРОНЦИЯ РАНЕЛАТОМ И БИСФОСФОНАТАМИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Колупаева И.В., Чушникова Н.Н., Симонова О.В.  
ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров, Россия

#### Введение/цель

Оценить влияние стронция ранелата (СР) и натрия алендроната на болевой синдром в позвоночнике и качество жизни (КЖ) при вторичном остеопорозе (ОП) у больных ревматоидным артритом (РА).

#### Материал и методы

Исследование проведено у 60 женщин с достоверным диагнозом РА в возрасте от 51 года до 70 лет, у кото-

рых по данным рентгеновской денситометрии был выявлен ОП. 30 больных (I группа) получали СР 2 г/сут, 30 больных (II группа) – натрия алендроната тригидрат 70 мг/нед. Все пациенты получали препараты кальция 1000 мг/сут и витамин D<sub>3</sub> (800 МЕ/сут). Группы были сопоставимы по основным клиническим и демографическим показателям ( $p > 0,05$ ). Средний возраст пациентов I группы составил 61,6 $\pm$ 6,7 года, II – 60,3 $\pm$ 5,9 года. Средняя длительность РА в I группе была 13,04 $\pm$ 8,7 года, во II – 15,5 $\pm$ 7,2 года. Длительность менопаузы – 12,5 $\pm$ 7,9 и 13,6 $\pm$ 7,9 года соответственно. Большинство больных (73,3% I группе и 66,7% во II) получали преднизолон в средней суточной дозе 7,2 $\pm$ 3,6 и 5,6 $\pm$ 3,8 мг на протяжении 6,1 $\pm$ 7,5 и 4,4 $\pm$ 4,7 года соответственно. Клиническое исследование включало антропометрию, оценку общего состояния, болевого синдрома в спине по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ), КЖ оценивали по опросникам EQ-5D и SF-36.

#### Результаты/обсуждение

В I группе к 6–12-му месяцу наблюдались статистически значимое снижение боли в позвоночнике по ВАШ ( $p < 0,01$ ) и улучшение КЖ. По опроснику EQ-5D в I группе по сравнению с ситуацией до начала терапии улучшилось значение шкалы ухода за собой ( $p < 0,01$ ), шкалы привычной повседневной деятельности ( $p < 0,01$ ), снизились показатели шкалы тревоги и депрессии ( $p < 0,01$ ) и суммарная оценка всех показателей в баллах ( $p < 0,01$ ). Также повысилась оценка состояния своего здоровья пациентками по ВАШ ( $p < 0,05$ ). При оценке КЖ по шкале SF-36 в I группе к 6–12-му месяцу улучшились шкалы физического функционирования ( $p < 0,001$ ), ролевого физического функционирования ( $p < 0,001$ ), боли ( $p < 0,001$ ), жизнеспособности ( $p < 0,01$ ), ролевого эмоционального функционирования ( $p < 0,05$ ) и психологического здоровья ( $p < 0,05$ ). Во II группе улучшение отмечено к 12-му месяцу по суммарной оценке всех показателей опросника EQ-5D ( $p < 0,05$ ) и по шкале физического функционирования ( $p < 0,05$ ) опросника SF-36.

#### Выводы/заключение

Применение СР и натрия алендроната при вторичном ОП у больных РА улучшает КЖ. СР, в сравнении с натрия алендронатом, уменьшает боль в позвоночнике по ВАШ и оказывает более быстрый и выраженный эффект на показатели КЖ.

## СОДЕРЖАНИЕ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ 9 И КОМПЛЕКСА ММП9/ТИМП2 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Комендантова Н.С.<sup>1,2</sup>, Кулаков Ю.В.<sup>1</sup>, Синенко А.А.<sup>1,2</sup>, Лукьянов П.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет», Владивосток, Россия;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Приморская краевая клиническая больница №1», Владивосток, Россия;

<sup>3</sup>ФГБУН «Тихоокеанский институт биоорганической химии им. Г.Б. Елякова» ДВО РАН, Владивосток, Россия

#### Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) – заболевание, ассоциированное с повышенным риском сердечно-сосудистых



осложнений. В основе их развития лежит ранний атерогенез. Исследования последнего десятилетия демонстрируют широкий интерес к изучению роли матриксной металлопротеиназы 9 (ММП9) и комплекса ММП9/тканевый ингибитор металлопротеиназ 2 (ММП9/ТИМП2) в патогенезе атеросклероза у больных РА. Цель – определить концентрации ММП9 и комплекса ММП9/ТИМП2 в сыворотке крови у больных РА с гиперхолестеринемией.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 68 женщин с диагнозом РА в возрасте от 45 до 58 лет, с гиперхолестеринемией (IIa и IIb типы по Фредриксену) без клинических проявлений сердечно-сосудистой патологии. Контролем послужили 24 практически здоровые женщины в возрасте от 43 до 59 лет, не имевшие гиперхолестеринемии. Исследования проводились на базе Приморского краевого ревматологического центра ПККБ №1. Диагноз РА верифицирован на основании критериев Американской коллегии ревматологов (ACR, 1987) и Европейской антиревматической лиги (EULAR, 2010). Продолжительность РА в группе наблюдения варьировала от 4 мес до 18 лет. Преобладали лица с низкой и умеренной степенью активности заболевания (средний индекс DAS28  $3,44 \pm 0,32$ ). Пациентки были условно разделены на две группы по 33 человека: 1) больные РА с легкой гиперхолестеринемией; 2) больные РА с умеренной гиперхолестеринемией. Содержание ММП9 и комплекса ММП9/ТИМП2 в сыворотке крови у обследуемых больных определялось иммуноферментными методами с помощью тест-системы фирмы R&D Systems (США).

#### **Результаты/обсуждение**

У всех больных РА с гиперхолестеринемией отмечено увеличение концентрации ММП9 ( $306,54 \text{ нг/мл}$ ;  $274,41\text{--}338,66$ ) и комплекса ММП9/ТИМП2 ( $17,27 \text{ нг/мл}$ ;  $13,72\text{--}20,65$ ) по сравнению с контрольной группой (ММП9 –  $234,83 \text{ нг/мл}$ ,  $224,41\text{--}245,25$ ; ММП9/ТИМП2 –  $7,83 \text{ нг/мл}$ ,  $6,14\text{--}9,52$ ). У пациентов с умеренной гиперхолестеринемией эти показатели выше (ММП9 –  $326,21 \text{ нг/мл}$ ;  $313,76\text{--}338,66$ ,  $p < 0,05$ ; ММП9/ТИМП2 –  $18,67 \text{ нг/мл}$ ;  $16,69\text{--}20,65$ ), чем у таковых с легкой гиперхолестеринемией (ММП9 –  $291,15 \text{ нг/мл}$ ;  $274,41\text{--}307,89$ ; ММП9/ТИМП2 –  $15,73 \text{ нг/мл}$ ;  $13,72\text{--}17,74$ ).

#### **Выводы/заключение**

У всех больных с гиперхолестеринемией выявлено увеличение концентраций ММП9 и комплекса ММП9/ТИМП2 в сыворотке крови. Уровень повышения коррелировал со степенью гиперхолестеринемии. Полученные данные можно расценить как маркер кардиоваскулярного риска у больных РА, что требует проведения дальнейших исследований в этом направлении.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НОВЫХ КРИТЕРИЕВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НА РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ**

**Конева О.А., Овсянникова О.Б., Старовойтова М.Н., Черёмухина Е.О., Апаньева Л.П.**

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

#### **Введение/цель**

Системная склеродермия (ССД) – прогрессирующее заболевание соединительной ткани, прогноз которого во многом зависит от сроков начала адекватной терапии. Недостаточная чувствительность критериев Американской коллегии ревматологов (ACR) 1980 г. для выявления пациентов на ранних стадиях заболевания, особенно при лимитированной форме заболевания, сделала необходимым создание более чувствительных критериев, позволяющих установить диагноз при появлении первых признаков болезни. Цель – сравнение чувствительности критериев ACR/Европейской антиревматической лиги (EULAR) 2013 г. и ACR 1980 г. для постановки диагноза ССД на разных сроках болезни.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 302 пациента [средний возраст  $49 \pm 13$  лет, М:Ж – 1:9, диффузная: лимитированная форма – 1:3, давность болезни от первого не-Рейно синдрома –  $8,2 \pm 7$  лет (от 6 мес до 36 лет)] с установленным экспертами диагнозом ССД, наблюдавшихся в НИИР им. В.А. Насоновой в 2007–2013 гг. Антитела к ДНК-полимеразе III не определялись.

#### **Результаты/обсуждение**

Согласно новым критериям, диагноз ССД установлен 273 (90%) пациентам. Утолщение кожи обеих рук выше пястно-фаланговых суставов наблюдалось в 76 (25%) случаях, утолщение кожи пальцев – в 263 (87%): отек пальцев – 70 (23%), утолщение всех пальцев, дистальнее пястно-фаланговых суставов – 192 (64%); дигитальная ишемия – в 141 (47%): рубчики – 79 (26%), язвочки – 2 (7%), язвочки и рубчики – 42 (14%); телеангиэктазии – в 134 (44%), капилляроскопические изменения – в 276 (91%), легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) или интерстициальное поражение легких (ИПЛ) – в 225 (78%) [ЛАГ – 15 (5%), ИПЛ – 185 (61%), ИПЛ и ЛАГ – 35 (12%)], феномен Рейно – в 301 (99%), ССД-АТ – в 185 (61%) случаев [a-Scl-70 – 138 (46%), АЦА – 42 (14%), АЦА и a-Scl-70 – у 5 (1,7%)]. Согласно критериям ACR 1980 г. диагноз ССД установлен 216 (72%) пациентам, все из них соответствовали новым критериям. С помощью новых критериев диагноз ССД удалось дополнительно установить еще 57 (18%) пациентам. При давности болезни от 6 мес до 1 года (n=29) диагнозу ССД согласно новым критериям соответствовали 26 (90%), критериям ACR 1980 г. – 16 (55%); от 6 мес до 3 лет (n=92) – 80 (87%) и 56 (61%); более 3 лет (n=210) – 193 (92%) и 180 (76%) пациентов соответственно.

#### **Выводы/заключение**

Чувствительность критериев ACR/EULAR 2013 г. для ССД составила 0,9 на российской популяции пациентов, что позволило установить диагноз ССД на 18% большему числу пациентов, чем с применением критериев

ACR 1980 г. Чувствительность новых критериев оставалась на уровне 0,9 на всех, в том числе самых ранних, сроках болезни, в то время как критерии ACR позволяли установить диагноз ССД только половине пациентов с давностью болезни до 1 года.

## ДИНАМИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Королева М.В.<sup>1</sup>, Раскина Т.А.<sup>1</sup>,  
Дыдыкина И.С.<sup>2</sup>, Малышенко О.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово, Россия;  
<sup>2</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

### Введение/цель

Оценить влияние терапии ритуксимабом (РТМ) на минеральную плотность костной ткани (МПКТ) шейки бедра у больных ревматоидным артритом (РА).

### Материал и методы

Под наблюдением находилось 92 пациента с достоверным диагнозом РА. Все больные были рандомизированы в две группы в зависимости от варианта базисной терапии: группа 1 (n=52) – больные, получавшие комбинированную терапию метотрексатом (МТ; средняя доза 13,22±0,28 мг/нед) и РТМ по стандартной схеме (1000 мг внутривенно капельно в 1-й и 15-й дни, курс – 2 инфузии, среднее количество курсов – 3,65±0,09); группа 2 (n=40) – пациенты с монотерапией МТ в сопоставимых дозах (средняя доза 13,51±0,33 мг/нед). МПКТ определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с помощью стационарного двухэнергетического рентгеновского костного денситометра Excecell XR-46 (Norland, США).

### Результаты/обсуждение

Установлено, что при включении пациентов в исследование в обеих группах больных отмечалось снижение МПКТ шейки бедра. Так, в группе 1 МПКТ составила 0,7779±0,018 г/см<sup>2</sup>, в группе 2 – 0,7877±0,02 г/см<sup>2</sup> (p=0,60), Т-критерий в группе 1 – 2,05±0,15 SD, в группе 2 – 1,87±0,18 SD (p=0,55). Таким образом, денситометрические показатели обеих групп статистически значимо не различались. Через 3 года наблюдения получено статистически значимое повышение показателей МПКТ и Т-критерия шейки бедра в группе больных, получавших РТМ, относительно исходных показателей – 0,8381±0,021 г/см<sup>2</sup>, что соответствует -1,56±0,15 SD по Т-критерию (p=0,033 и p=0,022). В группе больных, получавших монотерапию МТ, статистически значимого изменения вышеуказанных показателей не получено. Аналогичные соотношения наблюдались при оценке МПКТ через 4 года терапии и наблюдения.

### Выводы/заключение

Положительное влияние РТМ на МПКТ шейки бедра достоверно определяется после трех курсов и сохраняется после четвертого курса лечения.

## СТРАТЕГИЯ Т2Т (ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ) ПРИ РАННЕМ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕМАРКА)

Коротаева Т.В., Логинова Е.Ю.,  
Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л.

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

### Введение/цель

Цель стратегии Т2Т – это достижение ремиссии или минимальной активности болезни (МАБ). Цель – изучить эффективность стратегии Т2Т при раннем псориатическом артрите (рПсА).

### Материал и методы

Обследовано 23 (М:Ж – 8:15) больных рПсА, соответствующих критериям CASPAR, средний возраст 39,1±10,6 года, длительность ПсА 7 [4; 24] мес псориаза – 36 [12; 84] мес. На старте и каждые 3 мес оценивали активность ПсА по DAS, DAS28, СОЭ (мм/ч), уровню С-реактивного белка (СРБ; мг/мл), BSA (%), PASI, HAQ. Всем пациентам назначалась монотерапия метотрексатом (МТ; методджект) подкожно 10 мг/нед с повышением дозы на 5 мг каждые 2 нед до 20–25 мг/нед. Оценивали количество больных, достигших ремиссии (DAS<1,6 или DAS28≤2,4), низкой активности болезни (НАБ; 1,6≤DAS<2,4 или 2,4<DAS28≤3,6), МАБ, ACR20/50/70. При отсутствии НАБ/МАБ или ремиссии через 3 мес назначали комбинированную терапию: МТ+адалимумаб (АДА) 40 мг/2 нед. Рассчитывали M±SD, Me [25-й; 75-й перцентили], χ<sup>2</sup>, критерий Манна–Уитни, Friedman ANOVA. Статистически значимым считали p<0,05.

### Результаты/обсуждение

На старте: DAS 3,97 [3,07; 4,67], DAS28 4,33 [3,68; 4,73], PASI 6 [3,1; 9,7], BSA 1 [0,5; 3,65], СРБ 15 [8,6; 25,1], СОЭ 15 [8,6; 25,1], HAQ 0,75 [0,63; 1,25]. Через 3 мес монотерапии МТ ремиссия по DAS/DAS28 была у 22,7%, НАБ – у 21,7/27,3%, МАБ – у 26,1% больных. Ответа по ACR20/50/70 достигли 65,2/26,15/8,7% больных соответственно. Значимо уменьшились уровень СРБ – 5,7 [2,3; 10,7], HAQ – 0,38 [0; 0,87], BSA – 1 [0,3; 2]. PASI – 7,1 [0; 32,5] и СОЭ – 18 [10; 26] не изменилось. Четырём пациентам с сохраняющейся высокой активностью была назначена комбинированная терапия, 19 пациентов продолжали монотерапию МТ. Через 6 мес ремиссия по DAS/DAS28 была у 34,8/39,1%, НАБ по DAS/DAS28 – 26,1/39,1% и МАБ – 47,8% больных. ACR20/50/70 достигли 73,9/60,9/47,8% больных соответственно. СОЭ 16 [6; 26]. Значимо уменьшились уровень СРБ – 4,9 [0,9; 8,3], HAQ 0,13 [0; 0,63] и BSA 0,35 [0; 1,6]. На монотерапии МТ (n=19) ремиссия по DAS/DAS28 была у 36,8/36,8%, НАБ – 15,8/36,8%, МАБ – 47,4% больных. ACR20/50/70 достигли 68,4/52,6/42,1% больных соответственно. На комбинированной терапии (n=4) ACR20/50/70 достигли 100/100/75% больных соответственно, МАБ – 50%.

### Выводы/заключение

Стратегия Т2Т – активное лечение больных рПсА (преимущественно монотерапия МТ подкожно) в течение 6 мес способствует достижению МАБ у половины (47,8%) пациентов, ремиссии по DAS у 34,8%, улучшению по

ACR20/50/70 у 73,9/60,9/47,8% соответственно, уменьшению псориаза и улучшению функциональных способностей больных.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСТЕКИНУМАБА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ, ТОРПИДНЫХ К ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ $\alpha$

Корсакова Ю.Л., Пчелинцева А.Е., Годзенко А.А., Станислав М.Л., Денисов Л.Н., Насонов Е.Л.

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

### Введение/цель

Изучить влияние устекинумаба (УСТ), генно-инженерного биологического препарата, представляющего собой человеческий иммуноглобулин G1 каппа (IgG1к), моноклональные антитела, с высокой аффинностью связывающиеся с человеческими интерлейкином 12 (ИЛ12) и ИЛ23, на основные симптомы псориатического артрита (ПсА).

### Материал и методы

Под наблюдением находились 7 больных активным ПсА, 5 мужчин и 2 женщины, средний возраст которых составил  $49,5 \pm 12,2$  года. Длительность течения псориаза —  $19,1 \pm 2,3$  года, ПсА —  $10,4 \pm 4,7$  года. У этих больных был распространенный псориаз, который оценивался с помощью индекса распространенности и тяжести псориаза (PASI). До начала лечения больные принимали ингибиторы фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ): адалимумаб — 3, инфликсимаб — 3, этанерцепт — 1. Базисную противовоспалительную терапию получали 5 больных (4 — метотрексат, 1 — лефлуномид). Преднизолон в дозе 5 мг в день принимала одна больная в течение 10 лет. Оценивались следующие показатели: число болезненных (ЧБС) и воспаленных суставов (ЧВС), общая оценка пациентом боли (миллиметры по визуальной аналоговой шкале — ВАШ), общая оценка пациентом активности заболевания (ВАШ), общая оценка врачом активности заболевания (ВАШ), СОЭ (мм/ч), PASI, критерии эффективности терапии ACR20/50/70. УСТ вводился в дозе 45 мг на 0, 4, 16-й неделях. Оценка состояния больных производилась на 0-й неделе (до начала лечения), 4, 16, 28-й неделях.

### Результаты/обсуждение

Показатели до начала лечения были следующие: ЧБС  $23,8 \pm 7,5$ , ЧВС —  $12 \pm 5,8$ , общая оценка пациентом боли —  $59,8 \pm 19,9$  мм, общая оценка пациентом активности заболевания —  $66,5 \pm 20,6$  мм, общая оценка врачом активности заболевания —  $57,3 \pm 17,6$  мм, СОЭ —  $32,7 \pm 27,9$  мм/ч, PASI —  $21,9 \pm 2,5$ . У 1 (14%) больного после одной инъекции УСТ наблюдалось ухудшение симптомов ПсА, и больной отказался от дальнейшей терапии данным препаратом. На фоне терапии УСТ у остальных 6 больных оцениваемые показатели претерпели следующие изменения: ЧБС на 4-й неделе составило  $17,3 \pm 8$ , на 16-й —  $11 \pm 6,9$ , на 28-й —  $8,7 \pm 5,8$ , ЧПС на 4-й неделе —  $6,3 \pm 5,8$ , на 16-й —  $2,3 \pm 1,8$ , на 28-й —  $2,5 \pm 2,1$ ; общая оценка пациентом боли: на 4-й неделе —  $32,8 \pm 22,9$  мм, на 16-й —  $32,2 \pm 18,5$  мм, на 28-й —  $33 \pm 17$  мм; общая оценка пациентом активности заболевания на 4-й неделе —  $45,5 \pm 22,6$  мм, на 16-й —  $39 \pm 19$  мм,

на 28-й —  $39 \pm 15,3$  мм; общая оценка врачом активности заболевания: на 4-й неделе —  $35 \pm 19$  мм, на 16-й —  $29,5 \pm 7,7$  мм, на 28-й —  $34,8 \pm 11,8$  мм; СОЭ на 4-й неделе —  $13,2 \pm 9,0$  мм/ч, на 16-й —  $13 \pm 9,3$  мм/ч, на 28-й —  $14 \pm 19$  мм/ч; PASI снизился на 4-й неделе до  $8,5 \pm 5,5$ , на 16-й — до  $2,9 \pm 2,6$ , на 28-й — до  $3 \pm 4,1$ . После 3 инъекций УСТ критериям ACR20 соответствовали 5 (83%) из 6 больных, из них 1 (17%) больной соответствовал критериям ACR50.

### Выводы/заключение

Лечение УСТ у большинства больных позволяет добиться положительной динамики основных показателей клинико-лабораторной активности ПсА и значительно уменьшает распространенность и тяжесть псориаза.

## ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Корягина Н.В., Мясоедова С.Е., Громова М.А.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

### Введение/цель

Установить особенности повреждения почек при ревматоидном артрите (РА), выявить факторы прогрессирования и оценить клиническое значение хронической болезни почек (ХБП).

### Материал и методы

Группу из 48 пациентов ( $59,5 \pm 11,2$  года) с достоверным РА, серопозитивным по ревматоидному фактору (РФ) у 73%, 2–3-й степени активности по DAS28, с внесуставными проявлениями у 12,5% исследовали на наличие ХБП по рекомендациям K/DOQI (2007). Определяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта–Гаулта (мл/мин), наличие протеинурии, микроальбуминурии и отношение альбумин/креатинин (А/Кр) с помощью тест-полосок Микроальбуфан (Erba Lachema). Всем больным выполнялась эхокардиография (SIM 5000 Plus) и измерялась скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) на аппаратуре ООО «Нейрософт» (Иваново).

### Результаты/обсуждение

ХБП 1–3-й стадии с повреждением почек выявлена у всех больных, в том числе ХБП 3-й стадии (СКФ  $< 60$  мл/мин  $> 3$  мес) у 18,8% пациентов. ХБП 1–2-й стадии в отдельных случаях развивалась на фоне мочекаменной болезни или перенесенного пиелонефрита и была ассоциирована с различными изменениями структуры почек по данным УЗИ ( $n=35$ ) у 94,3% (уплотнение или уменьшение толщины паренхимы, расширение чашечно-лоханочной системы, сглаженность кортико-медулярной дифференцировки — КМД), протеинурией у 10 (20,8%), микроальбуминурией у 38 (79,2%) пациентов. Среди неиммунных факторов прогрессирования выявлены: артериальная гипертензия (АГ) у 64,6% длительностью в среднем  $9,8 \pm 10,8$  года с максимальным систолическим артериальным давлением (АД)  $171,3 \pm 27,3$  мм рт. ст. и диастолическим АД  $97,7 \pm 15,2$  мм рт. ст., дислипидемия, избыточная масса тела и ожирение у 66,6%, сахарный диабет у 8,3% больных. Повышение уровня альбумина/белка мочи коррелировало со снижением уровня эритроцитов ( $r=-0,37$ ) и гемоглобина ( $r=-0,47$ ), неприменением метотрексата ( $r=-0,32$ ). А/Кр мочи коррелировал с уровнем сахара ( $r=0,34$ ). Креатинин

сыворотки коррелировал с АГ, возникшей до дебюта РА ( $r=0,38$ ), гиперхолестеринемией ( $r=0,32$ ). Снижение СКФ взаимосвязано с возрастом ( $r=-0,6$ ), уровнем диастолического АД ( $r=-0,35$ ), абсолютным риском смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по SCORE ( $r=-0,31$ ), повышением индекса массы миокарда левого желудочка ( $r=-0,49$ ), снижением фракции выброса ( $r=0,44$ ), увеличением СРПВ по сосудам эластического типа ( $r=-0,39$ ).

#### **Выводы/заключение**

У большинства больных РА 2–3-й степени активности с высокой коморбидностью развивается ХБП, которая проявляется преимущественно изменением СКФ и субклиническим поражением почек, ассоциируется с факторами кардиоваскулярного риска и должна учитываться при его общей оценке.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ ТОЦИЛИЗУМАБОМ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫДЕЛЯТЬ ПОДТИП СИСТЕМНОГО ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С НИЗКОЙ АКТИВНОСТЬЮ И ВОЗМОЖНОСТЬЮ ДОСТИЖЕНИЯ БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕМИССИИ**

Костик М.М., Масалова В.В., Дубко М.Ф.,  
Снегирева Л.С., Чикова И.А., Исупова Е.А., Бучинская Н.В.,  
Гайдар Е.В., Калашникова О.В., Часнык В.Г.  
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

#### **Введение/цель**

Провести клиническую оценку эффективности применения блокаторов интерлейкина 6 (ИЛ6), исходы терапии и возможность достижения безмедикаментозной ремиссии.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 37 пациентов с активным системным ювенильным идиопатическим артритом (сЮИА) с недостаточной эффективностью предшествующей терапии глюкокортикоидами и базисными противовоспалительными препаратами (БПВП). Терапия тоцилизумабом (ТЦЗ) проводилась в зависимости от тяжести сЮИА: каждые 2 или 4 нед. Пациенты, не имевшие обострения, признаков неэффективности и получавшие терапию ТЦЗ каждые 4 нед, составили группу с низкой активностью заболевания ( $n=26$ ). Пациенты, которым требовалась терапия каждые 2 нед, составили группу с высокой активностью ( $n=11$ ).

#### **Результаты и обсуждение**

Из 37 пациентов, включенных в исследование, 33 его успешно завершили. ТЦЗ был отменен у 10 пациентов: у 6 в связи с достижением состояния неактивного заболевания, у 4 – из-за серьезных нежелательных реакций. Среди 6 пациентов, достигших состояния неактивного заболевания, у троих была достигнута полная безмедикаментозная ремиссия, тогда как оставшиеся трое получали только терапию метотрексатом. Медиана ремиссии без ТЦЗ составила 661 день, медиана безмедикаментозной ремиссии – 824 дня (25-й; 75-й перцентили составили 640; 1085 дней).

Пациенты, получавшие терапию каждые 4 нед, имели более легкое течение сЮИА: более высокие показатели гемоглобина, общего белка, альбумина, меньшее число лейкоцитов и гранулоцитов периферической крови, низкий уровень С-реактивного белка, СОЭ, ферритина и лактатдегидрогеназы, а также отсутствие новых случаев синдрома активации макрофагов на фоне терапии ТЦЗ, меньшая частота органного вовлечения и меньшая частота рецидивов сЮИА во время проведения терапии ТЦЗ.

#### **Выводы/заключение**

Различный ответ на блокаторы ИЛ6 позволяет выделить два подтипа сЮИА: с низкой и высокой активностью заболевания. Нами разработаны критерии, позволяющие дифференцировать эти два подтипа сЮИА, а также предложены предварительные критерии возможности достижения ремиссии с отменой ТЦЗ.

## **РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ СИСТЕМНЫМ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ**

Костик М.М., Дубко М.Ф., Масалова В.В.,  
Снегирева Л.С., Чикова И.А., Исупова Е.А., Бучинская Н.В.,  
Гайдар Е.В., Калашникова О.В., Часнык В.Г.  
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

#### **Введение/цель**

Синдром активации макрофагов (САМ) – тяжелое жизнеугрожающее состояние, которое чаще всего встречается у пациентов с системным ювенильным идиопатическим артритом (сЮИА). Ранняя диагностика САМ существенно влияет на исходы. В настоящее время нет утвержденных критериев САМ у пациентов с сЮИА, а имеющиеся критерии НЛН, разработанные для пациентов с гемофагоцитарным гистиоцитозом, обладают высокой специфичностью, но низкой чувствительностью, позволяют диагностировать САМ у пациентов с сЮИА уже в развернутой стадии болезни, что требует более агрессивной терапии и ухудшает прогноз заболевания. Цель – разработать диагностические критерии ранней диагностики САМ у пациентов с сЮИА.

#### **Материал и методы**

Наше ретроспективное исследование включало в себя анализ историй болезни пациентов с активным сЮИА. Оценивались данные пациентов в момент госпитализации в стационар с дебютом или обострением сЮИА. Если пациент имел признаки САМ с момента госпитализации или у него разворачивался достоверный САМ во время госпитализации, он входил в основную группу ( $n=18$ ). Пациенты, не имевшие признаков САМ в момент включения, ранее в анамнезе, а также в последующем (когда это было известно), входили в группу сравнения ( $n=40$ ).

#### **Результаты и обсуждение**

Клинические симптомы, повышающие риск развития САМ: олигоартикулярное поражение ( $OR=5,6$ ;  $p=0,005$ ), спленомегалия ( $OR=67,6$ ;  $p=0,000004$ ), геморрагии ( $OR=33,0$ ;  $p=0,002$ ), поражение легких ( $OR=11,3$ ;

$p=0,0001$ ). Артрит лучезапястных суставов ( $OR=0,2$ ;  $p=0,03$ ); пястно-фаланговых суставов (ПФС;  $OR=0,1$ ;  $p=0,02$ ) и проксимальных межфаланговых суставов (ПМФС;  $OR=0,1$ ;  $p=0,005$ ) оказывали протективный эффект. Отрезные значения для лабораторных параметров, ассоциированных с риском развития САМ: тромбоциты  $\leq 211 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты  $\leq 9,9 \cdot 10^9$ /л, аспаратаминотрансфераза  $>59,7$  Ед/л, лактатдегидрогеназа  $>882$  Ед/л, альбумин  $\leq 29$  г/л, ферритин  $>400$  мкг/л, фибриноген  $\leq 1,8$  г/л, протеинурия. Лабораторные критерии были более чувствительными и специфичными, нежели клинические: наличие трех и более лабораторных критериев из вышеуказанных обеспечивало максимальные специфичность (1,0), чувствительность (1,0) и значение диагностического отношения шансов:  $OR=2997$  (57,2 – 156 962,8).

#### **Выводы/заключение**

Разработаны предварительные диагностические (лабораторные) критерии для ранней диагностики САМ у детей с активным сЮИА.

## **КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА**

Красненко С.О., Логинова Е.Ю.,

Коротчаева Т.В., Смирнов А.В., Урумова М.М.

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

#### **Введение/цель**

Дать клинико-лучевую характеристику раннего периферического псориатического артрита (рПСА).

#### **Материал и методы**

Обследовано 60 пациентов (М:Ж – 23:37) с рПСА, соответствующих критериям CASPAR, средний возраст  $41,25 \pm 13,16$  года, длительность ПСА  $0,87$  [0,5; 1,5] года (от 0,16 до 2 лет), псориаза 7,5 [2; 20] года, число болезненных суставов (ЧБС) 10 [5; 15] (от 1 до 35), число припухших суставов (ЧПС) 8 [4; 11] (от 0 до 33), DAS 3,62 [2,76; 4,41], С-реактивный белок 8,7 [3; 19] мг/мл, находящихся только на терапии нестероидными противовоспалительными препаратами. Выполняли клинический осмотр (КО) [ЧБС78/ЧПС76/DAS], рентгенографию (Rg) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) кистей и стоп, оценивали эрозии, субхондральные кисты (СхК), костные пролиферации (КоП), синовит, отек костного мозга (ОКМ) пястно-фаланговых (ПФС), плюснефаланговых (ПлФС), проксимальных межфаланговых (ПМФС) и дистальных межфаланговых суставов (ДМФС), а также наличие теносиновитов сгибателей пальцев кистей, стоп на аппарате Artoscan С 0,2 Т в режиме SE-T1/T2. Рассчитывали  $M \pm m$ , Me [25-й; 75-й перцентили], Min-Max, частоту выявления признака в процентах, R. Статистически значимым считали  $p < 0,05$ .

#### **Результаты/обсуждение**

При КО артрит выявлен у 45 (75%) пациентов: у 35 (58,3%) – ПФС, у 32 (53,3%) – ПМФС, у 20 (33,3%) – ДМФС, артрит стоп у 46 (76,6%): у 44 (73,3%) – ПлФС, у 28 (46,6%) – ПМФС, у 19 (31,6%) – ДМФС. При МРТ артрит кистей обнаружен у 43 (72%) пациентов: у 23 (38,3%) – ПФС, у 32 (53,3%) – ПМФС, у 20 (33,3%) – ДМФС, артриты стоп у 42 (70%): у 36 (60%) – ПлФС, у 24 (40%) – ПМФС, у 19 (31,6%) – ДМФС. При КО и МРТ осевой артрит

пальцев кистей/стоп обнаружен у 7 (10,6%)/17 (28,3%) и у 5 (8,3%)/14 (31%) пациентов соответственно. При КО/МРТ тендовагинит сгибателей пальцев кистей найден у 17 (28,3%)/22 (36,6%), сгибателей пальцев стоп у 6 (10%)/24 (40%) пациентов соответственно. Дактилит кистей обнаружен у 9 (15%), стоп у 28 (47%) больных. У 6 (10%) обнаружены КоП кистей, у 6 (10%) – стоп. На Rg/МРТ эрозии суставов кистей выявлены у 5 (8%)/6 (10%), СхК – у 18 (30%)/11 (18%), эрозии суставов стоп – у 6 (10%)/6 (10%). Отек костного мозга (МРТ) выявлен в кистях у 3 (5%), в стопах – у 5 (8%) больных, СхК – у 26 (43%)/14 (23%) пациентов соответственно. Найдены значимые корреляции между наличием эрозий и кист по МРТ/Rg и длительностью ПСА ( $R=0,74/0,27$ ), а также DAS и наличием эрозий по Rg ( $R=0,237$ ).

#### **Выводы/заключение**

рПСА – это преимущественно активный полиартрит с развитием тендинитов и дактилитов. Эрозии суставов и костные пролиферации выявлены у 10% больных с рПСА. Частота структурных поражений суставов зависит от длительности и активности заболевания.

## **СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ В СМОЛЕНСКЕ**

Кречикова Д.Г.

Смоленский областной ревматологический центр  
на базе НУЗ «Отделенческая больница  
на станции Смоленск ОАО "РЖД"», Смоленск, Россия

#### **Введение/цель**

Установить частоту выявления ревматических заболеваний и правильность постановки диагноза на амбулаторном этапе в г. Смоленске.

#### **Материал и методы**

В двух ЛПУ г. Смоленска случайным образом были выбраны по три терапевтических участка (по 1800 человек), в них на основании данных амбулаторных карт были отобраны лица, с которыми возможен контакт по телефону. Затем проводился телефонный опрос на предмет выявления припухания периферических суставов и/или болей в крупных суставах, после чего респондентов с наличием указанных симптомов в момент опроса приглашали в ревматологический центр для полного обследования и уточнения/постановки диагноза. В ходе исследования была сформирована выборка из 3094 человек в возрасте 18 лет и старше (средний возраст 49,4 года). На вопросы согласились ответить 2737 человек (средний возраст 49,1 года, 64,8% женщин и 35,2% мужчин).

#### **Результаты/обсуждение**

По данным опроса ранее диагноз («предварительный диагноз») остеоартроз (ОА) был установлен у 442 (16,1%) человек, а ревматоидный артрит (РА) – у 157 (5,7%) человек, другой ревматологический диагноз – у 29 (1,1%) респондентов, причем диагноз был установлен ревматологом только в 169 (28,2%) случаях. Среди приглашенных на обследование респондентов с основными жалобами 106 посетили врача-ревматолога, а у 100 (94,3%) человек (76 женщин и 24 мужчины) был подтвержден ревматологический диагноз («окончательный диагноз»).

В группе с предварительным диагнозом ОА он был подтвержден у 23 (79,4%) пациентов из 29, а у 3 (10,3%) пациентов был выявлен РА, у 2 (6,9%) – подагрический артрит, у 1 (3,4%) – псориатический артрит. У 10 человек с предварительным диагнозом РА он был подтвержден в 1 (10,0%) случае, у 6 (60,0%) человек выявлен ОА и у 3 (30,0%) – подагрический артрит. Из 61 пациента без предварительного диагноза у 51 (83,7%) при обследовании был выставлен диагноз ОА, у 3 (5,0%) – недифференцированный артрит, у 2 (3,3%) – эпикондилит, у 1 (1,6%) – артропатия на фоне сахарного диабета, у 1 (1,6%) – плечелопаточный периартрит, у 1 (1,6%) – артропатия на фоне вирусного гепатита С, у 1 (1,6%) – реактивный артрит, у 1 (1,6%) – синдром карпального канала. Таким образом, из 100 осмотренных человек с суставными жалобами ОА был выявлен у 80 пациентов, РА – у 4.

#### **Выводы/заключение**

В исследовании выявлена большая частота ошибочных ревматологических диагнозов на амбулаторном этапе, что проявилась в гипердиагностике РА и гиподиагностике ОА.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ФЕТАЛЬНЫХ ХОНДРОЦИТОВ БОЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Криворучко Н.А., Рахимбекова Г.А.,  
Зарипова Л.Н., Туребеков З.Т.**

*Национальный научный медицинский  
центр, Астана, Казахстан*

#### **Введение/цель**

В настоящее время патогенетическая терапия ревматоидного артрита (РА) позволила существенно улучшить качество жизни и прогноз у многих пациентов, однако остается немало больных, у которых она недостаточно эффективна. В связи с этим перспективным направлением современной медицины представляется клеточная терапия. Цель – оценить эффективность трансплантации фетальных хондроцитов (ТФХ).

#### **Материал и методы**

Для решения поставленных задач обследовано 125 больных РА (I–III стадии по A. Larsen) в возрасте от 20 до 63 лет, которые были разделены на две группы. В исследуемую группу вошли 65 пациентов, которым проводилась ТФХ наряду с общепринятой консервативной терапией, в контрольную – 60 пациентов с проведением общепринятой консервативной терапии. Забор донорских клеток проводился из хондрального слоя головок плечевых и бедренных костей, мышечков бедер человеческого эмбриона в сроках гестации 17–20 нед при условии отрицательных результатов исследования крови матери и плода на ВИЧ, сифилис, гепатиты В, С, D, цитомегаловирус, вирус простого герпеса, внутриклеточные бактерии. Взвесь фетальных хондроцитов вводили в пораженные места суставных поверхностей (мышечки бедренной кости и большеберцовой, головки бедренных костей) и в полость коленных, тазобедренных суставов методом артроскопии, под рентгенологическим контролем. Перед введением определялась жизнеспособность клеточного материала. Об эффективности проводимой терапии судили

по результатам клинико-лабораторных тестов и рентгенологических исследований.

#### **Результаты/обсуждение**

Оценка результатов клинических проявлений РА выявила уменьшение болевого синдрома в 3,7 раза, синовита в 1,6 раза; полное купирование сгибательной контрактуры в 82% после ТФХ. ТФХ приводит к достоверному ( $p < 0,05$ ) снижению СОЭ и IgM через 1 мес, IgM, уровня С-реактивного белка (СРБ) через 6 мес, СОЭ, СРБ, фибриногена,  $\alpha$ -глобулина через 12 мес. Морфометрическое исследование рентгенограмм суставов продемонстрировало торможение разрушения суставного хряща и суставных поверхностей костей после ТФХ. Изучение динамики морфологических изменений синовиальной оболочки показало уменьшение воспалительной тканевой реакции в 2,5 раза. Кроме того, риск развития анкилоза в 2,7 раза выше в группе больных схема терапии которых не включала ТФХ. Осложнений при проведении ТФХ не наблюдалось.

#### **Выводы/заключение**

Применение клеточной терапии уменьшает темпы прогрессирования деструкции хрящевой и костной ткани, снижает активность процесса, оказывает выраженный клинический эффект.

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗРАСТА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Кропотина Т.В.<sup>1</sup>, Морова Н.А.<sup>2</sup>, Гудинова Ж.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>БУЗ ОО «Областная клиническая больница», Омск, Россия;

<sup>2</sup>ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия», Омск, Россия

#### **Введение/цель**

Клинические проявления сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных ревматоидным артритом (РА) имеют стертый характер, ССЗ нередко устанавливаются при развитии осложнений и являются основной причиной летальности больных с РА. Цель – установить зависимость возраста развития ССЗ от возраста дебюта РА.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 75 пациентов (61 женщина и 14 мужчин) с достоверным диагнозом РА, средний возраст женщин 61 (54–66) год, длительность заболевания 13 (6–19) лет, мужчин – 60 (55–62) лет и 6,5 (4–15) года соответственно. У всех пациентов диагностирована артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС), подтвержденные инструментально. В целях уточнения влияния РА на возраст формирования АГ и клинических проявлений ИБС, а также для разработки прогноза развития ССЗ у больных РА в зависимости от возраста дебюта РА проведен корреляционно-регрессионный анализ.

#### **Результаты/обсуждение**

Получена зависимость возраста развития АГ и клинических проявлений ИБС от возраста дебюта РА. Скорость развития АГ и ИБС различна у мужчин и женщин с РА, вклад РА в развитие АГ у женщин составляет 11%, у мужчин – 63%. Модель для прогноза: возраст развития АГ у женщин =  $38,7 + 0,28 \times$  возраст дебюта РА (годы)

( $R^2=0,11$ ;  $R=0,34$ ,  $p=0,014$ ); возраст развития АГ у мужчин =  $13,4 + 0,82 \times$  возраст дебюта РА (годы) ( $R^2=0,63$ ;  $R=0,79$ ,  $p=0,002$ ). Так, если РА дебютирует в 40 лет, то у женщины АГ разовьется в 49, а у мужчины – в 46 лет. Если РА возник в 45 лет, то АГ у женщины разовьется в 51,3, а у мужчины – в 50,3 года. Модель для прогноза развития возраста клинических проявлений ИБС у женщин с РА =  $29,2 + 0,56 \times$  возраст дебюта РА ( $R^2=0,62$ ;  $R=0,79$ ,  $p<0,001$ ); у мужчин =  $11,4 + 0,89 \times$  возраст дебюта РА ( $R^2=0,84$ ;  $R=0,91$ ,  $p<0,001$ ). Если РА дебютирует в 40 лет, то у женщины клинические проявления ИБС появятся в 51,6 года, а у мужчины – в 47 лет. Если РА возник в 45 лет, то ИБС – в 54,4 и 51,5 года соответственно. Вклад РА в формирование ИБС у женщин 62%, у мужчин – 84%.

#### **Выводы/заключение**

Проведенный корреляционно-регрессионный анализ позволяет прогнозировать возраст развития АГ и клинических проявлений ИБС у больных РА в зависимости от возраста дебюта РА. У мужчин ССЗ формируются быстрее, чем у женщин. Разработанный способ позволяет своевременно заподозрить развитие кардиоваскулярной патологии, провести инструментальные исследования для подтверждения ССЗ и назначения адекватной терапии.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ БИСФОСФОНАТАМИ ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ АССОЦИИРОВАНА С РАЗНЫМИ ГЕНОТИПАМИ ПОЛИМОРФИЗМОВ МОНОЦИТАРНОГО ХЕМОАТТРАКТАНТНОГО БЕЛКА 1 И РЕЦЕПТОРА ХЕМОКИНА 5**

**Крылов М.Ю., Гусева И.А.,**

**Никитинская О.А., Самаркина Е.Ю., Торощова Н.В.**

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

#### **Введение/цель**

В настоящее время рассматриваются вопросы прогнозирования индивидуальной эффективности лекарственных препаратов при различных заболеваниях с помощью молекулярно-генетических методов. Цель – изучить возможный эффект восьми полиморфизмов генов, участвующих в остеогенезе, на минеральную плотность костной ткани (МПКТ) у женщин в постменопаузе с остеопорозом (ОП), получавших лечение бисфосфонатами (БФ).

#### **Материал и методы**

Включены 56 женщин с ОП, которые принимали БФ в течение 1 года. Эффективность терапии оценивалась по суррогатному признаку – динамике МПКТ в поясничном отделе позвоночника ( $L_{1-IV}$ ) и шейке бедра за период лечения. У всех больных были определены полиморфизмы 8 генов (*VDR*, *MCP-1*, *LEPR*, *CCR5*, *OPN*, *IL-10*, *IL-1B* и *IL-1RA*) с помощью метода ПЦР-ПДРФ.

#### **Результаты/обсуждение**

Дисперсионный анализ выявил ассоциацию полиморфизма (-2518A/G) гена *MCP-1* с динамикой МПКТ в  $L_{1-IV}$ . Так, носители А-аллеля (AA+AG генотипы) имели достоверно более низкий прирост МПКТ в этой области,

чем лица с GG гомозиготным генотипом (-2518A/G) полиморфизма гена *MCP-1* ( $3,8 \pm 3,7$  и  $9,0 \pm 3,4\%$  соответственно;  $p=0,010$ ). Кроме того, была выявлена связь (дельта32)-полиморфизма гена *CCR5* с динамикой МПКТ в шейке бедра. Прирост МПКТ в шейке бедра был достоверно более высоким на фоне приема БФ у носителей мутантного генотипа wt/дельта32 по сравнению с носительством дикого wt/wt полиморфизма гена *CCR5* ( $6,6 \pm 1,3$  и  $1,6 \pm 4,3\%$  соответственно;  $p=0,013$ ). Изученные полиморфизмы остальных шести генов не показали на нашей выборке возможного влияния на эффективность лечения БФ.

#### **Выводы/заключение**

Полученные впервые предварительные данные показали, что БФ оказывают разный эффект на МПКТ у женщин в постменопаузе с ОП, который зависит от носительства определенных генотипов *MCP-1* и *CCR5* полиморфизмов. Носительство GG генотипа (-2518A/G) полиморфизма гена *MCP-1* приводит к более высокому приросту МПКТ в поясничном отделе позвоночника, а гетерозиготного генотипа (wt/дельта32) гена *CCR5* к более высокому приросту МПКТ шейки бедра. Ассоциация изученных полиморфизмов с эффективностью антиостеопоретической терапии нуждается в дальнейшем подтверждении на больших выборках в проспективных исследованиях.

## **ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНФЛИКСИМАБОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ**

**Кузнецова Н.А., Колотова Г.Б.**

*МАУ «Городская клиническая больница №40», Екатеринбург, Россия*

#### **Введение/цель**

Оценить влияние проводимой медикаментозной терапии, включая лечение генно-инженерными биологическими препаратами (инфликсимаб – ИНФ), на качество жизни (КЖ) больных анкилозирующим спондилитом (АС).

#### **Материал и методы**

Обследовано 72 больных АС. Из них в течение последних 6 мес 30 получали только нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП; 1-я группа), 27 – НПВП и сульфасалазин (2-я группа), 15 – НПВП и ИНФ (3-я группа). Сравнимые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Контрольную группу составили 45 практически здоровых добровольцев. Изучение КЖ проводилось по опроснику SF-36.

#### **Результаты/обсуждение**

При сравнительной оценке КЖ у больных АС, принимающих сульфасалазин, с контрольной группой отмечены статистически значимо худшие показатели по всем шкалам КЖ ( $p<0,001$ ). Аналогичный характер изменений КЖ отмечен и в группе пациентов, принимающих НПВП ( $p<0,001$ ). В группе пациентов с АС, получающих ИНФ, ряд параметров КЖ по данным опросника оказался сопоставим с соответствующими показателями КЖ в группе практически здоровых людей (интенсивность боли, общее состояние здоровья, социальное функционирование и психическое здоровье;  $p>0,05$ ).

### **Выводы/заключение**

Таким образом, показатели КЖ у пациентов с АС, принимающих ИНФ (ремикейд), выше, чем при терапии НПВП или сульфасалазином, а по ряду параметров шкал опросника КЖ SF-36 – сопоставимы с группой практически здоровых людей.

## **ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Кулова Л.А., Бурдули Н.М., Бурдули Н.Н.**

*ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Владикавказ, Россия*

### **Введение/цель**

Изучение влияния низкоинтенсивного лазерного излучения на сосудисто-тромбоцитарное звено гемостаза и микроциркуляторные расстройства у больных ревматоидным артритом (РА).

### **Материал и методы**

Под наблюдением находилось 132 пациента с достоверным диагнозом РА в возрасте от 18 до 85 лет, из них 18 больных – мужского пола, 114 – женского. Все больные случайным методом разделены на две группы: контрольную – 30 человек, которые получали традиционную медикаментозную терапию, и основную – 102 человека, которые помимо традиционной терапии получали курс внутривенного лазерного облучения крови. Внутривенная лазерная терапия проводилась аппаратом «Матрикс-ВЛОК», чередованием через день двух излучающих головок: КЛ ВЛОК с длиной волны 0,65 мкм в течение 15 мин и КЛ ВЛОК-365 с длиной волны 0,365 мкм в течение 5 мин. Курс внутривенного лазерного облучения крови составлял 10 дней без перерыва на выходные дни. Всем исследуемым больным до и после лечения определяли: агрегационную способность тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время, тромбиновое время, фактор Виллебранда, протейн С, антитромбин III. Состояние микроциркуляторного русла оценивалось путем проведения лазерной доплеровской флоуметрии.

### **Результаты/обсуждение**

У всех пациентов до лечения наблюдались достоверные изменения параметров агрегационной активности тромбоцитов и микроциркуляции, показателей системы гемостаза. После лечения у пациентов контрольной группы достоверных изменений исследуемых показателей не произошло, тогда как у пациентов основной группы, получающих наряду с медикаментозной терапией курс внутривенного лазерного облучения, произошло достоверное улучшение всех показателей.

### **Выводы/заключение**

Таким образом, исходя из полученных нами данных, можно сделать вывод, что включение в комплексную терапию РА низкоинтенсивного лазерного излучения крови способствует достоверному улучшению показателей системы гемостаза и нормализации состояния микроциркуляции.

## **ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ**

**Кулчинова Г.А., Мамасаидов А.Т.**

*Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации, Ош, Киргизия*

### **Введение/цель**

Изучить эффективность различных видов базисной терапии анкилозирующего спондилита (АС) на основе оценки динамики шести общепринятых клинических признаков поражения позвоночника.

### **Материал и методы**

Данное исследование проведено у 74 больных достоверным АС. У всех больных АС до и после лечения (3, 6 и 12 мес) определяли общую оценку боли в позвоночнике по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), оценку утомляемости, длительность и выраженность утренней скованности позвоночника по ВАШ, индекс BASDAI и функциональную оценку подвижности позвоночника. Методом адаптивной рандомизации больные АС были разделены на четыре группы. Первая группа больных (n=28) в качестве основной терапии получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в стандартных дозах. Вторая группа (n=20) в качестве базисной терапии получала сульфасалазин перорально в дозе 2,0 г/сут. Третья группа больных (n=18) в качестве базисной терапии получала метотрексат перорально в дозе 10–15 мг/нед. Четвертая группа (n=8) получала ритуксимаб (мабтера, производства «Ля Рош», Швейцария) в дозе 500 мг внутривенно капельно 2 раза с интервалом 2 нед.

### **Результаты/обсуждение**

В 1-й группе больных, получавших НПВП, положительная динамика всех шести показателей на всех этапах (3, 6 и 12 мес) лечения была незначительной и статистически не достоверной. Во 2-й и 3-й группах больных, получавших сульфасалазин и метотрексат соответственно, к концу 3-го месяца лечения положительная динамика всех шести клинических признаков поражения позвоночника была статистически не достоверной, а к концу 6- и 12-месячного лечения отмечена статистически достоверная положительная динамика изученных показателей ( $p < 0,05$  и  $p < 0,01$ ), но при этом наибольшая динамика всех шести показателей отмечена к концу 6-месячного лечения. В 4-й группе больных, получавших ритуксимаб, достоверная динамика значения клинических признаков поражения позвоночника отмечена уже к концу 3-месячного лечения ( $p < 0,05$ ), и дальнейшая их положительная динамика сохранялась к концу 6- и 12-месячного лечения ( $p < 0,01$  и  $p < 0,001$ ). При этом в 4-й группе больных (получавших ритуксимаб), в отличие от 2-й и 3-й групп (получавших сульфасалазин и метотрексат), снижение изученных показателей поражения позвоночника было более выраженным.

### **Выводы/заключение**

Положительная динамика клинических признаков поражения позвоночника отмечена у больных АС, прини-



мавших сульфасалазин, метотрексат и ритуксимаб. Наибольшая степень положительной динамики клинических признаков поражения позвоночника у больных АС наблюдается при использовании ритуксимаба.

## УРОВНИ IP10, RANTES, MIP1 $\beta$ и MXB КАК ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кунст М.А.<sup>1</sup>, Якупова С.П.<sup>1</sup>, Ризванов А.А.<sup>2</sup>,  
Хайбуллина С.Ф.<sup>2</sup>, Абдракипов Р.З.<sup>1</sup>, Протопопов М.С.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;  
<sup>2</sup>Институт фундаментальной медицины и биологии  
ФГАОУ ВПО «Казанский (Приволжский)  
федеральный университет», Казань, Россия

### Введение/цель

Анализ профиля сывороточных цитокинов пациентов с ревматоидным артритом (РА).

### Материал и методы

Обследованы 14 пациентов с установленным диагнозом РА (критерии ACR 1987 г.), средний возраст 49,57 $\pm$ 2,14 года, преимущественно женщины – 11 человек (78%). Длительность заболевания 10,68 $\pm$ 2,89 года, в основном высокой степени активности (DAS28 составлял 5,56 $\pm$ 1,52), преимущественно II–III рентгенологической стадии (71%). Все пациенты принимали метотрексат (12,5 $\pm$ 2,2 мг/нед), нестероидные противовоспалительные препараты и низкие дозы преднизолона (5–10 мг/сут). Для анализа уровня цитокинов использовали системы 25 Multiplex (Invitrogen) для одновременного определения 25 цитокинов в образце сыворотки (25 мкл): интерлейкин 1 $\beta$  (ИЛ1 $\beta$ ), ИЛ2 $\alpha$ , ИЛ1 $\alpha$ , ИЛ2, ИЛ4, ИЛ5, ИЛ7, ИЛ6, ИЛ8, ИЛ10, ИЛ12, ИЛ13, ИЛ15, ИЛ17, моноцитарный хемоаттрактантный белок 1 (МХБ1), RANTES, ИФН $\gamma$ -индуцибельный белок (IP10), гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор (ГМ-КСФ), интерферон  $\gamma$  (ИФН $\gamma$ ), ИФН $\alpha$ , фактор некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ), макрофагальный инфламаторный протеин 1 $\alpha$  (MIP1 $\alpha$ ), MIP1 $\beta$ , монокин, индуцируемый ИФН $\gamma$  (MIG), эотаксин. В группу контроля включены 12 здоровых человек, сопоставимых по возрасту и полу. С учетом небольшой выборки для определения достоверности использовался критерий Уайта.

### Результаты/обсуждение

У пациентов с РА по сравнению с контрольной группой были значительно снижены сывороточные уровни RANTES ( $p < 0,005$ ), МХБ ( $p < 0,005$ ) и уровень MIP1 $\beta$  ( $p < 0,05$ ). Уровень IP10 при РА был значительно выше, чем в группе контроля ( $p < 0,05$ ). Не отмечалось различий уровня в сыворотке остальных цитокинов и хемокинов: ИЛ1 $\beta$ , ИЛ2 $\alpha$ , ИЛ1 $\alpha$ , ИЛ2, ИЛ4, ИЛ5, ИЛ7, ИЛ6, ИЛ8, ИЛ10, ИЛ12, ИЛ13, ИЛ15, ИЛ17, ГМ-КСФ, ИФН $\gamma$ , ИФН $\alpha$ , ФНО $\alpha$ , MIP1 $\beta$ , MIG, эотаксин.

### Выводы/заключение

У пациентов со средней и высокой степенью активности РА отмечено снижение в сыворотке уровней RANTES, МХБ1 и MIP1 $\beta$ , в большей степени участвующие в хроническом воспалении, и увеличение IP10, участвующего в регуляции острого воспаления. Необходимо

изучение большей выборки пациентов, в том числе с разной степенью активности, получающих генно-инженерные биологические препараты; а также продолжить дальнейшее наблюдение за обследованными пациентами, чтобы выявить взаимосвязь уровня IP10 с активностью заболевания, оценить его динамику при проведении терапии и возможность использования в качестве маркера для эффективности лечения РА.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СТРОНЦИЯ РАНЕЛАТА В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Лапшина С.А.<sup>1</sup>, Мясоутова Л.И.<sup>1</sup>, Васильев А.Г.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;  
<sup>2</sup>ГМУЗ «Городская клиническая больница №7», Казань, Россия

### Введение/цель

Оценить эффективность и переносимость препарата стронция ранелат у пациентов с остеоартрозом (ОА) коленного сустава.

### Материал и методы

Обследовано 40 пациентов с достоверным диагнозом гонартроза: женщины – 32 (80%), мужчины – 8 (20%), средний возраст 57,4 года (от 49 до 72 лет). Рентгенологическая стадия гонартроза: II – у 18 (45%), III – у 22 (55%) пациентов. Сопутствующая патология: артериальная гипертензия – у 24 (60%), ишемическая болезнь сердца – у 6 (15%), хронический гастродуоденит – у 18 (45%). На момент включения все пациенты имели выраженный болевой синдром: боль при ходьбе по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) – 55,6 $\pm$ 12,6 мм, болезненность по ВАШ 61,2 $\pm$ 10,9 мм, индекс WOMAC 42,9 $\pm$ 12,4. Анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) принимали все пациенты. Выделены две группы пациентов, сопоставимые по основным параметрам. Первой группе пациентов ( $n=20$ ) был назначен стронция ранелат в дозе 2 г/сут, вторая группа ( $n=20$ ) получала препараты хондроитина. Эффективность терапии оценивали по показателям суставного синдрома, индексу WOMAC через 3 мес терапии.

### Результаты/обсуждение

Через 3 мес лечения стронция ранелатом наблюдалось достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение боли при движении (23,2 $\pm$ 7,2 мм по ВАШ), болезненности суставов при пальпации (21,2 $\pm$ 9,2 мм по ВАШ), индекса WOMAC (24,3 $\pm$ 9,0). Динамика болевого синдрома была существенно ниже ( $p < 0,05$ ) в группе пациентов, не получавших стронция ранелат (боль по ВАШ 26,5 $\pm$ 8,7 мм, болезненность 27,6 $\pm$ 8,3 мм, WOMAC 29,0 $\pm$ 10,0). Эффект терапии был оценен как хороший у 12 (60%) пациентов, получающих стронция ранелат, и у 10 (50%) лиц контрольной группы, удовлетворительный – у 7 (35%) и 8 (40%), отсутствие эффекта – у 1 (5%) и 2 (10%) пациентов соответственно. Через 1 мес терапии не нуждались в приеме НПВП по 10 (50%) пациентов каждой группы, 8 (40%) в основной и 7 (35%) контрольной группы – снизили дозу на 50% от первоначальной, 2 (10%) первой и 3 (15%) пациента второй группы продолжали принимать НПВП в прежней дозе. Серьезных нежелательных реакций, ухудшения течения сопутствующих заболеваний не зарегистрировано.

### Выводы/заключение

По результатам наблюдения стронция ранелат обладает выраженным анальгетическим действием, несколько превосходит по эффекту стандартную общепринятую терапию, что может быть обусловлено действием на субхондральную кость. Стронция ранелат безопасен в лечении ОП коленного сустава.

## РЕМИССИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ – ЧТО ДАЛЬШЕ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В РЕМИССИИ

Лапшина С.А.<sup>1</sup>, Мясоутова Л.И.<sup>1</sup>,  
Мухина Р.Г.<sup>2</sup>, Васильев А.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

<sup>2</sup>ГАОУЗ «Городская клиническая больница №7», Казань, Россия

### Введение/цель

Актуальным является вопрос длительной терапии ингибиторами фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ) анкилозирующего спондилита (АС) после достижения ремиссии у пациентов. Цель – оценка эффективности этанерцепта (ЭТЦ) и возможности уменьшения кратности введения препарата при длительном лечении пациентов с АС и достижении ими ремиссии.

### Материал и методы

Под наблюдением находилось 15 пациентов (мужчины – 11, женщины – 4, средний возраст 32,9 года) с установленным диагнозом АС, у 9 из них давность появления симптомов была  $\leq 5$  лет, у оставшихся 6 длительность заболевания составила от 6 до 17 лет. Изначально все пациенты имели высокую активность (средние значения ASDAS-CRP – 3,9; BASDAI – 6,9) и HLA-B27-позитивность. ЭТЦ назначался в дозе 50 мг 1 раз в неделю, при достижении ремиссии через 4 нед уменьшали кратность введения до 50 мг 1 раз в 2 нед. Длительность терапии ЭТЦ составила от 18 до 42 мес. Эффективность оценивали по критериям ASAS.

### Результаты/обсуждение

После 12 нед лечения все пациенты достигли улучшения по критериям ASAS40, частичной ремиссии соответствовали 11 (73,3%) человек, 9 из которых – с давностью симптоматики менее 5 лет. Пациентам, достигшим ремиссии, увеличили интервалы между введениями препарата до 2 нед. После 24 нед по критериям ASAS частичная ремиссия была достигнута у 14 (93,3%) пациентов, у 1 пациента с длительностью АС  $>10$  лет наблюдалось улучшение по ASAS40. Отмечалось снижение ( $p < 0,05$ ) средних значений BASDAI (1,9), BASFI (1,6), ASDAS-CRP (1,1). Всем достигшим ремиссии ЭТЦ вводился в дозе 50 мг 1 раз в 2 нед. На фоне длительного лечения ЭТЦ (через 12, 18, 24 и 42 мес) частичная ремиссия (ASAS) сохранялась у 12 (80%) пациентов, у 2 человек с длительностью АС  $>6$  лет имели место периоды обострения. Критериям частичной ремиссии соответствовали все 9 пациентов с давностью заболевания  $<5$  лет и 3 (50%) из 6 человек с продолжительностью симптоматики  $>6$  лет. Серьезных нежелательных реакций зарегистрировано не было.

### Выводы/заключение

Лечение ЭТЦ АС приводит к быстрому и клинически выраженному улучшению по основным показателям. Уменьшение кратности введения препарата при достиже-

нии клинического благополучия до двух инъекций в месяц позволяет сохранять ремиссию у большинства пациентов, особенно при небольшой давности заболевания.

## ВЗАИМОПОНИМАНИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ КАК ИНСТРУМЕНТ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ (РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПЦИИ T2T CONNECT)

Лапшина С.А.<sup>1</sup>, Мясоутова Л.И.<sup>1,2</sup>,  
Сухорукова Е.В.<sup>3</sup>, Мухина Р.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

<sup>2</sup>ГАОУЗ «Городская клиническая больница №7», Казань, Россия;

<sup>3</sup>ГАОУЗ «Республиканская клиническая больница», Казань, Россия

### Введение/цель

Эффективная длительная терапия ревматоидного артрита (РА) реализуется при активном участии пациента в этом процессе. В то же время взгляды пациента и врача на данную проблему различны, что определяет трудности эффективного общения и совместной работы в отношении терапии. Цель – выявить наиболее значимые проблемы для пациента в отношении заболевания для создания в дальнейшем системы эффективного взаимодействия врача и пациента с РА.

### Материал и методы

Пациенты с верифицированным диагнозом РА ( $n=40$ , средняя длительность заболевания  $12,5 \pm 5,5$  года, средний возраст пациентов  $49,5 \pm 15,8$  года) ответили на 10 вопросов анкеты, касающихся их отношения к заболеванию и влиянию на повседневную жизнь с необходимостью оценить важность каждого вопроса в баллах от 1 до 10. Врачи ревматологи ( $n=10$ ) и терапевты ( $n=20$ ) отвечали на те же вопросы с позиции, что, на их взгляд, является важным для пациентов. Ответы были ранжированы и сопоставлены.

### Результаты/обсуждение

Самыми важными для пациентов явились вопросы необходимости длительной постоянной терапии и побочные эффекты терапии, третье и четвертое места разделили вопросы прогноза на будущее и понимание причин заболевания. Далее по важности пациенты определили страх постоянной боли. Врачи же считали, что пациентов больше беспокоит ограничение в повседневной жизни вследствие заболевания (пациенты поставили этот вопрос только на 6-е место из 10). Далее, по мнению врача, для пациентов является важным понимание причин заболевания (2-е место) и прогноз на будущее (3-е), где их мнение совпало с мнением пациента. Далее по важности для пациентов врачи поставили вопросы длительного приема препаратов (4-е место) и безопасность терапии (5-е), проблемы в личной и семейной жизни (6-е) и только потом боль (7-е).

### Выводы/заключение

Понимание врачом точки зрения пациента на свое заболевание позволит перестроить структуру общения с пациентом, структурировать образовательные программы для них. Для повышения приверженности лечению врачам большее внимание в беседе с пациентом необходимо уделять объяснению необходимости длительной терапии и ее безопасности.

## ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОАРТРОЗА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Лебедь И.С., Шевченко Н.С., Кашкалда Д.А., Нелина И.Н.  
ГУ «Институт охраны здоровья детей  
и подростков НАМН Украины», Харьков, Украина

### Введение/цель

Изучение авторами клинических особенностей и закономерностей развития артропатий невоспалительного характера в течение последнего десятилетия позволило определить, что уже в подростковом возрасте происходит срыв адаптационных возможностей структур сустава вследствие перегрузки, диспластических изменений, перенесенных воспалительных поражений. Несмотря на возраст, активные рост и созревание, у таких больных начинаются процессы, ход которых совпадает с представлениями о развитии остеоартроза (ОА) у взрослых. Уже у молодых пациентов имеют место клиничко-инструментальные признаки заболевания, сопровождающиеся биохимическими и иммунологическими сдвигами.

### Материал и методы

С целью предотвращения дальнейшего прогрессирования суставных изменений у 142 подростков 12–18 лет с начальными признаками ОА была апробирована система профилактических мероприятий. Доля юношей составила 40,8%, девушек – 59,2%, подростков до 15 лет было 52,1%, старше – 47,9%. У 76,8% больных причиной развития ОА послужила соединительнотканная дисплазия, у 23,2% – перенесенный в прошлом артрит. Комплекс мероприятий включал стационарный, амбулаторно-поликлинический и санаторно-курортный этапы. На первом этапе проводились верификация суставных изменений, определение факторов прогрессирования дистрофического процесса, назначение комплексного лечения (курсы хондропротекторов, нестероидных противовоспалительных средств, коррекция микроциркуляторных нарушений, лечебная физкультура, физиопроцедуры, ортопедическая коррекция). На втором этапе продолжались терапевтические мероприятия, осуществлялись контроль состояния суставов, коррекция образа жизни детей, режима двигательной активности, питания, профессиональная ориентация. Санаторно-курортный этап включал природные и климатические факторы и физиотерапевтические средства.

### Результаты/обсуждение

Анализ эффективности проведенных мероприятий показал, что лишь у 53,2% больных было отсутствие признаков прогрессирования суставных изменений. Неблагоприятными факторами явились возраст появления симптомов старше 15 лет, мужской пол, повышенная масса тела, вторичный синовит, артрит в анамнезе, нарушения в метаболизме коллагена и протеогликанов, гиперпродукция цитокинов (интерлейкинов 1 $\alpha$  и 6, фактора некроза опухоли  $\alpha$ ). На фоне санаторного этапа отмечено уменьшение частоты прогрессирования суставных изменений ( $p < 0,05$ ).

### Выводы/заключение

Таким образом, подростки с артропатиями невоспалительного характера нуждаются в проведении своевременного обследования с целью выявления начальных признаков ОА и проведения этапной реабилитации для профилактики его дальнейшего прогрессирования.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ 104 ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В КОГОРТЕ «РЕНЕССАНС»

Летунович М.В., Асеева Е.А., Амирджанова В.Н.,  
Соловьев С.К., Глухова С.И., Насонов Е.Л.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

### Введение/цель

Оценить качество жизни (КЖ) и выявить связь с клиническими особенностями пациентов с системной красной волчанкой (СКВ).

### Материал и методы

Включено 104 пациента с достоверным диагнозом СКВ за период октября 2012 г. – июля 2013 г.; 92% женщин и 8% мужчин. Средний возраст больных – 35,33 $\pm$ 10,5 года, длительность заболевания 111 $\pm$ 89 мес. У всех пациентов оценивали активность СКВ по SELENA-SLEDAI (SS), органические повреждения по SLICC/ACR DaI (ИП), давали общую оценку состояния пациента врачом (PGA) и определяли индекс обострения SELENA Flare Index (SFI). Пациенты при поступлении заполняли опросники: SF-36 и русскоязычную версию опросника КЖ LupusQoI.

### Результаты/обсуждение

У 37,5% пациентов была высокая активность СКВ (SS>11 баллов), у 12,5% отсутствовала активность заболевания (SS=0), у 26 и 24% соответственно – низкая и средняя степень активности. У 38% пациентов DaI=0, у 32% DaI >2 баллов. У 56% пациентов было обострение СКВ по SFI. У 16% пациентов PGA=0, у 24% – PGA=3. КЖ оценивалось по 8 шкалам (плохое КЖ=0, хорошее КЖ=100 баллам). Наихудшее КЖ при оценке LupusQoI отмечалось по шкале «Зависимость от других людей» 58,9 $\pm$ 28 баллов, при оценке SF-36 по шкале «Ролевое физическое функционирование» 39,39 $\pm$ 38,59 балла. Наилучшее – по шкалам «Боль» 70,28 $\pm$ 24,5 и «Интимные отношения» 73,5 $\pm$ 31 балл и шкале «Социальное функционирование» 64,5 $\pm$ 27,51 при оценке LupusQoI и SF-36 соответственно. Высокий уровень корреляции  $r$  (0,7–0,9) определялся по шкалам LupusQoI и SF-36: физическое здоровье и боль с физическим функционированием, планирование с социальным функционированием; средняя корреляционная связь  $r$  (0,5–0,7) – по шкалам: образ тела с социальным функционированием, усталость с общим состоянием здоровья. Обратная корреляционная связь наблюдалась между SSLEDAI, SLICC/ACR DaI, PGA при  $p < 0,05$  и большинством шкал LupusQoI и SF-36. Низкое КЖ <40 (LupusQoI) коррелировало с наличием поражения ЦНС (21%;  $p < 0,05$ ), суставов (27,27%;  $p = 0,27$ ), кожи, реже встречалось у пациентов с нефритом (9,09%). Применение генно-инженерных биологических препаратов в анамнезе пациентов с нефритом встречалось чаще ( $p = 0,022$ ).

### Выводы/заключение

При СКВ наблюдается снижение КЖ, связанного со здоровьем. Более высокое КЖ коррелирует с отсутствием активности и повреждений. Низкое КЖ чаще встречается у пациентов с поражением ЦНС.

## ОСТЕОАРТРОЗ У ПОДРОСТКОВ: ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ

Летяго А.В.<sup>1</sup>, Лебец И.С.<sup>2</sup>,

Шевченко Н.С.<sup>2</sup>, Матвиенко Е.В.<sup>2</sup>, Евсева З.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харьковский национальный университет  
им. В.Н. Каразина, Харьков, Украина;

<sup>2</sup>ГУ «Институт охраны здоровья детей  
и подростков НАМН Украины», Харьков, Украина

### Введение/цель

Проблема остеоартроза (ОА) остается актуальной и сегодня, так как данная патология развивается и у молодых людей, а не только, как считалось ранее, в пожилом возрасте. Определенным образом на интенсивность формирования дегенеративно-деструктивного процесса оказывает влияние состояние микроциркуляции (МЦ), что при ОА в подростковом возрасте остается не уточненным. Цель – установление особенностей системы МЦ подростков с ОА.

### Материал и методы

Обследовано 120 пациентов с ОА в возрасте 15–18 лет. Диагноз устанавливался с учетом Международной классификации болезней 10-го пересмотра и рентгенологических критериев по Kellgren–Lawrence. Состояние МЦ оценивали при помощи капилляроскопии ногтевого ложа, которая проводилась в утренние часы натощак.

### Результаты/обсуждение

Клинически ОА в подростковом возрасте проявлялся артралгиями в пораженных суставах (которые возникали ближе к вечеру, ночью, при спуске по лестнице, после физических нагрузок), синовитом, хрустом в суставах. Имелась связь указанных симптомов с изменениями погодных условий, а также с сезонностью (осень, зима). Методом капилляроскопии ногтевого ложа установлено, что при ОА у подростков имеют место различные микроциркуляторные нарушения. В первую очередь отмечались отклонения в сосудистом звене: капилляры в ряду располагались неравномерно (53,3%), петли укорачивались (35,8%), отмечалась извитость бранш (85,8%). Частым признаком микроциркуляторных расстройств было уменьшение количества капилляров (64,1%), а также капиллярных рядов (86,9%). Кроме того, при ОА вовлекалась и внутрисосудистая составляющая МЦ. Капилляроскопия позволила установить замедление скорости кровотока по микрососудам (58,5%), а также выявить наличие феномена агрегации эритроцитов (48,1%). Изменения в периваскулярном отделе отмечались у 65,1% пациентов и характеризовались наличием бледности (34,9%), мутности (30,2%) фона.

### Выводы/заключение

Выявленные изменения на микроциркуляторном уровне при ОА у подростков указывают на нарушения кровообращения в подлежащих тканях, в том числе суставном хряще, и могут способствовать усилению деструктивных процессов.

## КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ МЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ СУСТАВОВ КИСТЕЙ

Леушина Е.А., Симонова О.В.

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская  
академия» Минздрава России, Киров, Россия

### Введение/цель

Провести клинико-экономический анализ эффективности диацереина, глюкозамин сульфата, хондроитин сульфата с применением анализа «затраты – эффективность».

### Материал и методы

Открытое сравнительное контролируемое рандомизированное 18-месячное исследование проведено у 90 женщин с достоверным диагнозом остеоартроз (ОА) суставов кистей. 30 больных (I группа) получали диацереин 100 мг/сут 4 мес, 30 больных (II группа) – хондроитин сульфат (ХС) 1000 мг/сут 6 мес, 30 больных (III группа) – глюкозамин сульфат (ГС) 1500 мг/сут 3 мес. Все пациенты прошли два курса терапии с перерывом 6 мес. Группы были сопоставимы по основным клиническим и демографическим показателям ( $p > 0,05$ ). Средний возраст пациентов I группы составил  $57,4 \pm 5,3$  года, II –  $57,6 \pm 9,7$ , III –  $60,4 \pm 7,0$ . Стаж болезни менее 5 лет отмечен у 46,7; 40 и 46,6% пациентов соответственно; от 6 до 10 лет – у 36,7; 40 и 40%; более 10 лет – у 16,6; 20 и 13,4% соответственно. При проведении анализа «затраты–эффективность» для каждого варианта рассчитывалось соотношение затрат/эффективность по формуле:  $CER = DC/EF$ , где CER – соотношение затрат и эффективности (затраты, приходящиеся на единицу эффективности); DC – прямые затраты; EF – эффективность лечения. В качестве показателей эффективности рассматривались: количество больных, у которых достигнуто 20% и 50% улучшение по индексам Auscan (боль, скованность, функциональная активность суставов) и Дрейзера, показатели качества жизни по шкале SF-36: физического и психологического здоровья к 18-му месяцу.

### Результаты/обсуждение

К 18-му месяцу число больных с 20% и 50% улучшением по индексам Auscan и Дрейзера в группе ХС было сопоставимо с группой диацереина. В группе ГС количество больных с 50% улучшением по индексу Дрейзера и Auscan по шкале боли и функциональной активности было меньше, по сравнению с I группой ( $\chi^2 = 7,0$ ,  $p = 0,008$ ;  $\chi^2 = 3,67$ ,  $p = 0,053$ ;  $\chi^2 = 3,99$ ,  $p = 0,046$ ) и II группой ( $\chi^2 = 4,286$ ,  $p = 0,038$ ;  $\chi^2 = 5,14$ ,  $p = 0,023$ ;  $\chi^2 = 5,35$ ,  $p = 0,021$ ). Сравнительный клинико-экономический анализ эффективности терапии в группах показал, что наименьшей затратной эффективностью по индексам Дрейзера и Auscan и самой экономичной для улучшения качества жизни является терапия ХС.

### Выводы/заключение

Терапия диацереином и ХС при ОА суставов кистей превосходит терапию ГС по выраженности клинического эффекта к 18-му месяцу лечения. С учетом анализа «затраты–эффективность» терапия ХС является наиболее экономически выгодной.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПИАСКЛЕДИН В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Лищук О.В.<sup>1</sup>, Даничкина Н.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>МБУЗ «Консультативно-диагностический центр», Таганрог, Россия;

<sup>2</sup>ООО «Медицинский центр Скэнар-терапии им. Ю.В. Горфинкеля», Таганрог, Россия

### Введение/цель

Основной целью терапии остеоартроза (ОА) является хондропротективность, т. е. количественное и качественное улучшение состояния матрикса и подавление катаболических процессов в хряще. Пиаскледин – препарат, созданный специально для лечения ОП.

### Материал и методы

Была проанализирована эффективность и переносимость препарата у 25 больных ОА с поражением крупных суставов. В исследования были включены 25 больных с гонартрозом и коксартрозом в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов, I–II рентгенологической стадии по Kellgren–Lowrence. Пиаскледин назначался в дозе 300 мг/сут в течение 6 мес в сочетании с фоновым лечением стабильной дозой нестероидных противовоспалительных препаратов на протяжении двух предшествующих назначению пиаскледина месяцев. Большинство обследованных составляли женщины (n=19), средний возраст 51,24±5,41 года, а длительность болезни – 6,53±2,28 года. У 15 больных отмечены проявления синовита. В качестве критериев действия пиаскледина использовались оценка боли при ходьбе и в покое (в баллах от 0 до 3), длительность утренней скованности (в минутах), выраженность синовита (в баллах от 0 до 3), общая оценка эффективности и переносимости.

### Результаты/обсуждение

По результатам исследования отмечено достоверное уменьшение продолжительности утренней скованности, уменьшение выраженности синовита, отмечены положительные изменения основных клинических проявлений ОА, что свидетельствует об улучшении качества жизни пациентов. Побочные эффекты (у 2 пациентов – желудочно-кишечные расстройства) были слабо выраженными и не продолжительными.

### Выводы/заключение

Таким образом, пиаскледин, представляющий собой неомыляемые соединения масел бобов сои и авакадо, является эффективным средством терапии ОП. Препарат отличается хорошей переносимостью.

## СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ И МИНИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОГО ОСМОТРА И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С РАННИМ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПО ПРИНЦИПАМ TREAT TO TARGET (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕМАРКА)

Логинава Е.Ю., Коротаева Т.В., Северинова М.В.,

Мисиюк А.С., Волков А.В., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

### Введение/цель

Цель терапии по принципам Treat to target (T2T) – ремиссия или минимальная активность болезни (МАБ). Роль ультразвукового исследования (УЗИ) суставов для оценки эффекта терапии при раннем псориатическом артрите (рПсА) не изучалась. Цель – сравнить частоту ремиссии и МАБ при клиническом осмотре (КО) и активность синовита по УЗИ на фоне лечения больных рПсА по принципам T2T.

### Материал и методы

Включено 24 больных (М:Ж – 8:16) рПсА, соответствующих критериям CASPAR, средний возраст 39,6±10,7 года, длительность ПсА 7 [4; 24] мес, псориаза – 36 [12; 84] мес. Больным назначалась монотерапия метотрексатом (МТ) подкожно 10 мг/нед с повышением дозы на 5 мг каждые 2 нед до 20–25 мг/нед, через 3 мес при недостижении цели – комбинированная терапия МТ + адалимумаб 40 мг/2 нед (n=4). КО и УЗИ выполняли через 3 и 6 мес от начала лечения. Оценивали количество больных, достигших ремиссии (DAS<1,6 или DAS28≤2,4), низкой активности болезни (НАБ; 1,6≤DAS<2,4 или 2,4<DAS28≤3,6), МАБ по критериям EULAR, УЗИ-синовит по шкале «Grey» (0–3) в стандартных точках: лучезапястные, межзапястные, II–III пястно-фаланговые, II–III проксимальные межфаланговые суставы с тыльной и ладонной стороны, II–V плюснефаланговые суставы на аппарате LOGIQ-9; значение 1 балл соответствовало ремиссии или минимальной активности синовита. Рассчитывали M±SD, Me [25-й; 75-й перцентили], частота признака в процентах.

### Результаты/обсуждение

На старте – DAS 3,97 [3,07; 4,67], DAS28 был 4,33 [3,68; 4,73]. Через 3 мес DAS28 составил 3,58 [0,88; 9,08], DAS – 2,76 [0,68; 8,39]. Ремиссия по DAS28/DAS была у 20,8 и 12,5%, НАБ – у 29,17 и 20,83%, МАБ – у 25% больных соответственно. Из 6 больных, достигших МАБ, минимальная активность синовита по УЗИ выявлена у 3 (50%). Из 3 больных, достигших ремиссии по DAS, минимальная активность синовита по УЗИ была у 2 (66,6%), из 5 достигших ремиссии по DAS28 – у 2 (40%), НАБ по DAS – у 2 из 5 (40%) соответственно. Через 6 мес DAS28 равнялся 2,94 [0,60; 7,64], DAS – 2,15 [0,29; 6,6]. Ремиссия по DAS28/DAS была у 37,50 и 33,33%, НАБ – у 37,50 и 25%,

МАБ – у 12 (50%) больных соответственно. Из 12 больных, достигших МАБ, минимальная активность синовита по УЗИ была у 7 больных (58,3%). Из 8 больных, достигших ремиссии по DAS, минимальная активность синовита по УЗИ отмечена у 5 (62,5%). Из 9 пациентов, достигших ремиссии по DAS28, минимальная активность синовита по УЗИ отмечена у 6 (66,6%). Из 6 больных с НАБ по DAS минимальная активность синовита по УЗИ была у 2 (33,3%).

#### **Выводы/заключение**

Лечение больных рПСА по принципам T2T в течение 6 мес позволяет достичь цели у половины пациентов, и лишь у четверти – по результатам УЗИ. Это свидетельствует о персистирующем субклиническом воспалении суставов и необходимости продолжения терапии более длительное время, несмотря на достижение клинической ремиссии и МАБ.

## **КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ**

**Ляшенко М.А., Грехов Р.А.,  
Харченко С.А., Сулейманова Г.П., Бурлай О.С.**  
*ФГБУ «Научно-исследовательский институт  
клинической и экспериментальной  
ревматологии» РАМН, Волгоград, Россия*

#### **Введение/цель**

Особый интерес для комплексной терапии ревматоидного артрита (РА) представляет метод биологической обратной связи (БОС), основанный на принципе саморегулирования функций организма с использованием систем внешней обратной связи. Цель – изучить влияние БОС-терапии на уровень тревоги и депрессии у пациентов, страдающих РА, и обосновать использование данного метода в комплексном лечении заболевания.

#### **Материал и методы**

Были обследованы 30 пациентов с диагнозом РА, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении (средний возраст  $48,6 \pm 7,73$  года, 26 женщин, средняя продолжительность болезни  $12 \pm 3,44$  года). Клинико-психологическое исследование осуществлялось с помощью методики «Уровень невротизации и психопатизации» (УНП, 1995), методики оценки уровня депрессии Бека (1961), шкалы самооценки тревоги Спилбергера–Ханина (1988). Для снижения тревожно-депрессивных симптомов в комплексной терапии РА использовался метод БОС-терапии. Было проведено 12 сеансов при помощи психофизиологического комплекса «Реакор» фирмы «Медиком МТД» (Таганрог, Россия). Нами был выбран тренинг на основе параметров электрической активности мозга – релаксация по электроэнцефалографии.

#### **Результаты/обсуждение**

В результате проведенных исследований было выявлено, что депрессия по шкале Бека выявлена у 23%, по методике Спилбергера–Ханина был выявлен повышенный уровень личностной тревоги – 47,63 балла (у 40% пациентов), а реактивной – 54,02 балла (у 73% обследованных больных). УНП выявил выраженное повышение показателей по шкалам астении – 5,6 балла (у 40%), депрессии –

11,3 балла (у 23%), ипохондрии – 5,9 балла (у 3%) и тревоги – 9,1 балла (у 70% обследованных больных). После проведенных сеансов БОС-процедур было выявлено, что уровень реактивной тревоги у больных снизился на 43%, уровень депрессии по методике УНП – на 23%.

#### **Выводы/заключение**

В результате проведенного курса комплексного лечения с использованием метода БОС у больных было отмечено снижение уровня реактивной тревожности и уровня депрессии. Для снижения интенсивности тревожно-депрессивного синдрома целесообразно дополнительное применение метода БОС-терапии, что дает возможность улучшить психоэмоциональное состояние пациента.

## **РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОЦИЛИЗУМАБА ПРИ СИСТЕМНОМ ВАРИАНТЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА**

**Малиевский В.А., Гареева Г.Р., Шабанова А.Т.,  
Первушина Е.П., Хасанова А.А., Каленова Э.В.,  
Нуриахметова А.Ж., Сапронова Л.Ю.**

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Уфа, Россия;  
ГБУЗ «Республиканская детская  
клиническая больница», Уфа, Россия*

#### **Введение/цель**

Системный артрит является наиболее неблагоприятным подтипом ювенильных идиопатических артритов по своему течению и прогнозу. Выявленная роль интерлейкина 6 (ИЛ6) в патогенезе системного артрита послужила основанием для разработки подходов к таргетной терапии, направленной на нейтрализацию данного цитокина. Цель – обобщить опыт применения тоцилизумаба (ТЦЗ) при системном варианте ювенильного идиопатического артрита в Республике Башкортостан.

#### **Материал и методы**

Под нашим наблюдением находилось 10 детей (6 мальчиков и 4 девочки) в возрасте от 2,5 до 13,8 года (средний возраст 8,3 года); средний возраст дебюта заболевания составил 4,5 года. Диагноз устанавливался в соответствии с классификационными критериями ILAR (Эдмонтон, 2001). В качестве критерия степени активности заболевания использовался индекс JADAS-27.

#### **Результаты/обсуждение**

Всем больным до назначения ТЦЗ проводилась комбинированная противоревматическая терапия: парентеральное введение метотрексата в средней дозе  $13,7 \text{ мг/м}^2$  в неделю, у 7 больных в сочетании с циклоспорином А («Сандимун-Неорал») в средней дозе  $4,1 \pm 0,6 \text{ мг/кг}$ , метилпреднизолон ( $0,61 \text{ мг/кг}$  в перерасчете на преднизолон). Кроме того, 9 пациентам проводились курсы пульс-терапии метилпреднизолоном  $15,8 \text{ мг/кг}$ . У 8 из 10 пациентов сохранялись системные проявления, у 2 больных заболевание протекало в виде полиартрита. Назначение ТЦЗ позволило купировать системные проявления заболевания в течение первого месяца лечения у всех больных. Индекс JADAS-27 через 1 мес от начала терапии снизился в 2 раза (с  $33,6$  до  $16,5$ ). По достижении первого года терапии значение СОЭ по 10-сантиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ) соответствовало 0 у всех больных (исходно –

5,6), оценка активности болезни врачом по ВАШ снизилась с 8,5 до 0–1 см (у 2 больных – 2 см), а оценка состояния здоровья по мнению матери – с 8,5 до 5–6 см. Снижение активности болезни на фоне терапии ТЦЗ позволило прекратить прием циклоспорина А у 5 больных, снизить дозу метилпреднизолона с 0,61 до 0,18 мг/кг в пересчете на преднизолон. Терапия ТЦЗ была прекращена у одного больного из-за инфузионной реакции. Тяжелые инфекции отмечались у двух больных. Один больной умер от генерализованной вирусно-бактериальной инфекции на фоне снижения уровня лейкоцитов до  $1,2 \cdot 10^9$ /л.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, проведенный анализ показал высокую эффективность ТЦЗ в отношении активных системных проявлений и активности воспалительного процесса. В то же время у 4 больных сохраняется умеренно выраженный суставной синдром.

## **АНТИ-В-КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ В-КЛЕТОЧНОЙ АКТИВАЦИИ**

**Мамасаидов А.Т.<sup>1</sup>, Кулчинова Г.А.<sup>1</sup>,  
Сакибаев К.Ш.<sup>2</sup>, Эшбаева Ч.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Южный филиал Киргизского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации кадров, Ош, Киргизия;  
<sup>2</sup>Ошский государственный университет, Ош, Киргизия

#### **Введение/цель**

Изучение эффективности анти-В-клеточной терапии у больных ревматоидным артритом (РА) в зависимости от значения спонтанной иммуноглобулин-синтезирующей активности В-лимфоцитов.

#### **Материал и методы**

Под наблюдением находились 327 больных РА. Иммуноглобулин-синтезирующую активность В-лимфоцитов (SIABL) оценивали методом количественной цитофлюориметрии в краткосрочной культуре лимфоцитов. Для проведения анти-В-клеточной терапии отобраны 29 больных РА. Из них 23 больных имели высокий уровень SIABL и 6 больных – низкий уровень SIABL. У всех больных отмечалась неэффективность предшествующего лечения метотрексатом и другими базисными противовоспалительными препаратами. Анти-В-клеточную терапию проводили ритуксимабом (Мабтера) по 500 мг 2 раза с интервалом в 2 нед. Оценка эффективности ритуксимаба проводили по критериям EULAR по показателю DAS28.

#### **Результаты/обсуждение**

У больных РА с высоким уровнем SIABL по итогам 24-недельного лечения ритуксимабом хороший эффект отмечен в 9 (39,1%) случаях, умеренный эффект выявлен в 13 (56,5%) и отсутствие эффекта обнаружено в 1 (4,4%) случае. А у больных РА с низким уровнем SIABL за это же время хороший эффект не отмечен ни в одном случае, умеренный эффект выявлен в 2 (33,3%) и отсутствие эффекта обнаружено в 4 (66,7%) случаев.

#### **Выводы/заключение**

Эффективность анти-В-клеточной терапии значительно выше у больных РА с высоким уровнем В-клеточной активации, чем с низким.

## **НОВЫЙ ПОДХОД К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ УРОГЕННЫМ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ**

**Мамедов Р.Ф., Гусейнов Н.И.**

Центральная больница нефтяников, Баку, Азербайджан;  
Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

#### **Введение/цель**

Изучить потенцирование эффективности антибиотиков в комплексной терапии у больных урогенным реактивным артритом (уРеА)

#### **Материал и методы**

Ретроспективно были исследованы 236 больных с хроническим простатитом (ХП), у 66 из которых был диагностирован уРеА, в качестве возбудителя которого идентифицирована *Chlamydia trachomatis*. уРеА был диагностирован на основании классической триады. Симптомы ХП были оценены с помощью шкалы NIH-CPSI. Больные в течение последних 3 мес до предпринятого нами обследования по поводу ХП не проходили лечения. Все пациенты подвергались клинико-лабораторным и уродинамическим обследованиям. В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на две группы: I группа (n=36) принимала левофлоксацин 500 мг/с, диклофенак 150 мг/с, вобэнзим 15 таблеток в сутки; II группа (n=35) – стандартную (антибиотик и нестероидный противовоспалительный препарат) терапию в одинаковой дозе. Лечение продолжилось не менее 1 мес. Для оценки эффективности лечения в динамике изучены клинико-лабораторные, бактериологические и уродинамические показатели: в начале и через 1 мес после лечения.

#### **Результаты/обсуждение**

Результаты 30-дневного курса лечения в I группе по всем клинико-лабораторным параметрам были более эффективными в сравнении со II группой: суставной индекс – 20,16 ед и в баллах в 6,2 раза снизился в I группе, а в контрольной группе (5,08 и 4,14 соответственно); число воспаленных суставов достоверно уменьшилось с более существенной разницей на 10-й день лечения в основной группе. Положительные данные получены и по субъективным показателям – регрессии преимущественно обструктивных симптомов, уменьшению дизурических явлений и боли в промежной области. Лабораторные показатели: СОЭ (12,14 мм/ч), уровню С-реактивного белка (7,14 мг/л), циркулирующие иммунные комплексы (1,48 мг/л) соответствовали нормальным величинам в I группе больных. В то же время эти показатели оставались завышенными (22,14 мм/ч; 8,12 г/л; 2,24 мг/мл соответственно) во II группе больных. При бактериологическом исследовании эякулята после завершения лечения оказалось, что у больных I группы элиминация возбудителя была выявлена у 34 (95,6%) больных, тогда как во II группе – только у 19 (64,2%;  $p < 0,01$ ). Улучшение объективных показателей комбинированного уродинамического обследования было более заметным в I группе больных: до лечения – 11,4; через 1 мес – 18,9 (во II группе – 11,6 и 12,7 соответственно).

## Выводы/заключение

Применение вобэнзима у больных ассоциированными с уРеА ХП позволяет у 95,6% случаев добиться элиминации возбудителя заболевания за счет более высокой концентрации антибактериального препарата в очаге воспаления.

## ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ И ВЕЛИЧИНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН

Марусенко И.М., Пашкова И.Г., Везикова Н.Н.  
ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Россия

### Введение/цель

В настоящее время многочисленными исследованиями подтверждена связь между минеральной плотностью костной ткани (МПКТ) и массой тела. Масса тела состоит из двух компонентов – жирового и мышечного. Остается спорным вопрос о преобладающем влиянии одного из компонентов массы тела на величину МПКТ.

### Материал и методы

Нами было исследовано 360 женщин, из них – 137 (38,1%) в репродуктивном периоде и 223 (61,9%) – после наступления менопаузы. У всех оценивались антропометрические параметры и выполнялась денситометрия. Влияние компонентов состава массы тела на МПКТ поясничных позвонков оценивалось с помощью множественной регрессии.

### Результаты/обсуждение

Получены данные о корреляционной взаимосвязи МПКТ позвонков у женщин с длиной тела ( $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ) и мышечной массой ( $r=0,33$ ;  $p<0,05$ ), чем уровень взаимосвязи МПКТ с массой тела ( $r=0,20$ ;  $p<0,05$ ) и жировой массой тела ( $r=0,11$ ;  $p<0,05$ ). На основании регрессионного анализа показано, что, независимо от возраста женщин, увеличение мышечной массы на 5 кг приводит к увеличению значений МПКТ позвонков на 0,043 г/см<sup>2</sup>, а увеличение жировой массы на 5 кг – на 0,014 г/см<sup>2</sup>. С увеличением на 5 лет возраста женщин происходит снижение значений МПКТ позвонков на 0,015 г/см<sup>2</sup>, а увеличение длительности постменопаузального периода на каждые 5 лет приводит к снижению МПКТ на 0,024 г/см<sup>2</sup>. Анализ денситометрических показателей среди женщин с одинаковым уровнем жировой и мышечной массы в составе тела выявил, что нормальные значения МПКТ позвонков имели большее число (60%) женщин с высоким уровнем жировой массы ( $p<0,05$ ) по сравнению с долей женщин (42,6%), имеющих высокий уровень мышечной массы. Остеопороз и остеопения были выявлены у меньшего количества лиц (7,3 и 32,7% соответственно) с высокими значениями жировой массы в сравнении с числом обследованных (18,5 и 38,8% соответственно), имеющих высокий уровень мышечной массы.

### Выводы/заключение

Таким образом, среди всех обследованных женщин, независимо от их возраста и наличия менопаузы, было выявлено, что мышечная масса оказывает большее влияние на МПКТ, чем жировая.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

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

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

### Введение/цель

Во многих исследованиях выявлено более раннее развитие атеросклероза при ревматоидном артрите (РА), чем в популяции. Учитывая неоднозначность данных литературы о частоте встречаемости и прогностической значимости отдельных традиционных факторов риска (ФР) развития атеросклероза у пациенток с РА, целью работы было изучение распространенности таких ФР, как гиперхолестеролемия, артериальная гипертензия (АГ), курение и ожирение.

### Материал и методы

В исследование были включены 108 женщин с серопозитивным вариантом РА в возрасте (Ме [25-й; 75-й перцентили]) 53,0 [44,0; 56,0] года с длительностью заболевания 6,5 [3,0; 14,0] года. Диагноз устанавливали в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов (1987). Все пациентки получали базисную терапию (метотрексат или сульфасалазин) в течение 2 лет и более и симптоматическую терапию артрита. Высокая активность заболевания по DAS28 диагностирована у 44 (40,74%) женщин, средняя – у 64 (59,26%). Группа сравнения представлена 33 женщинами без артрита и каких-либо других соматических заболеваний, сопоставимыми по возрасту с основной группой (возраст 52,0 [34,0; 56,0] года;  $p=0,09$ ). Женщины обеих групп не имели клинических признаков ишемической болезни сердца и сосудистых осложнений (инфаркта миокарда, инсульта) при осмотре и анамнестически, а также не принимали статины.

### Результаты/обсуждение

В группе пациенток с РА и группе сравнения частота встречаемости курения (6,48 и 6,06% соответственно;  $p=0,93$ ), ожирения (20,37 и 15,15% соответственно;  $p=0,51$ ), гиперхолестеролемии (50 и 66,67% соответственно;  $p=0,09$ ) не различалась. В группе пациенток с РА АГ встречалась в 2,6 раза чаще, чем в группе сравнения (в 31,5 и 12,1% случаев соответственно,  $p=0,028$ ).

### Выводы/заключение

Полученные результаты позволяют предположить наличие взаимосвязи АГ с хроническим воспалением, свойственным РА. Учитывая клинические особенности включенных в исследование пациенток (умеренная и высокая активность), распространенность АГ может быть связана как с системными проявлениями артрита и возникающей при хроническом воспалении дисфункцией эндотелия, так и с особенностями терапии (применение глюкокортикоидов и нестероидных противовоспалительных препаратов). Исходя из полученных данных, необходимо проводить постоянный мониторинг уровней АД у пациенток с РА с целью раннего начала антигипертензивной терапии и защиты органов-мишеней.



# ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДО ЗАЧАТИЯ НА ЕЕ ДИНАМИКУ В РАЗНЫЕ ТРИМЕСТРЫ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Матьянова Е.В., Кошелева Н.М.,  
Алекберова З.С., Насонов Е.Л.

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

## Введение/цель

У 66–91% больных ревматоидным артритом (РА) беременность способствует снижению активности заболевания, у такого же процента больных после родов развивается обострение РА. Цель – уточнить влияние клинической активности РА при зачатии на течение заболевания при гестации и после родов.

## Материал и методы

Проспективно прослежены 34 больных (37 беременностей) достоверным РА (ACR, 1987) на 10, 22, 32-й ( $\pm 2$ ) неделях беременности и через 3 мес после родов. Медиана возраста пациенток составила 29 (от 22 до 38) лет, длительность болезни – 8 лет (от 1 мес до 28 лет). Серопозитивными по ревматоидному фактору были 64,7%, по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду – 58,8%, преобладали II–III рентгенологические стадии (70,6%), I–II функциональные классы (85,3%). 25 (67,6%) беременных при зачатии принимали перорально 5–10 мг/сут преднизолона, в процессе наблюдения терапия корректировалась. Активность РА оценивалась по DAS28-СРБ. Пациентки были разделены на две группы: группа А (n=18) – без артритов на момент зачатия; группа В (n=19) – с наличием артритов при зачатии. Группы сопоставимы по возрасту, длительности и стадии РА; терапии, проводимой до беременности и акушерскому анамнезу.

## Результаты/обсуждение

В группе А (n=18) в I триместре ремиссии достигли 11 (61,1%) больных, во II триместре – 10 (55,6%), в III триместре – 13 (72,2%), после родов – 6 (33,3%). Низкая активность зафиксирована соответственно у 1 (5,6%), 3 (16,7%), 3 (16,7%) и 2 (11,1%) пациенток, высокая и умеренная активность – у 6 (33,3%), 5 (27,8%), 2 (11,1%) и 10 (55,6%). В группе В (n=19) в те же сроки наблюдения показатели были следующими: ремиссия у 5 (26,3%), 3 (15,8%), 2 (10,5%) и 3 (15,8%) женщин, низкая активность – у 2 (10,5%), 5 (26,3%), 5 (26,3%) и 2 (10,5%), высокая и умеренная активность – у 12 (63,2%), 11 (57,9%), 12 (63,2%) и 14 (73,7%) соответственно. В группе А ремиссия РА в III триместре составила 72,2% против 10,5% в группе В ( $p=0,0005$ ), при этом повышение дозы ГК от I к III триместру было достоверно реже в группе А, чем в группе В ( $p=0,005$ ). Послеродовое обострение в группе А наблюдалось реже (высокая и умеренная активность РА: 55,5% против 73,7% в группе В;  $p>0,05$ ).

## Выводы/заключение

Планирование беременности у больных на фоне клинической ремиссии РА – определяющий фактор благоприятного течения заболевания в гестационный период и после родов.

# МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мирзабекова Ж.А.<sup>1</sup>, Тургаева А.Е.<sup>1</sup>,  
Дастанов Д.<sup>2</sup>, Кудайбергел Г.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан;  
<sup>2</sup>Областная клиническая больница, Шымкент, Казахстан

## Введение/цель

Среди ревматических заболеваний, увеличивающих риск развития остеопороза и остеопоротических переломов, ревматоидный артрит (РА) занимает, бесспорно и достоверно, ведущее место. Цель – изучить состояние минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в различных отделах периферического скелета у больных РА в Южно-Казахстанской области.

## Материал и методы

Обследовано 186 больных, находившихся на стационарном лечении в Областной клинической больнице с достоверным диагнозом РА в соответствии с диагностическими критериями Американской коллегии ревматологов 1987 г. Среди них женщин было 158 (84,9%), мужчин 28 (15,1%). Средний возраст обследованных составил: у женщин  $46,3 \pm 8,7$ , у мужчин  $46,1 \pm 9,5$  года. Средняя длительность заболевания у женщин  $8,3 \pm 4,6$ , у мужчин  $7 \pm 2,8$  года. Всем больным проводилось рентгеновское денситометрическое исследование дистального отдела костей левого предплечья и правой пяточной кости. Оценку МПКТ осуществляли по Т-критерию.

## Результаты/обсуждение

Полученные нами данные показывают, что нормальная МПКТ наблюдалась у 38 (20,4%) больных: 11 (28,4%) мужчин и 27 (71,05%) женщин. Остеопения обнаружена у 76 (40,82%) больных: 9 (11,8%) мужчин и 67 (88,1%) женщин. Остеопороз – у 72 (38,7%) больных: 8 (11,1%) мужчин и 64 (88,8%) женщин. Наиболее часто (73,7%) снижение МПКТ определялось в дистальном отделе костей левого предплечья, в то время как в правой пяточной кости – в 62,3% случаев. Средние значения Т-критерия в дистальном отделе костей левого предплечья составили  $-2,07 \pm 1,4$ , а в правой пяточной кости –  $1,97 \pm 2,03$ .

## Выводы/заключение

Снижение МПКТ по данным рентгеновской денситометрии было выявлено у 79,5% больных РА. Наиболее часто изменения МПКТ отмечалось в дистальном отделе костей левого предплечья.

## АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ КУПИРОВАНИИ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Михневич Э.А.<sup>1</sup>, Алексейчик С.Е.<sup>1</sup>,  
Мытник Е.А.<sup>2</sup>, Головки Т.Г.<sup>2</sup>, Кручина Н.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный  
медицинский университет, Минск, Беларусь;  
<sup>2</sup>Городская клиническая больница №11, Минск, Беларусь

### Введение/цель

Применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) при лечении обострений подагрического артрита (ПА) может приводить к дестабилизации артериальной гипертензии (АГ). Цель – определить степень влияния НПВП, назначаемых для купирования ПА, на дестабилизацию АГ и уровень приверженности данной категории пациентов антигипертензивной терапии (АГТ).

### Материал и методы

Для исследования были отобраны 436 пациентов с ПА. Диагноз был выставлен на основании критериев ПА (Американская коллегия ревматологов, 1977). 88,9% пациентов составляли мужчины. Средний возраст составил 55,4±10,3 года, средняя длительность болезни – 7,9±6,8 года. Пациентам назначались НПВП преимущественно с коротким и средним периодами полувыведения. Артериальное давление (АД) регулярно контролировали, при первом его повышении проводили суточное мониторирование. Дестабилизацию АД у пациентов с ПА рассматривали при повышении АД >140/90 мм рт. ст. и проведении коррекции АГТ. 24,8% (n=108) пациентов не имели диагноза АГ до момента обследования и им не назначался ни один из гипотензивных препаратов, и 75,2% (n=328) пациентов имели АГ различного срока давности и тяжести.

### Результаты/обсуждение

Из 108 пациентов, не имевших АГ до исследования и не принимающих ни одного из гипотензивных средств, у 9,9% (n=43) пациентов был впервые выставлен диагноз АГ и назначено лечение. 328 пациентов с ПА и сопутствующей АГ разделены на две группы: 47,2% (n=206) пациентов, регулярно получающих АГТ, и 28% (n=122) пациентов, нерегулярно или вообще не получающих АГТ. Повышение АД на фоне эффективной АГТ мы наблюдали у 59,7% (n=123) пациентов из 206, в то время как в группе пациентов без регулярной АГТ нестабильная АГ была зарегистрирована у 74,6% (n=91) пациентов из 122; разница между группами по количеству пациентов с дестабилизацией АГ оказалась статистически значимой ( $\chi^2=6,90$ ;  $p=0,0086$ ).

### Выводы/заключение

Дестабилизация АГ на фоне лечения подагрической атаки НПВП нами зарегистрирована у 65,2% пациентов на фоне имеющейся АГ, а у 9,9% пациентов была впервые выявлена АГ. Для пациентов с подагрой характерна низкая комплаентность в отношении АГТ: 37,2% пациентов не получали ее регулярно. Таким образом, регулярное лечение АГ у пациентов с подагрой и сопутствующей АГ играют лишь частичную роль в профилактике дестабилизации АГ при применении НПВП.

## ФАКТОРЫ РИСКА ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ КУПИРОВАНИИ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Михневич Э.А.<sup>1</sup>, Артишевская Н.И.<sup>1</sup>, Мытник Е.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный  
медицинский университет, Минск, Беларусь;  
<sup>2</sup>Городская клиническая больница №11, Минск, Беларусь

### Введение/цель

Дестабилизация уже имеющейся артериальной гипертензии (АГ) во время подагрического артрита (ПА) может быть обусловлено комбинацией различных факторов, таких как гиперурикемия, болевой синдром, функция почек, факторы тяжести и риска АГ. Важную роль отводят и нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП). Цель – выявить факторы, ассоциированные с дестабилизацией АГ у пациентов с ПА, регулярно принимающих антигипертензивную терапию (АГТ).

### Материал и методы

Для исследования были отобраны 405 пациентов с ПА. Диагноз был выставлен на основании критериев ПА (Американская коллегия ревматологов, 1977). 87,9% пациентов составляли мужчины. Средний возраст составил 56,6±9,5 года, средняя длительность болезни – 8,4±6,8 года. Пациентам назначались НПВП преимущественно с коротким периодом полувыведения. Повышение артериального давления (АД) выше нормы рассматривалось на уровне >140/90 мм рт. ст. 74,1% (n=300) пациентов имели АГ, из них только 61,7% (n=185) пациентов получали регулярно АГТ. Регулярно получающих АГТ мы разделили на две группы: 1-я группа (n=73) – без подъемов АД при лечении ПА и 2-я группа (n=112) с дестабилизацией АГ на фоне приема НПВП. Группы сравнимы по полу, возрасту, длительности подагры. Мы сравнили разные параметры (всего 60) между группами и выделили факторы, определяющие дестабилизацию АГ у пациентов с ПА и АГ.

### Результаты/обсуждение

При сравнении параметров между группами было выявлено, что у пациентов 2-й группы (с повышением АГ на фоне ПА) значительно чаще выявлялась протеинурия, включая микроальбуминурию [отношение шансов (ОШ) 2,67; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,72–2,69;  $p=0,027$ ]. В этой же группе мы констатировали явное преувеличение пациентов с повышенным уровнем С-реактивного белка (СРБ; ОШ 2,12, 95% ДИ 1,68–2,66;  $p=0,016$ ). Длительность лечения НПВП до первой регистрации повышения АД статистически значимо различалась между группами, высокий риск дестабилизации АГ имели пациенты, принимавшие НПВП 20 дней и более (AUC=0,63,  $p=0,016$ , Ч=90,4%, С=33,9%; ОШ 3,23, 95% ДИ 2,61–4,00). Значения визуальной аналоговой шкалы, число припухших суставов статистически не различались между группами.

### Выводы/заключение

Факторами риска дестабилизации АГ на фоне применения НПВП у пациентов с ПА и эффективной АГT вне

обострения стали длительность применения НПВП, а также протеинурия и повышение уровня СРБ в крови. Наличие данных факторов у пациентов с АГ при обострении подагры требует более адекватного подхода к противовоспалительному лечению.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АБАТАЦЕПТОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мнацаканян С.Г.<sup>1</sup>, Хрипунова И.Г.<sup>2</sup>,

Урсова Ф.И.<sup>2</sup>, Орехова Н.В.<sup>1</sup>, Хрипунова А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>МБУЗ «2-я клиническая больница», Ставрополь, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

### Введение/цель

В настоящее время одними из ведущих в лечении ревматоидного артрита (РА) являются генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). Представляло интерес изучить эффективность и переносимость абатацепта (АБЦ; оренсии) у больных РА.

### Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 53 пациента с РА (40 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 18 до 63 лет, с длительностью заболевания 5–18 лет. Наблюдаемые имели серопозитивность по ревматоидному фактору и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду, высокую степень активности процесса (DAS28 >5,7), уровень С-реактивного белка (>3 норм), рентгенологически – эрозивный артрит II–III стадии, развернутую стадию процесса, прогрессирующее течение. Все больные постоянно в течение 5 лет получали терапию базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) – метотрексатом (МТ) в дозе 10–20 мг/нед. 8 наблюдаемым к МТ в течение последних 6 мес добавлен ГИБП АБЦ (оренсия). АБЦ вводился в соответствии с инструкцией внутривенно капельно однократно в месяц (2 пациентки ежемесячно получали дозу 750 мг, 6 больных – 500 мг). Нами оценена эффективность 6 инфузий АБЦ; определялась активность РА по DAS28, интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, мм), утренняя скованность (мин); число болезненных суставов (ЧБС), число припухших суставов (ЧПС), функциональная недостаточность суставов (ФНС) – общее состояние здоровья (опросник НАQ), счет эрозий по Sharp.

### Результаты/обсуждение

В группе с ГИБП после добавления к лечению АБЦ у 2 больных хороший эффект наблюдался после первой инфузии препарата, у 6 пациентов – после второго введения. У всех больных достоверно снизилась интенсивность боли с  $67 \pm 11,8$  мм (до лечения) до  $36 \pm 4,8$  мм; уменьшились в 1,8 раза ЧБС, ЧПС; в 1,5 раза снизилась СОЭ; достоверно ( $p < 0,05$ ) улучшилось НАQ; общий счет Sharp существенно не изменился ( $p < 0,005$ ); снизилась активность РА до 1-й степени. Достигнутые позитивные эффекты сохранялись на фоне продолжения лечения АБЦ. Переносимость АБЦ была в целом хорошей. В группе сравнения активность процесса уменьшилась до 2-й степени, общий счет Sharp увеличился на 11%. Отмечена менее выраженная положительная динамика НАQ.

### Выводы/заключение

При лечении больных РА отмечена более выраженная эффективность комбинации АБЦ с МТ в сравнении с монотерапией МТ.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Мукагова М.В., Елисеев М.С.

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

### Введение/цель

Сравнить качество жизни (КЖ) мужчин с подагрой со стандартизованными показателями популяционного контроля; выявить факторы, ассоциированные с низким качеством жизни КЖ.

### Материал и методы

В исследование включено 175 мужчин кристаллефицированной подагрой. Средний возраст  $48 \pm 12,3$  года, респонденты имели: хронический артрит – 39%, подкожные тофусы – 36,6%, ишемическую болезнь сердца (ИБС) – 23%, артериальную гипертензию (АГ) – 76%, сахарный диабет (СД) 2-го типа – 15,4%, хроническую болезнь почек (ХБП) – 9,1%, ожирение – 55,4%. Уровень мочевой кислоты составил  $510 \pm 120$  мкмоль/л. Аллопуринол принимали 31,4%. Проведен сравнительный анализ параметров КЖ больных и популяционного контроля ( $n=939$ ), оцененных по опроснику SF-36 v1. Вычислены коэффициенты корреляции Спирмена и Пирсона между показателями КЖ (SF-36, EQ), функциональным статусом (ФС; НАQ) и возрастом, длительностью болезни, уровнем мочевой кислоты, приемом диуретиков и алкоголя, наличием хронического артрита, тофусов и коморбидных заболеваний (АГ, ИБС, ХПН, СД 2-го типа, ожирение, сосудистые катастрофы). Для выявления предикторов низкого КЖ использовалась пошаговая множественная регрессия.

### Результаты/обсуждение

Суммарный физический компонент здоровья (PCS) у больных подагрой был ниже такового в популяции ( $p < 0,00001$ ). Значение психологического компонента здоровья (MCS) у больных подагрой не отличалось от стандартизованного популяционного показателя. Показатели КЖ были значительно ниже средних значений популяционного контроля ( $p < 0,00001$ ) по шкалам физического (PF;  $p < 0,00001$ ), ролевого физического функционирования (RP;  $p < 0,00001$ ), интенсивности боли (BP;  $p < 0,00001$ ) и общего состояния здоровья (GH;  $p < 0,0012$ ). Выявлена корреляционная связь между показателями КЖ и возрастом ( $r$  НАQ=0,27;  $r$  EQ=-0,24;  $r$  PCS=-0,29;  $p < 0,001$ ); длительностью болезни ( $r$  НАQ=0,18,  $p=0,017$ ;  $r$  PCS=-0,26,  $p < 0,001$ ); наличием хронического артрита ( $r$  НАQ=0,31;  $r$  EQ=-0,23;  $r$  PCS=-0,35,  $p < 0,01$ ); тофусами ( $r$  НАQ=0,3;  $r$  PCS=-0,35,  $p < 0,006$ ); АГ ( $r$  НАQ=0,18,  $p=0,02$ ;  $r$  PCS=-0,18,  $p < 0,02$ ); острым нарушением мозгового кровообращения ( $r$  EQ=-0,16,  $p=0,03$ ). С помощью пошаговой множественной регрессии была выявлена взаимосвязь всех показателей КЖ с возрастом: НАQ коэф. рег-

рессии 0,01, CI (0,051-0,36); EQ коэф. регрессии (-0,004), CI (от -0,348 до -0,04); SF-36(PCS) коэф. регрессии (-0,18843), CI (от -0,394 до -0,109) и наличием хронического артрита: HAQ коэф. регрессии 0,226, CI (0,008-0,339); EQ коэф. регрессии (-0,098), CI (от -0,319 до -0,025); SF-36 (PCS) коэф. регрессии (-3,125), CI (от -0,326 до -0,004); с наличием тофусов: HAQ, коэф. регрессии 0,217, CI (0,006-0,427); с частотой артрита: EQ, коэф. регрессии (-0,005), CI (от -0,009 до -0,001); SF-36 (PCS), коэф. регрессии (-0,177), CI (от -0,311 до -0,043), с ожирением: EQ, коэф. регрессии (-0,088), CI (от -0,166 до -0,009), с ХПН: SF-36 (PCS), коэф. регрессии (-4,597), CI (от -0,35066 до -0,149210).

#### **Выводы/заключение**

У мужчин показатели КЖ по шкалам опросника SF-36 (PCS, PF, RP, BP, GH) были достоверно ниже среднепопуляционных значений. Низкое КЖ независимо ассоциируется с хроническим артритом, тофусами, частотой приступов артрита, возрастом и наличием ХБП и ожирения.

## **РОЛЬ ФЕРРИТИНА ПРИ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА ВЗРОСЛЫХ**

**Муравьев Ю.В., Хлабошина В.Н., Лебедева В.В.,  
Кашникова Л.Н., Мисюк А.С., Феклистов А.Ю.**

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

#### **Введение/цель**

Показатель сывороточного ферритина (СФ) широко применяется для диагностики и мониторинга многих заболеваний, связанных с обменом (перегрузка, дефицит) железа. В последнее время обсуждается участие СФ в иммунных процессах, ангиогенезе, воспалении. Цель – оценить показатель СФ при активной болезни Стилла взрослых (БСВ).

#### **Материал и методы**

Результаты обследования 25 больных (14 женщин, 11 мужчин, средний возраст  $34,1 \pm 2,2$  года), госпитализированных в клинику с диагнозом активная БСВ (соответствующая критериям Yamaguchi и соавт.): наряду со стандартными клинико-лабораторными показателями определяли показатель СФ иммунотурбометрическим методом на биохимическом анализаторе Integra 400 Plus (мкг/л).

#### **Результаты/обсуждение**

Средний показатель СФ равнялся  $1569 \pm 392,1$  мкг/л, что превышало верхнюю границу нормы (ВГН), равную 150 мкг/л, в 10 раз. В то же время средний показатель С-реактивного белка (СРБ) у этих же больных составил  $79,5 \pm 15,1$  мг/л, что превышало ВГН для показателя СРБ в 16 раз. Индивидуальный анализ показателя СП выявил: нормальные результаты – у 3; >1 ВГН, но <3 ВГН – у 9; >3 ВГН, но <5 ВГН – у 1; >5 ВГН, но <10 ВГН – у 1 больного; >10 ВГН – у 11 больных. При нормальных показателях СФ показатели СРБ также были в пределах нормы. У большинства больных с показателями СФ >10 ВГН показатели СРБ превышали 20 ВГН.

#### **Выводы/заключение**

Показатель СФ – маркер воспалительной активности при БСВ. Дальнейшие исследования позволят уточнить его значение при БСВ.

## **ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПОДКОЖНОГО НАЗНАЧЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА БОЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Муравьев Ю.В., Гриднева Г.И., Каратеев Д.Е.**

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

#### **Введение/цель**

Метотрексат (МТ) относится к наиболее предпочитаемым базисным противовоспалительным препаратам (БПВП) при ревматоидном артрите (РА). Цель – проспективная оценка вреда МТ, применяемого подкожно, для достижения целевых показателей активности воспаления при РА (в рамках протокола исследования РЕМАРКА).

#### **Материал и методы**

237 больных РА (в том числе с длительностью заболевания до 6 мес – 101, >6 мес – 136), в качестве БПВП получали МТ (Методжект) подкожно начиная с 10 мг/нед и быстрым увеличением до 20–30 мг/нед. Ежемесячно больные проходили клинико-лабораторное и инструментальное обследование, а при выявлении неблагоприятных событий (НС) врачом заполнялись стандартизованные опросники, учитывались критерии токсичности (Woodworth и соавт.), связь каждого НС с МТ оценивалась по шкале Naranjo и соавт. (1981).

#### **Результаты/обсуждение**

НС, связанные с МТ, т. е. неблагоприятные реакции (НР), отмечались у 49 (21%) больных: у 30 (61%) с недавно возникшим и у 19 (39%) с давностью РА >6 мес. Частые НР: повышение уровней аланинаминотрансферазы (АЛТ; 5,1%), аспартатаминотрансферазы (АСТ; 4,2%), тошнота – 3,4%; постдозовые реакции – 2,5%; алоpecia – 2,1%; сыпь – 1,7%; кожные реакции в месте введения – 1,3%; инфекции, потребовавшие назначения антибиотиков либо противовирусных препаратов, – 1,3%; лейкопения – 1,3%; менее частые: диарея – 0,8%; металлический привкус во рту – 0,4%; абсцесс/инфильтрат мягких тканей, развившиеся в отдалении от места инъекции, – 0,4%. У 4,2% больных НС, как связанные, так и не связанные с МТ, явились основанием для отмены подкожно применяемого МТ: сыпь (2,1%), постдозовые реакции (0,8%), тошнота (0,4%), повышение уровней печеночных ферментов (0,4%), лейкопения (0,4%). У этих больных возникновение НС не зависело от длительности заболевания.

#### **Выводы/заключение**

НР, обусловленные подкожным назначением МТ, отмечались у каждого пятого пациента и сопровождалась его отменой у 4,2% больных РА.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОЦИЛИЗУМАБА ПРИ АА-АМИЛОИДОЗЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Муравьев Ю.В., Алексеева А.В.,  
Александрова Е.Н., Кашникова Л.Н.**

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

#### **Введение/цель**

АА-амилоидоз – серьезное осложнение ревматоидного артрита (РА), сопровождающееся гиперпродукцией

сывороточного амилоида А (SAA), обусловленной цитокинами, в частности интерлейкином 6 (ИЛ6). Тоцилизумаб (ТЦЗ) – первый препарат, обладающий способностью подавлять ИЛ6-зависимые воспалительные реакции. Цель – оценить эффективность ТЦЗ при АА-амилоидозе у больных РА.

#### Материал и методы

В открытое проспективное шестимесячное исследование были включены 10 больных РА женщин, средние возраст и длительность болезни равнялись соответственно  $52 \pm 9,1$  и  $17,1 \pm 8,9$  года. Средняя длительность АА-амилоидоза, подтвержденного у всех гистологически (окраска конго красным биоптатов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки), составила  $2,5 \pm 1,9$  года. Протеинурическая стадия была у 5, нефротическая – у 1, хроническая почечная недостаточность (ХПН) – у 4 больных. Все больные не менее 6 мес получали глюкокортикоиды (в пересчете на преднизолон 5–10 мг/сут), лефлуномид 20 мг/сут – двое, метотрексат 20 мг/сут – одна больная. ТЦЗ 8 мг/кг назначался каждые 4 нед внутривенно. Наряду со стандартными клинико-лабораторными показателями у всех больных в динамике оценивали: DAS28, уровень SAA, С-реактивного белка (СРБ), СОЭ, суточную протеинурию (СП), клубочковую фильтрацию (КФ).

#### Результаты/обсуждение

В динамике, после 6 мес лечения, отмечено достоверное снижение средних показателей SAA (с  $46,7 \pm 28,1$  до  $14,7 \pm 24,3$  мг/л;  $p=0,03$ ) и индекса DAS28 (с  $5,5 \pm 1,4$  до  $3,3 \pm 1,15$ ;  $p=0,003$ ). В то же время мало изменились СП (с  $0,8 \pm 0,7$  до  $0,45 \pm 0,6$  г/сут;  $p=0,1$ ), уровень СРБ (с  $13,9 \pm 9,3$  до  $10,6 \pm 22,2$  мг/л;  $p=0,6$ ), СОЭ (с  $32,1 \pm 19,5$  до  $21,6 \pm 26,5$  мм/ч;  $p=0,1$ ), КФ (с  $62,2 \pm 42,9$  до  $54,2 \pm 31,9$  мл/мин;  $p=0,3$ ).

#### Выводы/заключение

Шестимесячное лечение ТЦЗ АА-амилоидоза у больных РА достоверно снизило средние уровни SAA, однако показатели СП и КФ практически не изменились.

## ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ, СТАВШИХ ВЗРОСЛЫМИ

Муравьева Н.В., Муравьев Ю.В.

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

#### Введение/цель

Больные ювенильным артритом (ЮА) до 16-летнего возраста наблюдаются педиатром, дальнейшее течение болезни изучено мало и фрагментарно. Цель – оценить отдаленные исходы и социальный статус больных ЮА, ставших взрослыми.

#### Материал и методы

Анализ базы данных ставших взрослыми больных ЮА за 11-летний период наблюдения (2003–2013).

#### Результаты/обсуждение

В исследование включены 226 взрослых больных ЮА: 170 женщин, 56 мужчин, в возрасте  $24,5 \pm 8,1$  года, с длительностью заболевания  $16,1 \pm 8,45$  года. Активность ЮА выявлена у большинства больных (I степень – у 132, II – у 49, III – у 13), ремиссия – у 32 больных (в том числе

безмедикаментозная – у 17); I рентгенологическая стадия – у 16, II – у 114, III – у 49, IV – у 47 больных. Функциональная способность у 88,5% больных соответствовала II классу, трое нуждаются в постороннем уходе. Метотрексат получали 73% больных, каждый третий – сульфасалазин, каждый четвертый – лефлуномид; 15% больных никогда не получали базисные противовоспалительные препараты. Глюкокортикоиды были назначены 55% больных, более 60% продолжают их получать, в том числе 42 больных – более 10 лет. Эндопротезирование проведено у 21 больного: одного сустава – у 8, двух – у 10, трех – у 2, четырех – у одного больного. Артериальная гипертензия диагностирована у 12 больных. Нанизм выявлен у 27, первичная аменорея – у 11, вторичная аменорея – у 2, стероидный диабет – у 2 больных. Высшее образование получили или продолжают получать 49 больных, среднеспециальное образование – 155 больных. Только среднее образование имеют 9,7% больных. Среди завершивших образование (110 больных) 76 – работают, 34 – иждивенцы. 52 больных (94% – женщины) имеют семью, 34 больных (91% – женщины) имеют детей: одного – 25, двоих – 7, троих – 1, шестерых – 1.

#### Выводы/заключение

Проведен анализ отдаленных исходов и социального статуса на большой когорте больных ЮА, ставших взрослыми, показавший значимость проблемы. Несмотря на то что активность заболевания и серьезные осложнения наблюдаются у многих взрослых больных ЮА, большинство из них социально адаптированы.

## ВЛИЯНИЕ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА БОЛИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ДЕЗАДАПТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Муслимова Е.В., Якупова С.П., Якупов Э.З., Саковец Т.Г.  
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

#### Введение/цель

Хронический болевой синдром при ревматоидном артрите (РА) вызывает психологический дистресс, сопряжен с тревогой, депрессией и изменением психологических болевых установок. Цель – оценить влияние нейропатической боли (НБ) на интенсивность и уровень катастрофизации боли (УКБ), показатели тревоги, депрессии у пациентов с РА.

#### Материал и методы

В исследование включено 77 человек с РА (соотношение мужчин и женщин 4,5:1; 82% женщин); средний возраст  $48,9 \pm 12,8$  года (от 23 до 76 лет), средняя длительность РА от 4 мес до 21 года (Me 6,5 [3; 11,5]). Диагноз РА выставлялся на основании критериев Американской коллегии ревматологов 1987 г. Пациентами заполнена визуальная аналоговая шкала (ВАШ): ВАШ 1 – показатель боли в момент осмотра, ВАШ 2 – самый сильный приступ боли за последний месяц, ВАШ 3 – средний показатель боли за последний месяц. Заполнена шкала «Катастрофизации боли». НБ выявлена при помощи опросника DN4. Пациенты были разделены на две группы: DN4 0–3 (группа без НБ;  $n=52$ ; 67,5%), DN4 >4 (группа с НБ;  $n=25$ ;

32,5%). НБ верифицирована неврологом. Степень тяжести депрессии оценивалась по шкале Бека. Показатели тревоги (ситуативной – СТ – и личностной – ЛТ) выявлялись по шкале Спилбергера. Достоверность различий независимых переменных определялась по критерию Колмогорова–Смирнова.

#### **Результаты/обсуждение**

Отсутствие депрессии наблюдалось у 27/20% пациентов (группа без НБ/группа с НБ), депрессия легкой степени – у 34,6/20%, умеренная – у 13,5/12%, выраженная – у 21/36%, тяжелой степени – у 3,9/12% пациентов ( $p < 0,05$ ). Низкий уровень СТ выявлен у 11,5/8%, ЛТ – у 4/0%, средний показатель СТ – у 36,5/24%, ЛТ – у 48/28%, высокая СТ – у 52/68%, ЛТ – у 48/72% пациентов ( $p < 0,05$ ). Низкий УКБ выявлен у 33/16%, средний – у 33/20%, высокий – у 34/64% респондентов ( $p < 0,05$ ). Средние значения по шкале катастрофизации составили 20 [13,0; 30] и 31 [22,0; 33,0] ( $p < 0,05$ ). Обнаружены достоверные различия по шкале ВАШ 2 между первой и второй группами (75 [65; 90] и 70 [50; 80]);  $p < 0,05$ ); по шкалам ВАШ 1 и ВАШ 3 различия были недостоверными.

#### **Выводы/заключение**

Наличие НБ при РА способствует более частому возникновению депрессии, причем в более тяжелой степени; повышению уровней СТ и ЛТ; большей интенсивности боли и увеличению частоты дезадаптивных болевых установок (повышению УКБ).

## **ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**Мухаммадиева С.М., Ризамухамедова М.З., Курбанова Ш.Р.**  
*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

#### **Введение/цель**

В исследованиях последних лет показано, что увеличение риска развития сердечно-сосудистых осложнений при ревматических заболеваниях (РЗ) связано не только с традиционными факторами риска, но и с иммунновоспалительными механизмами, лежащими в основе патогенеза РЗ и атеросклероза. Полагают, что воспаление способствует отложению липидов в сосудистой стенке, имеет существенное значение в «дестабилизации» атеросклеротической бляшки и в развитии атеротромботических осложнений. Цель – изучение эндотелиальной дисфункции у больных ревматоидным артритом (РА) молодого возраста.

#### **Материал и методы**

В исследование включены 102 больных, из них 10 мужчин и 24 женщины в возрасте от 18 до 37 лет с длительностью болезни от 0,5 года до 10 лет. При постановке диагноза учитывали критерии Американской коллегии ревматологов (1987). Больные РА были разделены на две группы. Соответственно дизайну исследования группы не различались по симптом-модифицирующим препаратам (глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные препараты), различались по применению базисных средств – 68 (66,7%) больных применяли базисный препарат метотрексат (МТ; Евсве, Австрия) 7,5–10 мг/нед, остальные 34 (33,3%) больных не получали МТ. При этом МТ принимали до 2 лет 36,3%, а более 2 лет – 30,4% больных без каких-либо побочных реакций.

#### **Результаты/обсуждение**

У всех больных РА определялись ультразвуковые признаки изменения в стенке плечевой артерии. Плечевая артерия в большинстве случаев имела неровный внутренний контур, выявлено неравномерное утолщение комплекса интима–медиа, а у 5% больных были выявлены пролонгированные неравномерные пристеночные гиперэхогенные наложения, без стенозирования сосуда. Достоверно шире, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ), был просвет плечевой артерии как в диастолу, так и в систолу. Достоверно снижен относительный систолический прирост, что свидетельствовало об увеличении жесткости стенки плечевой артерии у больных РА, вероятно, связанном с морфологическими изменениями в ней. Более широкий просвет плечевой артерии у больных РА коррелировал с уровнем С-реактивного белка, титром ревматоидного фактора, концентрацией холестерина, триглицеридов. У больных РА при проведении пробы с реактивной гиперемией отмечена достоверно меньшая максимальная вазодилатация по сравнению с контрольной группой. Она составила в среднем  $8,1 \pm 0,60\%$ , в то время как у здоровых лиц равнялась  $13,4 \pm 1,12\%$ . Патологическая реактивность регистрировалась чаще в первые годы от начала заболевания и через 10 лет, тогда как в интервале от 5 до 10 лет функция эндотелия у больных чаще была нормальной. Также у больных, принимавших МТ более 2 лет, чаще выявлялось патологическая реактивность.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, у больных РА, получавших МТ, имеет место частое развитие эндотелиальной дисфункции, свидетельствующее о раннем развитии атеросклероза и морфофункциональных изменений.

## **ОСОБЕННОСТИ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА И РИСК ПЕРЕЛОМОВ И ПАДЕНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

**Мясоедова С.Е., Рубцова О.А.,  
Карманова В.Б., Корягина Н.В., Васильева Н.В.**  
*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская  
академия» Минздрава России, Иваново, Россия*

#### **Введение/цель**

Установить особенности композиционного состава тела и изменения скелетной мышечной ткани при ревматоидном артрите (РА) с учетом факторов риска (ФР) переломов и падений.

#### **Материал и методы**

Наблюдались 50 женщин с РА в возрасте  $58 \pm 5,49$  года и 86 женщин без РА и признаков вторичного остеопороза (ОП) –  $57 \pm 5,35$  года. ФР переломов и падений, а также повышенный риск падений с помощью тестов оценивались согласно рекомендациям Российской ассоциации по остеопорозу (2012). По модели FRAX оценивался 10-летний абсолютный риск основных остеопоретических переломов и переломов проксимального отдела бедра и определялся порог вмешательства (необходимость назначения лечения). Минеральную плотность костной ткани (МПКТ) и композиционный состав тела исследовали с помощью аппарата Lunar Prodigy (General Electric). Оцени-

вали индекс аппендикулярной тощей массы (ИТМ) и наличие саркопении (Европейский консенсус по саркопении, 2010). Статистический анализ проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0.

#### Результаты/обсуждение

Показатели МПКТ у больных РА были ниже в области бедра ( $p < 0,05$ ), и среди них чаще выявлялся высокий риск FRAX ( $p < 0,05$ ). 68% больных РА имели повышенный риск падений и множественные ФР падений. 76% больных РА с высоким FRAX имели повышенный риск падений. У больных РА были достоверно меньше ИМТ, индекс жировой ткани, ИТМ, и у них реже встречалось абдоминальное ожирение. Саркопения выявлена у 13,3% больных РА и встречалась в 3 раза чаще, чем в группе сравнения. Большинство больных РА с саркопенией были серопозитивны по ревматоидному фактору, у них была снижена скорость клубочковой фильтрации ( $< 60$  мл/мин) и все они имели высокий риск падений. Установлены корреляции ИТМ с ИМТ ( $r = 0,76$ ), объемом талии ( $r = 0,51$ ), бедер ( $r = 0,56$ ), скоростью клубочковой фильтрации ( $r = 0,45$ ), Т-критерием шейки бедра ( $r = 0,26$ ), длительностью приема антиостеопоретической терапии ( $r = 0,29$ ). Обратная корреляция отмечена с индексом DAS28 ( $r = -0,29$ ).

#### Выводы/заключение

Для пациенток с РА по сравнению с женщинами того же возраста без РА характерен более высокий риск переломов в сочетании с повышенным риском падений на фоне меньшей массы скелетной мышечной ткани с увеличением частоты саркопении. Взаимосвязь массы скелетной мышечной ткани при РА с ИМТ, скоростью клубочковой фильтрации и DAS28 предполагает контроль за этими показателями и позволяет рассматривать смешанный генез снижения массы скелетной мышечной ткани при РА, включающий конституциональные, возрастные влияния и воздействие хронического воспаления.

## ОТНОШЕНИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА К АНКИЛОЗИРУЮЩЕМУ СПОНДИЛИТУ: ВОПРОСЫ ВЗАИМОПОНИМАНИЯ

Мясоутова Л.И.<sup>1,2</sup>, Лапшина С.А.<sup>1</sup>,  
Мухина Р.Г.<sup>2</sup>, Афанасьева М.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;  
<sup>2</sup>ГАОУ «Городская клиническая больница №7», Казань, Россия;  
<sup>3</sup>ГАОУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

#### Введение/цель

Эффективный контроль активности анкилозирующего спондилита (АС) предполагает длительную медикаментозную терапию и активное участие пациента в лечении, выполнение им рекомендаций по немедикаментозной терапии. Всегда ли эффективно взаимодействие врача и пациента в отношении понимания заболевания? Цель — выявить наиболее значимые для пациента вопросы в отношении заболевания для создания в дальнейшем системы эффективного взаимодействия врача и пациента с АС.

#### Материал и методы

Тридцать пациентов с верифицированным диагнозом АС, средняя длительность заболевания  $5,7 \pm 3,2$  года, средний возраст пациентов  $34,4 \pm 2,8$  года, ответили на 10 вопросов анкеты, касающихся понимания ими заболевания,

влияния на повседневную жизнь, вопросов терапии, с необходимостью оценить важность каждого вопроса в баллах от 1 до 10. Врачи ревматологи ( $n = 10$ ) и терапевты ( $n = 10$ ) отвечали на те же вопросы с позиции, что, на их взгляд, является важным для пациентов. Ответы были ранжированы и сопоставлены.

#### Результаты/обсуждение

Учитывая молодой возраст пациентов, приоритетным пациенты и врачи посчитали прогноз в отношении будущего (1-е место). Значимыми для врача и пациента явились вопросы влияния заболевания на повседневную жизнь (пациент — 4-е место, врач — 2-е место) и связанные с этим ограничения трудоспособности (пациент — 3-е место, врач — 5-е место). В то же время врачи недооценивают (10-е место) сложности пациента (2-е место), связанные с необходимостью постоянно выполнять физические упражнения. Врачи переоценили важность для пациентов таких вопросов, как постоянная боль (4-е место) и побочные эффекты препаратов (2-е место), пациенты поставили по важности эти вопросы на 7-е и 5-е места соответственно.

#### Выводы/заключение

В общении с пациентом врачу необходимо больше внимания уделять важности немедикаментозной терапии, в частности правильной физической нагрузке. Понимание врачом точки зрения пациента на свое заболевание позволит повысить эффективность контроля АС.

## ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПОДАГРЕ

Набиева Н.А., Зияева Ф.К., Джуроева Э.Р., Матчанов С.Х.  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

#### Введение/цель

Выяснить частоту и клинические проявления метаболического синдрома (МС) у больных подагрой.

#### Материал и методы

Обследовано 120 пациентов с подагрой, проходивших лечение в отделении Республиканского ревматологического центра ТМА за период 2011–2013 гг. Средний возраст пациентов составил  $53,5 \pm 3,7$  года (40–69 лет), продолжительность заболевания —  $8,6 \pm 2,4$  года. У 47 (39%) больных заболевание имело хроническое течение с тофусами. Диагностика МС осуществлялась согласно критериям, предложенным Международной федерацией диабета (IDF, 2005). В сыворотке крови определяли содержание мочевой кислоты (МК), глюкозы, инсулина, триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП). Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

#### Результаты/обсуждение

Клинические проявления МС выявлены у 84 (70%) больных подагрой. У 57 (47,5%) пациентов диагностированы три основных клинических фактора МС: ожирение I и II степени — у 23 (40%), артериальная гипертензия (АГ) — у 28 (49%), сахарный диабет (СД) 2-го типа — у 6 (11%). Анализ частоты их встречаемости показал увеличение числа больных АГ и СД 2-го типа в зависимости от длительности подагры. Гипергликемия и гиперинсулинемия выявлялись у 27 (32%) пациентов, и частота их выявления также

зависела от давности подагры. Нарушение липидного обмена напрямую зависело от степени ожирения и атеросклероза, характеризовалось повышением содержания ТГ до  $2,18 \pm 0,09$  и  $2,69 \pm 0,14$  ммоль/л, ХС — до  $6,15 \pm 0,19$  и  $7,61 \pm 0,41$  ммоль/л, ХС ЛПНП до  $3,97 \pm 0,21$  и  $4,71 \pm 0,32$  ммоль/л, снижение ХС ЛПВП до  $1,12 \pm 0,07$  и  $0,93 \pm 0,04$  ммоль/л и повышение индекса атерогенности. Выявлена четкая корреляционная взаимосвязь между повышенным содержанием МК и нарушенными параметрами липидного обмена и гликемии.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, при подагре выявляются клинические проявления МС, частота которых коррелирует с длительностью основного заболевания. Полученные данные диктуют необходимость совершенствования диагностики и коррекции лечения данного заболевания с целью профилактики осложнений, развивающихся в результате МС.

## **ВЛИЯНИЕ АМЛОДИПИНА НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Назарова К.Х., Нурмухамедова Н.С., Усмонова З.И.**

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

#### **Введение/цель**

Применение антагонистов кальция и их влияние на гемодинамические показатели и на активацию цитокинов при лечении ревматических пороков сердца (РПС) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) изучены недостаточно. Цель — изучение влияния амлодипина на гемодинамические показатели и на активацию цитокинов (фактора некроза опухоли  $\alpha$  — ФНО $\alpha$  и интерлейкина 6 — ИЛ6) у больных РПС с ХСН II–III функционального класса (ФК; по NYHA).

#### **Материал и методы**

Обследован 61 больной (41 женщина и 20 мужчин) 20–66 лет. Больные рандомизированы в две группы. В первую группу включен 31 больной, получавший стандартную терапию (диуретики, сердечные гликозиды, вазодилаторы), во вторую — 30 больных, которые получали дополнительно к стандартной терапии амлодипин. Он назначался начиная с 2,5 мг/сут один раз в день с постепенным увеличением дозы до 5–10 мг/сут один раз в день в течение 3 мес. Гемодинамические показатели изучали с помощью эхокардиографии. Из цитокинов определяли ФНО $\alpha$  и ИЛ6 с использованием набора реактивов «ИФА-TNF- $\alpha$ » и «ИФА-ИЛ6» методом твердофазного иммуноферментного анализа по стандартной методике.

#### **Результаты/обсуждение**

Через 3 мес лечения амлодипином многие показатели гемодинамики по сравнению со стандартной терапией улучшились: конечный систолический размер уменьшился на 20%, конечный диастолический размер уменьшился на 16%. У больных РПС со II ФК ХСН выявлен повышенный уровень ФНО $\alpha$  и ИЛ6 — на 56 и 28%, а с III ФК ХСН — в 2,6 раза и на 80% по сравнению с нормой. Через 3 мес после стандартной терапии их уровень повысился. А у боль-

ных второй группы со II ФК ХСН отмечено снижение ФНО $\alpha$  и ИЛ6 на 24 и 30%, с III ФК ХСН — на 17 и 19%.

#### **Выводы/заключение**

Амлодипин является эффективным препаратом для лечения РПС, осложненных ХСН II–III ФК, оказывая благоприятное действие на гемодинамические и иммунологические показатели. У больных РПС с ХСН наблюдается повышенный уровень цитокинов (ФНО $\alpha$ , ИЛ6) в зависимости от тяжести ХСН, и при применении амлодипина избыточный их уровень снижается.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Наумцева М.С., Белов Б.С., Тарасова Г.М.,  
Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Муравьев Ю.А.,  
Александрова Е.Н., Новиков А.А.**

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

#### **Введение/цель**

Изучение безопасности 23-валентной пневмококковой вакцины у больных ревматоидным артритом (РА), получающих терапию базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) и генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП).

#### **Материал и методы**

В исследование включено 83 человека (женщины — 65, мужчины — 18, в возрасте от 24 до 73 лет), в том числе 45 больных РА и 38 лиц контрольной группы, имеющие в ближайшем анамнезе  $\geq 2$  случаев инфекций нижних дыхательных путей (бронхиты, пневмонии). 27 больных РА получали метотрексат, 8 — лефлуномид, 10 — ингибиторы фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ) + метотрексат. Вакцину пневмо-23 в количестве 1 дозы (0,5 мл) вводили подкожно на фоне продолжающейся терапии метотрексатом/лефлуномидом или за 28–30 дней до назначения ингибиторов ФНО $\alpha$ . Длительность периода наблюдения после вакцинации составила 12 мес.

#### **Результаты/обсуждение**

У 56 (68%) человек переносимость вакцины была хорошей. В 21 (25%) случае отмечены боль, припухлость и гиперемия кожи диаметром до 2 см в месте инъекции вакцины, в 5 случаях (7%) — субфебрилитет. Указанные реакции не имели связи с проводимой терапией, не требовали изменения схем лечения РА и полностью регрессировали в течение суток без применения дополнительных мер. Клинических и рентгенологических симптомов пневмонии не зарегистрировано ни в одном случае. Эпизодов обострения РА или возникновения каких-либо новых аутоиммунных расстройств в течение периода наблюдения не отмечали.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о достаточной клинической эффективности и хорошей переносимости 23-валентной пневмококковой вакцины у больных РА. Для более полной оценки безопасности и эффективности данной вакцины необходимы дальнейшие клинические исследования.



## КОМОРБИДНАЯ ИНФЕКЦИЯ В РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Некрасова Н.В.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная  
медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»  
Минздрава России, Воронеж, Россия

### Введение/цель

В последнее время, особенно с началом использования биологической терапии, в ревматологии большое внимание уделяется коморбидной инфекции и ее влиянию на течение заболевания у ревматологических больных.

### Материал и методы

Проведен анализ данных бактериологической лаборатории по микропейзажу выделенных микроорганизмов в ревматологическом отделении за 2010–2012 гг.

### Результаты/обсуждение

В 2010 г. у 1120 больных, прошедших лечение в ревматологическом отделении ВОКБ, был сделан 1051 микропейзаж, в 2011 г. — 1261 у 1186 больных, в 2012 г. — 1270 у 1216 больных. В 2010 г. выделены возбудители в 16,27% случаев, в 2011 г. — в 21,73%, в 2012 г. — в 20,62%. Стабильно в течение 3 лет наибольшее количество возбудителей выделяли из биологических материалов (моча, раневое отделяемое, отделяемое из зева). В посевах мочи чаще всего выделялись *E. coli*, *Enterobacter*. В раневом отделяемом и посевах из зева чаще всего выделялся *S. aureus* — 46,6 и 78,1% в 2010 г., 44,4 и 91,8% — в 2011 г., 43 и 60,6% — в 2012 г. Микропейзаж раневого отделяемого брался у больных с явлениями васкулита, и достаточно высокий процент выделения микроорганизмов повлиял на длительность лечения (в среднем на 1,2 койко-дня больше, чем у больных без раневой инфекции) и потребовал использования дорогостоящей антибактериальной терапии.

### Выводы/заключение

Нами выявлена высокая частота коморбидной инфекции у больных ревматологического профиля, что необходимо учитывать перед проведением интенсивных методов лечения.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННЕЙ СТАДИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Несмеянова О.Б.<sup>1</sup>, Богданова Е.А.<sup>1</sup>,

Синеглазова А.В.<sup>2</sup>, Богданова Л.Б.<sup>1</sup>, Богданов А.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Челябинская областная

клиническая больница», Челябинск, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Южноуральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия;

<sup>3</sup>ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, Челябинск, Россия

### Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) — наиболее часто встречающееся заболевание из группы серонегатив-

ных спондилоартритов. Достоверные изменения крестцово-подвздошных сочленений (КПС) на рентгенограммах выявляются достаточно поздно, что не позволяет верифицировать диагноз АС в ранние сроки. Ранняя диагностика АС является необходимым условием для своевременного назначения болезнь-модифицирующего лечения. Целью настоящего исследования явился анализ возможностей магнитно-резонансной томографии (МРТ) в выявлении ранней стадии АС у больных с симптомами воспалительной боли в нижней части спины (ВБНЧС).

### Материал и методы

В исследование включено 18 пациентов мужского пола (средний возраст  $27 \pm 2,3$  года, средняя длительность заболевания  $12 \pm 1,5$  мес), имеющие положительный HLA-B27, с подозрением на наличие АС. У всех пациентов наблюдались характерные клинические признаки ВБНЧС, у 7 наряду с ВБНЧС наблюдались артриты, преимущественно коленных и голеностопных суставов. По данным лабораторных анализов у 16 пациентов были выявлены воспалительные изменения крови (повышение СОЭ  $> 10$  мм/ч, уровень С-реактивного белка  $> 6$  мг/л). Пациентам была проведена томография суставов и позвоночника (у всех изменения воспалительного характера), рентгенография КПС (у 10 имелись признаки сакроилиита I–II стадии). Всем обследованным была проведена МРТ КПС на МР-томографе Magnetom Avanto (Siemens) 1,5 Т с использованием поверхностной спинальной радиочастотной катушки, импульсных последовательностей (ИП) T1 и T2; T1 и T2 с подавлением сигнала от жировой ткани (FS) в косокоронарной и косоаксиальной плоскостях. При необходимости повторяли ИП T1 и T1 с подавлением сигнала от жировой ткани после внутривенного введения магнитно-резонансного контрастного вещества.

### Результаты/обсуждение

При анализе МРТ КПС воспалительные изменения (костномозговой отек в области подвздошных костей и крестца, зонах, прилегающих к крестцово-подвздошным сочленениям) были выявлены у 11 пациентов. У 4 пациентов были выявлены признаки сакроилиита I–II стадии на рентгенограммах костей таза, а у 7 — рентгенологические признаки сакроилиита отсутствовали.

### Выводы/заключение

Таким образом, МРТ является наиболее достоверным методом верификации диагноза АС в раннюю (дорентгенологическую) стадию, и выполнение данного исследования должно стать обязательным для всех пациентов с симптомами ВБНЧС при подозрении на наличие серонегативного спондилоартрита.

# ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ТЕЧЕНИЕ КОЖНОГО И СУСТАВНОГО СИНДРОМОВ

Никитин А.В.<sup>1</sup>, Евстратова Е.Ф.<sup>1</sup>,  
Горбатов М.Ф.<sup>1</sup>, Барсукова Н.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия;

<sup>2</sup>БУЗ ГО г. Воронеж «Городская клиническая больница №20», Воронеж, Россия

## Введение/цель

Псориаз – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи. К наиболее тяжелым, инвалидизирующим проявлениям данного заболевания относится поражение суставов – псориатический артрит (ПсА), который возникает у 6–42% пациентов с псориатическим поражением кожи. Цель – проанализировать зависимость между суставным и кожным синдромами у больных ПсА с сопутствующей соматической патологией под влиянием различных схем лечения.

## Материал и методы

Контролируемое исследование воздействия хромолазерным излучением (ХНИЛИ) в комбинации с артрофоном на показатели кожного и суставного синдромов проведено в динамике лечения 40 больным (20 мужчин и 20 женщин) ПсА с сопутствующей соматической патологией в возрасте 36–72 лет с умеренной и низкой активностью процесса. В контрольной группе больных (n=30), сопоставимых по возрасту, полу и тяжести заболевания, применялся метотрексат в комбинации с традиционной терапией по общепринятым схемам.

## Результаты/обсуждение

До лечения индекс PASI в испытуемой группе составил  $26,83 \pm 6,31$ . На 12–14-й день лечения отмечался значительный положительный эффект воздействия лечения комбинацией ХНИЛИ и артрофоном – процент регресса индекса составил  $26,8 \pm 1,62$ . Через 28–30 дней индекс PASI значил  $12,34 \pm 3,50$  балла и достоверно отличался от исходных значений ( $p < 0,05$ ), а процент регресса по сравнению с исходными изменениями кожи составил  $54,84 \pm 1,62$ . У больных значительно уменьшилась длительность утренней скованности: со  $110,6 \pm 12,8$  до  $86 \pm 11,36$  мин на 12–14-й день лечения и до  $60,2 \pm 6,2$  мин на 28–30-й день лечения. Суммарный показатель активности болезни DAS28 достоверно снизился в данной группе больных с  $6,26 \pm 0,36$  до лечения до  $3,8 \pm 0,26$  на 12–14-й день лечения и до  $3,22 \pm 0,22$  на 28–30-й день лечения. Отмечалась прямая корреляционная связь уже на 12–14-й день лечения между визуальной аналоговой шкалой и индексом PASI ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ). Не было ухудшения течения сопутствующей патологии. У больных, пролеченных метотрексатом и традиционными средствами, положительная достоверная динамика вышеперечисленных показателей наблюдалась только через 3 мес лечения, и показатели были достоверно хуже показателей больных, пролеченных ХНИЛИ и артрофоном ( $p < 0,05$ ). У 10% больных отмечались нежелательные реакции (НР).

## Выводы/заключение

Использование ХНИЛИ и артрофоона у больных ПсА значительно улучшает течение кожного синдрома и как следствие нормализует показатели активности воспалительного процесса в суставах, в более короткие сроки, что сопровождается уменьшением сроков временной нетрудоспособности и количеством НР.

# РОЛЬ И МЕСТО ОРТЕЗОТЕРАПИИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЫ

Никитин С.Е.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко», Воронеж, Россия

## Введение/цель

Назрела необходимость создания направления консервативной ортопедии, ориентированного на использование широких возможностей современных ортезов с учетом индивидуальных особенностей пациента и динамики изменений его биомеханического статуса. Цель – применение ортезов: стабилизация суставов, корректировка и устранение деформаций и контрактур, а при переломах – создание оптимальных условий для консолидации и профилактики или устранения тугоподвижности смежных суставов.

## Материал и методы

Клинической оценке была подвергнута группа из 602 больных с двусторонним гонартрозом, срок наблюдения от 1 года до 4 лет. В контрольной группе у 146 больных ортезотерапия не применялась. Ортезотерапия применена у 456 больных, из которых у 420 (92,1%) гонартроз сочетался с различными видами деформации стоп (комбинированное плоскостопие, косолапость, плосковальгусная деформация, поперечная распластанность, полая стопа и др.), а у 438 (96,1%) – с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с радикулярным синдромом.

## Результаты/обсуждение

Во всех трех группах при проведении ортезотерапии достигнут достоверно лучший эффект, чем в аналогичных клинических случаях без проведения ортезирования. Ортезы, применяемые даже в течение 6–12 ч в сутки (в наших наблюдениях среднее суточное время составило 8,5 ч), способствуют значительному снижению болевого синдрома, уменьшают суставные боли и позволяют снизить дозы анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) как минимум вдвое.

## Выводы/заключение

При проведении лечения пациентов с гонартрозом следует обращать внимание и на другие суставы, прежде всего – стоп и позвоночника, также требующих в ряде случаев ортезирования. Включение ортезирования в комплекс лечения пациентов с гонартрозом позволило уменьшить суточную дозу анальгетиков и НПВП в 2 раза, снизить болевой синдром в сравнении с контрольной группой в 1,8 раза и улучшить качество жизни в 1,2 раза.

# МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Никитина Н.М.<sup>1</sup>, Нам И.Ф.<sup>2</sup>, Ребров А.П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»

Минздрава России, Саратов, Россия;

<sup>2</sup>ГУЗ «Областная клиническая больница», Саратов, Россия

## Введение/цель

Терапия генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) является методом лечения наиболее тяжелых больных с ревматическими заболеваниями (РЗ). Актуальным представляется мониторинг активности заболевания и безопасности терапии на фоне терапии ГИБП. Цель – оценка эффективности и безопасности терапии ГИБП в реальной клинической практике.

## Материал и методы

В настоящее время в области на терапии инфликсимабом находится 31 пациент (18 жителей города, 13 – области): 4 – с ревматоидным артритом (РА), 2 – с псориатическим артритом (ПсА), 24 – с анкилозирующим спондилитом (АС), 1 – с неспецифическим аортоартериитом (НАА); на терапии этанерцептом – 2 больных (АС и ПсА); ритуксимабом – 10 пациентов (5 с РА, 3 с системной красной волчанкой, 2 с гранулематозом с полиангиитом – ГПА). Используемые дозы и схемы применения препаратов соответствуют рекомендуемым.

## Результаты/обсуждение

Клинический эффект от терапии инфликсимабом наступает в разные сроки в зависимости от нозологии: у больных АС – после 1–2 инфузий, при РА – после 3–7 инфузий. Эффект после курса ритуксимаба у больных РА отмечается не ранее 4–12-й недели, у больных СКВ и ГПА нормализация показателей крови отмечена через 3–4 нед после курса. Для оценки эффективности терапии у больных РА и ПсА используется DAS28, у больных АС – индексы BASDAI и ASDAS. На фоне проводимой терапии отмечено снижение ASDAS в среднем на 28% (от 4,7 до 41,8%), BASDAI – на 53% (от 20,3 до 77,5%), DAS28 – на 12,8% (от 4,6 до 26%). В связи с развитием вторичной неэффективности терапии (после 8–9-й инфузии инфликсимаба) у 3 больных АС интервалы между введениями были сокращены до 6 нед. Согласно существующим рекомендациям, исследование на латентный туберкулез должно проводиться у больных, получающих терапию ГИБП, не реже двух раз в год. При проведении планового рентгенологического исследования за последний год удалось выявить два случая туберкулеза без клинических проявлений заболевания. Пациентам прекращена терапия ГИБП, проводится лечение противотуберкулезными препаратами. Мониторинг вирусной нагрузки у больных с хроническими вирусными гепатитами позволил своевременно отменить ГИБП и назначить противовирусную терапию у одного больного с хроническим гепатитом С.

## Выводы/заключение

Терапия ГИБП достоверно улучшает клинико-лабораторное течение РЗ, значительно повышая качество жизни

пациента. Мониторинг активности и переносимости терапии в реальной клинической практике позволяет повысить эффективность и избежать негативных последствий терапии.

# ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РАЗНЫЕ ГОДЫ НАБЛЮДЕНИЯ

Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Ребров А.П.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»

Минздрава России, Саратов, Россия

## Введение/цель

В основе клинического подхода в медицине лежит понимание того, что нужно «лечить не болезнь, а больного». Изучение коморбидности выделено в отдельное научное направление исследований. Ревматоидный артрит (РА) остается одним из наиболее распространенных заболеваний суставов. Цель – изучить структуру коморбидных состояний у разных групп больных РА в разные годы наблюдения.

## Материал и методы

Структура коморбидности изучена у больных РА, находившихся на лечении в ревматологическом отделении Областной больницы г. Саратова в разные годы. Первая группа включала 201 больного, обследованного в 2006–2007 гг., вторая группа – 264 больных, обследованных в 2011–2012 гг. В обеих группах преобладали женщины (88,9 и 84,5%). Пациенты были сопоставимы по возрасту и продолжительности заболевания.

## Результаты/обсуждение

По частоте встречаемости коморбидной патологии больные были сопоставимы: в первой группе коморбидность выявлена у 83,1% больных, во второй – у 82,2% больных. Сочетание от 2 до 5 нозологий в последние годы наблюдается значительно чаще (64,9%) по сравнению с больными, обследованными ранее (44,3%). Достаточно часто выявляется артериальная гипертензия (АГ) – у 61,5% больных в первой и 50,7% больных во второй группе, остеоартроз (ОА) – у 41,9 и 47,5% больных. В 1,5 раза в 2011–2012 гг. возросла частота встречаемости различных форм ишемической болезни сердца (ИБС; с 23,4 до 42,4%). В то же время частота инфарктов, инсультов остается на прежнем уровне. Частота встречаемости ряда заболеваний (сахарный диабет 2-го типа, бронхиальная астма, хронический аутоиммунный тиреоидит) остается на одном уровне. В последние годы отмечается увеличение числа больных, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Так, частота проявлений хронического гастрита увеличилась с 13,8% в первой группе до 34,6% во второй группе, хронического холецистита – с 5,9 до 23,9% соответственно. В 3 раза чаще стал диагностироваться хронический пиелонефрит (4,8 и 23,1% больных). Обострение хронических заболеваний ЖКТ и мочевыводящих путей затрудняет подбор базисной терапии и увеличивает сроки пребывания пациентов в стационаре.

## Выводы/заключение

У больных РА частота встречаемости коморбидной патологии остается на высоком уровне. В структуре комор-

бидных состояний преобладают АГ и ОА. В последние годы отмечается увеличение частоты встречаемости ИБС, за счет стабильных форм, заболеваний ЖКТ и мочевыводящих путей. Наличие коморбидной патологии влияет на течение РА, затрудняя подбор терапии, снижая ее эффективность, увеличивая длительность обострений.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Никитина Н.М., Романова Т.А.,  
Александрова Н.Л., Ребров А.П.

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

### Введение/цель

Артериальная гипертензия (АГ) в Российской Федерации остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Распространенность АГ среди населения составляет 39,5%, принимают антигипертензивные препараты только 59,4% больных АГ. РА является одним из наиболее распространенных заболеваний суставов, а анализ данных литературы свидетельствует о высокой частоте встречаемости АГ у больных РА. Таким образом, проблема назначения антигипертензивной терапии этой категории больных является актуальной.

### Материал и методы

Мы проанализировали применение антигипертензивных препаратов у двух групп больных: 39 женщин с РА в сочетании с АГ, развившейся до РА (средний возраст 58,3±12,3 года, средняя продолжительность АГ 16,97 года, средний возраст дебюта АГ 40,8±6 лет); 31 женщина с АГ (средний возраст 58,6±5,4 года, средняя продолжительность АГ 16,8 года, средний возраст дебюта АГ 41,8±4 года). По стадии АГ и риску развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений (SCORE) пациенты обеих групп были сопоставимы.

### Результаты/обсуждение

При АГ и РА средний риск имели 15,4%, высокий и очень высокий риск – 30,8% пациентов, а при использовании модифицированного SCORE больные с высоким риском составили 46,2%. При изолированной АГ средний риск имели 9,3%, высокий и очень высокий – 48% больных. 69,3% пациентов с РА и АГ получали регулярную антигипертензивную терапию, 33,3% из них – комбинации препаратов. У 74,2% больных АГ проводилась регулярная терапия, из них 30,4% пациентов получали комбинированную терапию. У 30,7% больных РА коррекция антигипертензивной терапии проводилась только в стационаре. Наиболее часто применяемыми группами препаратов для лечения АГ у пациентов с РА являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ; 71,1% больных) и β-блокаторы (40% пациентов). Антагонисты кальция на амбулаторном этапе получали только 18,2% больных РА, в то время как результаты клинических исследований свидетельствуют в пользу того, что антагонисты кальция – класс препаратов, которые не теряют эффективности при сочетании с НПВП, в отличие от β-блокаторов и иАПФ.

У больных АГ на амбулаторном этапе одинаково часто использовались как иАПФ, так и β-блокаторы (61,2%), блокаторы ангиотензиновых рецепторов (35,4%), антагонисты кальция (25,8%).

### Выводы/заключение

У больных РА частота использования регулярной антигипертензивной терапии ниже, чем у больных АГ, что может быть связано с недооценкой риска развития сердечно-сосудистых осложнений. В качестве первого препарата для лечения АГ при РА наиболее часто используются иАПФ.

## РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДЕЛИ FRAX®

Никитинская О.А., Торопцова Н.В.

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

### Введение/цель

Оценить прогностическую ценность российской модели FRAX® у женщин в возрасте 50 лет и старше.

### Материал и методы

В пилотное исследование включены 86 женщин в возрасте от 50 до 79 лет (средний возраст 63±6,8 года), обследованные в 2003 г. в НИИР РАМН, на которых ретроспективно заполнен опросник FRAX® для определения 10-летнего абсолютного риска переломов. Риск основных остеопоротических переломов оценивался в соответствии с порогом терапевтического вмешательства, предложенного Российской ассоциацией по остеопорозу в 2012 г. без учета денситометрических показателей плотности кости. В 2013 г. проведен телефонный звонок для регистрации возможных переломов за прошедший 10-летний период.

### Результаты/обсуждение

За 10-летний период переломы при минимальном уровне травмы различных локализаций, кроме переломов пальцев рук, ног и костей черепа, произошли у 49 (57%) женщин. Средний возраст пациенток был 63,9±6,0 и 62,5±7,3 года для групп с переломами и без них соответственно (p=0,38). Средний показатель FRAX® у лиц с переломами был выше (22,4±5,2%) по сравнению с пациентками без новых переломов (12,3±4,3%; p<0,0001). Среди женщин с новыми переломами в анамнезе они были у 33 (67%) человек, в группе без переломов – лишь у 15 (41%) человек (p=0,02). Наличие переломов в анамнезе увеличивало риск последующих в 3 раза: отношение шансов 3,03 [95% доверительный интервал (ДИ) 1,14–8,13]. Значение FRAX® выше порога терапевтического вмешательства выявлено у 34 (40%) анкетированных лиц. Высокий FRAX® в группе с новыми переломами определялся у 23 (48%) участниц, а в группе без переломов – у 11 (30%; p=0,16). Чувствительность российской модели FRAX® составила 47%, специфичность – 70%. Наличие перелома в анамнезе и высокое значение FRAX® повышает риск новых переломов в 3,23 раза (95% ДИ 1,03–10,35; p=0,04) по сравнению с отсутствием переломов и низким относительным 10-летним риском. Чувствительность российской модели FRAX® при наличии перелома в анамнезе увеличилась до 61%, в то же время специфичность снизилась до 33%. Наличие других факторов риска (курение, ранняя менопауза, перелом бедра у родителей) в сочетании с высоким значением FRAX®

не показало дополнительного влияния на увеличение риска новых переломов.

#### **Выводы/заключение**

Полученные нами предварительные данные указывают на необходимость коррекции порога терапевтического вмешательства в российской модели FRAX®, в которой не учитываются данные минеральной плотности костной ткани.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТЕОПОРОЗОМ В ФЕДЕРАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ (г. Чебоксары)**

Николаев Н.С.<sup>1</sup>, Безлюдная Н.В.<sup>1</sup>,

Башкова И.Б.<sup>2</sup>, Черкасова И.В.<sup>1</sup>, Дербенева О.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России, Чебоксары, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия

#### **Введение/цель**

В настоящее время активно обсуждается вопрос взаимодействия врача травматолога-ортопеда и врача-терапевта в лечении и профилактике остеопороза (ОП) и повторных переломов.

#### **Материал и методы**

Проведена оценка диагностики ОП среди пациентов, поступивших на оказание высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи (ВМП, СМП) и обратившихся на консультативный прием в поликлинику ФЦТОЭ за период с 1 января 2011 г. по 30 июня 2013 г., а также проведена оценка эффективности терапии ОП у жителей Чувашской Республики, получивших оперативное лечение в условиях ФЦТОЭ с 1 августа 2010 г. по 31 июля 2011 г.

#### **Результаты/обсуждение**

За указанный период в условиях кабинета профилактики и лечения остеопороза проконсультировано 1913 пациентов с ОП, в каждом втором случае выявлен ОП с переломами (53,4%). Преобладали пациенты стационара (71%). Доля пациентов с ОП среди всех прошедших оперативное лечение составила 10,3% (1365 из 13 262 человек). Эндопротезирование тазобедренного сустава для жителей Чувашии в 27,3% случаев (306 человек из 1120) проведено по поводу перелома проксимального отдела бедренной кости. Доля пациентов из Чувашии среди всех, кому выставлен диагноз ОП, составила 64,8%. Среди пациентов с ОП из других регионов на первом месте были жители Республики Татарстан – 187 человек (9,8%), на втором месте – Республики Марий-Эл – 150 человек (7,8%), на третьем – жители Ульяновской области – 120 (6,3%), на четвертом – пациенты из Кировской области – 88 (4,6%). 80% из прошедших денситометрию через 1 год на этапе катамнеза (56 человек) получали лечение ОП. Положительная динамика минеральной плотности костной ткани (МПКТ) выявлена у 42 пациентов, принимавших антирезорбтивные препараты в сочетании с комбинированными препаратами кальция и витамина D (прирост МПКТ в проксимальном отделе

бедренной кости на  $8,5 \pm 6,8\%$ , в поясничных позвонках на  $10,7 \pm 7,7\%$ ). Отсутствие терапии привело к прогрессированию ОП у 14 больных. У них отмечено снижение МПКТ в проксимальном отделе бедра на  $7,8 \pm 4,5\%$ , в поясничных позвонках на  $4,7 \pm 2,7\%$  и возникновение повторных переломов в трех случаях: два перелома проксимального отдела бедренной кости и перипротезный перелом нижней трети бедренной кости.

#### **Выводы/заключение**

Полученные результаты свидетельствуют об актуальности организации кабинета профилактики и лечения остеопороза в стационарах травматологического профиля, что обеспечивает предупреждение развития повторных переломов и механических осложнений после оперативного лечения.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МНОГОПАРАМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛАБОРАТОРНЫХ БИОМАРКЕРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

Новиков А.А.<sup>1</sup>, Александрова Е.Н.<sup>1</sup>, Герасимов А.Н.<sup>2</sup>,

Каратеев Д.Е.<sup>1</sup>, Попкова Т.В.<sup>1</sup>, Лучихина Е.Л.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Минздрава России, Москва, Россия

#### **Введение/цель**

Регулярный контроль активности заболевания является ключевым компонентом ведения больных ревматоидным артритом (РА). Количественная оценка статуса пациента дает возможность разрабатывать стандартизованные показания для применения противоревматической терапии. Цель – выявление комплекса лабораторных биомаркеров, способных отражать активность РА.

#### **Материал и методы**

Обследовано 58 пациентов с РА: 46 женщин и 12 мужчин, возраст 49 (47–58) лет, длительность 48 (28–120) мес, DAS28=4,8 (3,85–5,8), а также 30 здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными больными. Больные РА были разделены на группы с высокой/умеренной и низкой активностью заболевания по DAS28. Концентрации 30 биомаркеров в сыворотке крови измеряли с использованием иммунонефелометрического метода, иммуноферментного анализа и технологии xMAP.

#### **Результаты/обсуждение**

Проведение многофакторного анализа позволило выделить факторы, наиболее связанные с высокой/умеренной активностью РА по DAS28: фактор роста фибробластов (FGF), моноцитарный хемоаттрактантный белок 1 (MХБ1), интерлейкин 1β (ИЛ1β), ИЛ6, ИЛ15, фактор некроза опухоли α (ФНОα). Полученные данные позволили создать многопараметрический диагностический индекс (МДИ) для оценки активности РА, рассчитывающуюся по следующей формуле:  $-0,0413 + 0,006 \cdot [FGF] + 0,006 \cdot [ИЛ1\beta] + 0,005 [MХБ1] - 0,004 \cdot [ФНО\alpha] + 0,002 \cdot [ИЛ6] - 0,007 \cdot [ИЛ15]$ . Концентрации цитокинов выражаются в значениях рангов их концентраций, результат расчета – в условных единицах. Коэффициент корреляции значений

полученного МДИ и DAS28 составил 0,38 ( $p < 0,05$ ). По данным ROC-анализа данный индекс обладает «отличной» диагностической эффективностью при дифференциации высокой/средней активности РА от низкой (площадь под кривой 0,94; 95% доверительный интервал 0,88–1,0). В качестве точки отсечения (cut off) выбрано значение 0,65.

#### **Выводы/заключение**

Создание независимого от субъективной оценки иммунологического МДИ, обладающего более высоким диагностическим значением по сравнению с используемыми в клинической практике индексами, может являться качественно новым этапом в оценке и контроле активности РА.

## **КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РАМКАХ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕМАРКА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)**

Новикова Д.С.<sup>1</sup>, Попкова Т.В.<sup>1</sup>,  
Кириллова И.Г.<sup>1</sup>, Горбунова Ю.Н.<sup>1</sup>, Маркелова Е.И.<sup>1</sup>,  
Фомичева О.А.<sup>2</sup>, Новиков А.А.<sup>1</sup>, Александрова Е.Н.<sup>1</sup>,  
Каратеев Д.Е.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава России, Москва, Россия

#### **Введение/цель**

Большинство больных ранним ревматоидным артритом (РА) до начала терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) имеют высокий и очень высокий кардиоваскулярный риск (КВР). Цель – оценить, может ли терапия, направленная на подавление активности РА, замедлить прогрессирование атеросклероза и снизить КВР.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 74 пациента (72% женщин, возраст 56 [56; 61] лет) с ранним РА (критерии ACR/EULAR 2010 г.) с умеренной (35%)/высокой (65%) активностью (DAS28=5,6 [5,0; 6,3]) и позитивностью по ревматоидному фактору (РФ; 87%)/антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП; 100%) без опыта приема БПВП и глюкокортикоидов. Всем пациентам был назначен метотрексат (МТ) подкожно с эскалацией дозы до 25 мг/нед, при отсутствии эффекта через 3 мес в схему лечения включали адалимумаб (АДА) подкожно в дозе 40 мг/2 нед. Через 6 мес 16% больных достигли ремиссии, 37% – низкой активности, 41/6% сохранили умеренную/высокую активность РА. Определение традиционных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), атеросклероза сонных артерий (АСА) по данным дуплексного сканирования СА, кальциноза коронарных артерий (ККА) по данным мультиспиральной компьютерной томографии и оценка степеней КВР (рекомендации Российского кардиологического общества 2011 г.) проведены у всех пациентов до начала терапии и через 6 мес лечения МТ/МТ+АДА.

#### **Результаты/обсуждение**

Частота артериальной гипертензии (62 и 65%), дислипидемии (68 и 79%), абдоминального ожирения (55

и 52%), гиподинамии (49 и 49%), курения (21 и 19%), сахарного диабета 2-го типа (7 и 7%) до лечения и через 6 мес достоверно не изменилась. Отмечено увеличение уровня общего холестерина на 8% ( $p < 0,05$ ), холестерина липопротеидов высокой плотности на 31% ( $p < 0,005$ ) и уменьшение индекса атерогенности на 16% ( $p < 0,005$ ). Выявлено увеличение частоты АСА (63 и 74%;  $p > 0,05$ ) и ККА (42 и 47%;  $p > 0,05$ ), что привело к увеличению доли лиц с очень высоким КВР (66 и 76%;  $p > 0,05$ ). Значимое прогрессирование АСА отмечено в группе лиц, не получавших статины ( $n=50$ ; 47 и 67%;  $p < 0,05$ ), в отличие от пациентов, принимавших статины ( $n=24$ ; 83 и 89%). Также выявлено большее нарастание АСА у больных, сохраняющих умеренную/высокую активность ( $n=38$ ; 17%) по сравнению с пациентами, достигшими ремиссии/низкой активности ( $n=36$ ; 10%;  $p > 0,05$ ). Частота АСА и ККА у больных, достигших ремиссии ( $n=11$ ), не изменилась (36 и 36%; 18 и 18% соответственно).

#### **Выводы/заключение**

У больных ранним РА через 6 мес отмечено увеличение процента больных РА с очень высоким КВР за счет повышения частоты АСА и ККА, особенно у пациентов, не получавших статины и не достигших ремиссии заболевания.

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ**

Октябрьская И.В.<sup>1</sup>, Беляева И.Б.<sup>2</sup>, Ташлыков В.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>СПб ГУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

#### **Введение/цель**

Сравнительная оценка показателей клинической активности, качества жизни и психологического статуса пациентов с ревматоидным артритом (РА) на фоне терапии метотрексатом (МТ) и комбинированной терапии МТ и инфликсимабом (ИНФ).

#### **Материал и методы**

Включено 60 пациентов с достоверным диагнозом РА (по критериям ACR 1987 г.). В качестве базисной терапии все пациенты получали МТ (10–15 мг/нед) – группа I ( $n=30$ ). Пациентам группы II ( $n=30$ ) на фоне лечения МТ назначался ИНФ из расчета 3 мг/кг внутривенно капельно по стандартной схеме (2-я, 6-я недели, далее каждые 8 нед). Каждый из пациентов получил не менее трех инъекций препарата. При наличии признаков тревоги и депрессии пациентам был предложен прием amitриптилина в дозе 50 мг/сут в течение месяца.

#### **Результаты/обсуждение**

В группе I у пациентов после 6 мес терапии МТ отмечена тенденция к снижению значений HAQ, СОЭ и DAS28, однако достоверных различий с исходными показателями получено не было. В группе II у пациентов после 6 мес терапии МТ и ИНФ наблюдалось статистически значимое уменьшение показателей HAQ, СОЭ, снижение DAS28 с 5,3 до 3,4 ( $3,2 \leq DAS28 \leq 5,1$ ), что соответствовало умеренной активности заболевания и удовлетворительному ответу на терапию по критериям ELUAR ( $\Delta DAS28$ ). В группе I, по срав-

нению с группой II, определялось меньшее число пациентов, имевших высокую стрессоустойчивость по опроснику Холмса (43,7 и 29,9%), и большее число пациентов с выраженной астенией (6,2 и 20,4% при  $p < 0,05$ ).

#### **Выводы/заключение**

Применение комбинированной терапии ИНФ и МТ у больных с развернутым РА при отсутствии эффекта от монотерапии МТ в дозе не менее 10–15 мг/нед ведет к значимому снижению клинической активности болезни по показателям DAS28 и улучшению показателей функционального индекса оценки здоровья. Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между значениями индекса HAQ и числом пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами при РА. При значениях индекса HAQ  $\geq 1,82$  в 100% случаев выявлены клинически выраженная тревога и депрессия, умеренная или выраженная астения и низкая сопротивляемость стрессу. Включение amitриптилина в комплексную терапию больных РА и тревожно-депрессивными расстройствами приводит к снижению интенсивности болевого синдрома по ВАШ, уменьшению числа болезненных и припухших суставов, повышению показателей HAQ, а также к уменьшению выраженности тревоги и депрессии и повышению стрессоустойчивости.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУММАРНЫХ ИНДЕКСОВ АКТИВНОСТИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТАТУСА БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ**

Олонин Ю.А., Федина Т.П.,

Никишина Н.Ю., Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л.

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

#### **Введение/цель**

Сопоставить результаты оценки активности ревматоидного артрита (РА) с помощью индексов DAS28, SDAI и CDAI при проведении лечения до достижения цели в российской популяции больных.

#### **Материал и методы**

В исследование включались пациенты с активным РА, имеющие не менее 3 припухших и 3 болезненных суставов в сочетании с увеличением СОЭ или повышением уровня С-реактивного белка (СРБ). Всем пациентам назначался метотрексат, начиная с 10 мг в неделю с повышением дозы до 20–25 мг в неделю при хорошей переносимости. Пациенты обследовались на момент включения и затем каждые 3 мес. Для оценки активности РА применялись индексы DAS28, SDAI и CDAI. Цель – достижение низкой активности или ремиссии заболевания.

#### **Результаты/обсуждение**

Включено 30 больных РА, соответствующих критериям ACR 1987 г. Среди них было 23 женщины и 7 мужчин, средний возраст  $50,3 \pm 12,2$  года, средняя длительность болезни  $20,0 \pm 17,7$  мес. На момент включения у 19 больных была высокая, у 10 – умеренная и у 1 – низкая активность РА по DAS28. На фоне проводимой терапии число пациентов с высокой активностью быстро снижалось и спустя 12 мес среди 16 больных, обследованных на тот момент, у одного была высокая, у 7 – умеренная и у одного – низкая активность, а у 7 – ремиссия по DAS28. При анализе

результатов обследования пациентов во время 142 визитов высокая активность с помощью DAS28, SDAI и CDAI выявлялась с сопоставимой частотой (во время 33, 24 и 26 визитов). Умеренная активность по DAS28 выявлялась достоверно чаще, чем по CDAI (во время 54 и 38 визитов соответственно;  $p < 0,05$ ), хотя частота ее выявления по SDAI (во время 44 визитов) существенно не отличалась от DAS28. DAS28 показывал низкую активность достоверно реже, чем SDAI и CDAI (соответственно во время 14, 44 и 46 визитов;  $p < 0,01$ ). В то же время частота выявления ремиссии для DAS28, SDAI и CDAI была сопоставима (во время 41, 33 и 32 визитов соответственно).

#### **Выводы/заключение**

Результаты настоящей работы существенно отличаются от данных зарубежных исследований, в которых ремиссия по SDAI и CDAI выявлялась достоверно реже, чем по DAS28. Это расхождение может быть связано с включением в число исходных параметров для SDAI и CDAI общей оценки активности врачом, которая является субъективным и нестандартизованным показателем, оказывающим значительное влияние на результат определения активности РА по SDAI и CDAI.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВУХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: 6-МЕСЯЧНОЕ РАΝДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Орлова Е.В.<sup>1</sup>, Каратеев Д.Е.<sup>1</sup>, Кочетков А.В.<sup>2</sup>,

Денисов Л.Н.<sup>1</sup>, Можар Т.Е.<sup>1</sup>, Кузьяков С.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России», Москва, Россия

#### **Введение/цель**

Многочисленные исследования демонстрируют эффективность различных программ лечебной физкультуры (ЛФК) у больных ревматоидным артритом (РА). При этом оптимальные комплексы упражнений не определены. Многие ревматологи боятся назначать интенсивные тренировки при РА. Цель – сравнить 6-месячную эффективность двух программ ЛФК у больных ранним РА.

#### **Материал и методы**

Больные ранним РА ( $n=51$ ) были рандомизированы на три группы. На стационарном этапе 15 пациентам проводилось 10 высокоинтенсивных динамических тренировок (ВДТ) с использованием тренажеров Enraf-Nonius по 45–60 мин (разминка и заключительная часть на кардиотренажерах En-Cardio, основная часть из 18–22 упражнений на силовых тренажерах En-Dynamic Track), 18 больным – 10 занятий лечебной гимнастикой (ЛГ) для суставов по 45 мин под руководством инструктора, с продолжением занятий дома по 45 мин 3 раза в неделю в течение 6 мес. 18 больных получали только медикаментозную терапию (контроль). Оценивались число болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС), СОЭ, боль по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индексы DAS28, HAQ, RAPID3, средние мощности разгибания коленных и сгибания голеностопных суставов с помощью En-TreeM анализа движений.

### Результаты/обсуждение

Через 6 мес наблюдались достоверные различия между обеими группами ЛФК и контролем по большинству показателей ( $p < 0,05$ ). Клиническая эффективность ВДТ на тренажерах была выше, чем ЛГ, по ЧБС, индексам HAQ и RAPID3 ( $p < 0,05$ ). Через 6 мес в 1-й группе ЧБС снизилось на 62,0%, ЧПС – на 56,3%, СОЭ – на 54,8%, боль по ВАШ – на 60,7%, DAS28 – на 0,99±0,14, HAQ – на 0,91±0,33, RAPID3 – на 5,22±1,25, средняя мощность разгибания более слабого коленного сустава повысилась на 74,7%, сгибания более пораженного голеностопного сустава – на 71,8% ( $p < 0,01$ ). Через 6 мес у большинства пациентов обеих групп ЛФК отмечалась низкая активность по DAS28 (66,7 и 57,1% против 36,7% в контрольной группе;  $p < 0,05$ ). Приверженность регулярным занятиям ЛГ была лучше, чем ВДТ на тренажерах (77,8% против 60,0%).

### Выводы/заключение

Обе программы ЛФК снижают болевой синдром, улучшают двигательные возможности, функциональный статус и качество жизни больных ранним РА без повышения активности болезни, в том числе при высокоинтенсивных тренировках. ЛФК необходимо назначать пациентом с РА с момента установления диагноза.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧЕТЫРЕХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Орлова Е.В.<sup>1</sup>, Каратеев Д.Е.<sup>1</sup>, Кочетков А.В.<sup>2</sup>, Денисов Л.Н.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;  
<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России», Москва, Россия

### Введение/цель

Необходимость ранней активной медикаментозной терапии ревматоидного артрита (РА) подтверждена многочисленными исследованиями, при этом вопрос об эффективности раннего начала реабилитации остается открытым. Цель – сравнить эффективность четырех реабилитационных программ у больных ранним РА в течение 6 мес.

### Материал и методы

Было включено 128 больным ранним РА. 34 пациента (1-я группа) проводилась комплексная реабилитация (стационарный этап, 2 нед): локальная воздушная криотерапия (ЛВКТ) при  $-60^{\circ}\text{C}$ , 10 процедур по 15 мин, лечебная гимнастика (ЛГ) для суставов и эрготерапия по 45 мин, по 10 занятий, образовательная программа из четырех занятий по 90 мин; амбулаторно-домашний этап (6 мес): ЛГ 3 раза в неделю, ортезирование. 2-я группа (31 пациент) получала ЛВКТ, ЛГ и эрготерапию в стационаре, с продолжением занятий ЛГ в течение 6 мес. 15 пациентам (3-я группа) на стационарном этапе проводилось 10 высокоинтенсивных динамических тренировок на тренажерах Enraf-Nonius по 45–60 мин, 18 (4-я группа) – 10 занятий ЛГ, с продолжением занятий дома в течение 6 мес. 30 больных получали только медикаментозную терапию (контроль). Оценивались число болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС), СОЭ, боль по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индексы DAS28, HAQ,

RAPID3, сила сжатия кистей, средние мощности разгибания коленных и сгибания голеностопных суставов с помощью En-TreeM анализа движений.

### Результаты/обсуждение

Через 6 мес наиболее выраженная положительная динамика большинства показателей наблюдалась в 1-й группе: ЧБС снизилось на 72,3%, ЧПС – на 74,1%, СОЭ – на 58,2%, боль по ВАШ – на 70,4%, DAS28 – на 1,38 ± 0,21, HAQ – на 0,97±0,56, RAPID3 – на 5,98±0,92, сила сжатия более пораженной кисти повысилась на 44,9%, мощность разгибания более слабого коленного сустава – на 88,7%, сгибания более пораженного голеностопного сустава – на 81,6% ( $p < 0,01$ ).

### Выводы/заключение

Шестимесячная комплексная реабилитация, включающая основные элементы мультидисциплинарной медицинской помощи (физиотерапия, лечебная физкультура, эрготерапия, ортезирование, образовательная программа), оказывает наилучшее влияние на параметры активности заболевания, болевого синдрома, функциональный статус, двигательную активность и качество жизни. Улучшение среднесрочных исходов раннего РА показывает целесообразность включения реабилитационных технологий в стратегию Treat to Target совместно с медикаментозной терапией.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРЕХ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭРОЗИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СУСТАВОВ КИСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Осиянц Р.А.<sup>1</sup>, Каратеев Д.Е.<sup>2</sup>, Панасюк Е.Ю.<sup>2</sup>, Лукина Г.В.<sup>2</sup>, Смирнов А.В.<sup>2</sup>, Минович О.В.<sup>2</sup>, Глухова С.И.<sup>2</sup>, Александрова Е.Н.<sup>2</sup>, Волков А.В.<sup>2</sup>, Насонов Е.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Центральная клиническая больница №1 ОАО «РЖД», Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

### Введение/цель

Выбор оптимального метода визуализации для оценки начальных эрозивных изменений суставов у пациентов с ревматоидным артритом (РА) – важный и окончательно не решенный вопрос. Мнение о ценности отдельных методов неоднозначно. Цель исследования – оценить информативность результатов ультрасонографии (УЗИ), низкопольной магнитно-резонансной томографии (МРТ) и рентгенографии в диагностике эрозивного процесса пястно-фаланговых суставов (ПФС) у 24 пациентов с РА.

### Материал и методы

Включено 24 пациента (18 женщин и 6 мужчин) с диагнозом РА (ACR, 1987): медиана возраста 50 [41,5; 54,5] лет, длительности болезни – 5,2 [3; 7,5] года, DAS28-СРБ – 6,89 [6,05; 7,23]. Всем больным проводились УЗИ (Voluson-i, General Electric, США, линейный датчик 4–13 МГц), МРТ (ESAOTE ARTROSCAN-C 0.2 T, Италия) и рентгенография суставов кисти с билатеральной прицельной оценкой костного контура II–V ПФС. Углубление костного контура, визуализируемое в двух перпендикулярных срезах шириной  $>2$  мм, указывало в пользу эрозии.



### Результаты/обсуждение

Сонография достоверно чаще верифицировала эрозии, чем рентгенография, как по числу пациентов (91,6 и 41,7%;  $p=0,004$ ), так и по количеству суставов (39 и 18,7%;  $p=0,03$ ). При сопоставлении с данными МРТ статистически значимое превосходство УЗИ наблюдалось только по общему числу больных (91,6% против 58,3%;  $p=0,02$ ). Детальный анализ локализации эрозий продемонстрировал хорошую степень гармонизации результатов исследования и низкую частоту ложноотрицательных значений УЗИ. При этом процент согласия варьировал между данными рентгенографии и сонографии от 54 до 86, а между УЗИ и МРТ – от 54 до 79, составив в среднем 65,6. Достоверность полученных результатов подтверждена корреляционным анализом, в котором наиболее тесные взаимосвязи прослеживались между показателями УЗИ и рентгенографии ( $r=0,715$ ;  $p<0,0001$ ).

### Выводы/заключение

В целом сопоставимость данных сонографии с рентгенографией и низкопольной МРТ в верификации структурных изменений ПФС свидетельствует об эффективности УЗИ в диагностике ранних деструкций и возможности ее использования в оценке прогноза болезни.

## АРТРОДЕЗИРОВАНИЕ ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА I ПАЛЬЦА РЕВМАТОИДНОЙ СТОПЫ: ВЫБОР МЕТОДА, ОСЛОЖНЕНИЯ, ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Павлов В.П., Хренников Я.Б.

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

### Введение/цель

Изучить особенности артродезирования I плюснефалангового сустава (I ПЛФС) у больных ревматоидным артритом (РА) со стойкими деформациями переднего отдела стопы, выявить осложнения, а также оценить отдаленные результаты оперативного лечения.

### Материал и методы

В исследование вошли 86 пациентов с РА, соотношение женщины: мужчины – 32:1, возраст  $53,8\pm 9,5$  года (18–75 лет), серопозитивных – 80, серонегативных – 6, минимальная активность установлена у 72 пациентов, средняя – у 14. II стадия РА – 31,4%, III – 62,8%, IV – 5,8%. Функциональный класс (ФК) I и II – 52,3 и 47,7% соответственно. Все пациенты имели типичную деформацию переднего отдела стоп – *digitis V rheumaticus* (DVR) – с I, II и III степенями выраженности, для лечения которых использованы стандартная глобальная реконструктивная операция – сГРО и модернизированный вариант – мГРО. Оба вида операций включают артродезирования I ПЛФС с фиксациями спицами Киршнера при выраженном остеопорозе и компрессионными скобками у пациентов с типичными проявлениями остеопороза костей ПЛФС. Больным группы А ( $n=68$ ) с I и II степенями деформации DVR произведены мГРО, а группе Б с III степенью DVR ( $n=73$ ) – сГРО. Наряду с артродезом I ПЛФС артропластика II–V ПЛФС являлась частью сГРО, Вейл-остеотомия II–IV ПЛФС (суста-

восберегающая операция) – включалась в мГРО. Оценивались результаты хирургического лечения отдельно для I и II–V пальцев.

### Результаты/обсуждение

Оценка отдаленных результатов артродезирования I ПЛФС ревматоидной стопы в соответствии со шкалой AOFAS до и через 2,5 года (от 1 года до 4 лет) после операции у пациентов группы А была  $35,51\pm 8,16 / 82,32\pm 6,09$  и у пациентов группы Б –  $39,93\pm 6,65 / 82,26\pm 5,59$  балла. Несостоятельность артродезов I ПЛФС ревматоидной стопы установлена в первые 6 мес после операции у 3 больных группы Б, что составило 2,2%. Реартродезирования у них с фиксацией спицами Киршнера дало положительные результаты. До операции 3 из 141 стопы имели II степень вальгусного отклонения в пределах  $21-40^\circ$ ; III и IV степени вальгусного отклонения –  $41-60^\circ$  и  $>60^\circ$  – отмечены у 90 и 48 стоп соответственно. Через 2,5 года в среднем после артродезирования нормальные вальгусные отклонения –  $10-12^\circ$  – отмечены у 131 стопы, II степени –  $11-20^\circ$  – у 10 стоп.

### Выводы/заключение

Доказана эффективность артродезирования ПЛФС I пальца ревматоидной стопы у пациентов группы А в 100% и группы Б – в 95,9% случаев. Нормализация осевых соотношений I пальца ревматоидной стопы по сравнению с дооперационными данными отмечена у 92,9% пациентов обеих групп. Отдаленные результаты со сроками наблюдения в среднем 2,5 года после хирургического лечения по шкале AOFAS в баллах соответствовали оценке «хорошо» в 97,8% случаев.

## К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА

Паскарь-Негреску А.Г., Гроппа Л.Г.,  
Кябуру Л.И., Булгак-Чепой Д.В.

*Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемиану, Кишинев, Молдова*

### Введение/цель

Феномен криоглобулинемии и криоглобулинемический васкулит (КВ) связывают преимущественно с наличием вируса гепатита С (HCV). Все же у достаточно большого числа больных данная инфекция не выявляется и многие аспекты КВ, в том числе и этиология, остаются малоизученными. Цель – изучить соотношение первичного и вторичного КВ, а также проследить частоту вероятных этиологических факторов данного заболевания.

### Материал и методы

В исследование вошли 56 больных КВ (15 мужчин и 41 женщина в возрасте от 18 до 67 лет), которые наблюдались на протяжении 2–7 лет. Проведенные обследования – общеклинические, биохимические, иммунологические: маркеры вирусных инфекций HCV, гепатитов В (HBV) и D (HDV), цитомегаловируса, herpes simplex (иммуноферментным методом), ADN HBV, ARN HCV (полимеразной цепной реакцией), ревматоидный фактор, антигена к циклическому цитруллинированному пептиду, криоглобулины, IgA, IgM, IgG, антигена к стрептолизину О, антинуклеарные цитоплазматические антигена, антигнуклеарные антигена, циркулирующие иммунные комплексы, антигена к двуспиральной ДНК, С-реактивный белок.

При необходимости проводилось рентгенологическое исследование пораженных суставов, а также легких, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости.

#### **Результаты/обсуждение**

У 56 обследованных нами пациентов с большей частотой выявлена HCV-инфекция – в 21 (37,5%) случае, часто обнаруживалась и HBV-инфекция – у 16 (28,6%) пациентов (из них 2 случая HBV + HDV). У 7 (12,5%) пациентов обнаружен  $\beta$ -гемолитический стрептококк, и по одному больному было с цитомегаловирусной и герпетической инфекцией. В двух случаях HBV-инфекции выявлены онкологические заболевания в анамнезе: карцинома кишечника и молочной железы. У 9 (17,8%) больных не удалось идентифицировать какие-либо возможные этиологические факторы. У больных с КВ и стрептококковой инфекцией отмечен, как правило, высокий титр антител к стрептолизину O, хронический декомпенсированный тонзиллит, возраст этих пациентов – от 18 до 28 лет. Кожные проявления довольно легко регрессировали на фоне лечения. Более тяжелое течение КВ, с большей активностью, отмечено у пациентов с HCV и с HBV+HDV инфекциями (в трех случаях – с некрозом мягких тканей, в двух – с нейропатией и в трех – с транзиторной микрогематурией). У всех больных, у которых не выявлено каких-либо каузальных факторов, течение заболевания было, как правило, рецидивирующим, с высокой активностью и требовало длительного лечения.

#### **Выводы/заключение**

Среди вероятных этиологических факторов КВ преобладает HCV-инфекция (более 1/3), также частыми оказались HBV и стрептококковая инфекция. Первичный КВ установлен примерно в 5 раз реже, чем вторичный. В зависимости от этиологического фактора выявлены и некоторые клинико-лабораторные особенности.

## **ТУБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И СВЯЗЬ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА**

**Патрикеева Д.А., Ребров А.П.**

*ГБОУ ВПО «Саратовский государственный  
медицинский университет им. В.И. Разумовского»  
Минздрава России, Саратов, Россия*

#### **Введение/цель**

В настоящее время ведущей причиной смертельных исходов при системной склеродермии (ССД) являются сердечно-сосудистые осложнения (ССО). В качестве ранней диагностики функционального состояния почек может быть использована оценка канальцевой аппаратуры. Цель – определить маркеры канальцевой дисфункции в моче и мочевую экскрецию альбумина у пациентов с ССД, выявить наличие связей с традиционными факторами риска (ФР) ССО.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 70 пациентов с достоверным диагнозом ССД. Выполнили исследование ферментурии – гамма-глутаматтранспептидазы (ГГТ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) кинетическим методом в утренней порции мочи, концентрации  $\alpha$ 1-микроглобулина ( $\alpha$ 1-Мкг),

альбумина (Ал) мочи иммунотурбидиметрическим методом. Содержание  $\alpha$ 1-Мкг и Ал рассчитывали на 1 г креатинина (Кр), ГГТ и ЛДГ – на 1 ммоль креатинина мочи. Проводили оценку традиционных ФР ССО.

#### **Результаты/обсуждение**

У больных ССД выявлено повышение, относительно лиц группы сравнения, в моче уровня ЛДГ/Кр – 3,3 [1,9; 5,64] и 1,9 [1,2; 3,5] Ед/ммоль, соответственно;  $\alpha$ 1-Мкг/Кр – 26,1 [19,5; 45,7] и 12,9 [10,2; 17,9] мг/г соответственно; Ал/Кр – 47,8 [31,8; 90,6] и 25,45 [17,5; 33,7] мг/г соответственно ( $p < 0,001$ ). У пациентов с ССД выявлено наличие тубулярной дисфункции, которая наиболее выражена при длительности заболевания  $> 5$  лет, высокой степени активности ССД в сочетании с традиционными ФР ССО – возрастом старше 50 лет, повышенным индексом массы тела (ИМТ), артериальной гипертензией, дислипидемией. Выявлены взаимосвязи между ЛДГ/Кр мочи и возрастом ( $r=0,3$ ;  $p=0,03$ ), ИМТ ( $r=0,31$ ;  $p=0,008$ ), величиной диастолического артериального давления ( $r=0,21$ ;  $p=0,05$ ), толщиной комплекса интима–медиа (КИМ) сонных артерий ( $r=0,23$ ;  $p=0,04$ ). Установлены взаимосвязи между  $\alpha$ 1-Мкг/Кр мочи и возрастом ( $r=0,32$ ;  $p=0,007$ ), величиной систолического артериального давления ( $r=0,41$ ;  $p=0,01$ ), уровнем липопротеидов высокой плотности (ЛПВП;  $r=-0,32$ ;  $p=0,007$ ), индексом атерогенности ( $r=0,34$ ;  $p=0,004$ ). Отмечены взаимосвязи между Ал/Кр мочи и возрастом ( $r=0,32$ ;  $p=0,007$ ), шкалой оценки фатального риска SCORE ( $r=0,27$ ;  $p=0,02$ ), уровнем липопротеидов низкой плотности ( $r=0,3$ ;  $p=0,03$ ), ЛПВП ( $r=-0,37$ ;  $p < 0,001$ ), толщиной КИМ сонных артерий ( $r=0,35$ ;  $p=0,007$ ).

#### **Выводы/заключение**

У больных ССД выявлено повышение маркеров канальцевой дисфункции и экскреции альбумина с мочой, установлены взаимосвязи между показателями тубулярной дисфункции и традиционными ФР.

## **ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

**Патрикеева Д.А., Ребров А.П.**

*ГБОУ ВПО «Саратовский государственный  
медицинский университет им. В.И. Разумовского»  
Минздрава России, Саратов, Россия*

#### **Введение/цель**

Поражение почек при системной склеродермии (ССД) выявляется в 5–45% случаев, а по данным морфологического исследования – у 80% больных. У 50% больных выявляется только протеинурия или изолированное снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Цель – изучить частоту встречаемости хронической болезни почек (ХБП) у пациентов с ССД, определить особенности поражения почек.

#### **Материал и методы**

Проведен анализ встречаемости ХБП у 100 пациентов с диагнозом ССД. После проведения скрининга выделена группа из 70 больных без сопутствующей патологии почек. У пациентов вычислены соотношения альбумин/креатинин (Ал/Кр),  $\alpha$ 1-микроглобулин/креатинин ( $\alpha$ 1-Мкг/Кр) иммунотурбидиметрическим методом (перерасчет на 1 г креатинина мочи),  $\gamma$ -глутаматтранспепти-

дазы (ГГТ/Кр), лактатдегидрогеназы (ЛДГ/Кр) в утренней порции мочи (перерасчет на 1 ммоль креатинина мочи). Группу сравнения составил 51 человек, сопоставимый с больными по полу, возрасту, индексу массы тела, величине артериального давления и липидному спектру крови.

#### **Результаты/обсуждение**

Среди пациентов, включенных в исследование, преобладали лица женского пола (90%); 35 (50%) больных имели лимитированную форму заболевания и умеренную степень активности. При проведении скрининга у 88 (88%) пациентов установили наличие ХБП (критерии DOQI, 2007): 1-я стадия – у 17 (19,3%), 2-я стадия – у 51 (58%), 3-я стадия – у 19 (21,6%) больных, 4-я стадия – у 1 (1,1%) пациента. Структура ХБП у пациентов с ССД представлена следующим образом. Наличие почечной патологии установлено у 35 (35%) пациентов из 100; изолированная артериальная гипертензия (АГ) без почечной патологии – у 41 (41%) пациента; сочетание АГ и сахарного диабета – у 5 (5%) больных; мочевого синдрома и снижение удельной плотности мочи – у 2 (2%) пациентов без заболеваний почек и со СКФ >60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, а снижение СКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>; без указания на заболевания почек – у 5 (5%) больных. При изучении тубулярной дисфункции у пациентов с ССД выявлено, что соотношения ЛДГ/Кр,  $\alpha$ 1-Мкг/Кр и Ал/Кр мочи существенно выше, чем аналогичные соотношения у лиц группы сравнения ( $p < 0,001$ ). Среди больных ССД повышенная экскреция альбумина с мочой встречалась у 64 (91%) пациентов, а в группе сравнения – только у 27 (53%) человек.

#### **Выводы/заключение**

Поражение почек у больных ССД представлено тубулярной дисфункцией и поражением клубочкового аппарата.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА (МАБТЕРЫ) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Патрикеева И.М.<sup>1</sup>, Евенко А.Ю.<sup>1</sup>, Лушпаева Ю.А.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>ГБУ ЗО ТО «Областная клиническая больница №1», Тюмень, Россия;*

*<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России, Тюмень, Россия*

#### **Введение/цель**

Оценить влияние терапии ритуксимабом (РТМ; мабтерой) на течение системных заболеваний.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 8 больных: с системной красной волчанкой (СКВ) – 4, системной склеродермией (ССД) – 1, с криоглобулинемическим васкулитом, ассоциированным с гепатитом С, – 1, с гранулематозом Вегенера – 1, с узелковым полиартериитом – 1. Показанием для введения препарата являлись: высокая активность аутоиммунного процесса, полиорганное поражение, резистентность к проводимой терапии. Пациентам с СКВ и ССД РТМ вводили дважды с интервалом в 2 нед по 500 мг; пациентам с криоглобулинемическим васкулитом – по 1000 мг дважды с интервалом в 2 нед, 4 курса; с гранулематозом Вегенера – по 1000 мг дважды с интервалом в 2 нед, 6 курсов.

#### **Результаты/обсуждение**

Положительный эффект терапии РТМ в среднем к 3-й неделе был отмечен у 6 из 8 пациентов. У двух пациентов с СКВ зарегистрирована значимая положительная динамика со снижением клинико-лабораторной активности, купированием симптомов люпус-нефрита, пульмонита, васкулита; к 16-й неделе наблюдения у одной пациентки зарегистрирована клинико-лабораторная ремиссия, у другой сохраняются признаки нефрита в виде мочевого синдрома. У двух пациентов с СКВ РТМ оказался неэффективным, заболевание носило «катастрофическое» течение в сочетании с сепсисом и закончилось летальным исходом. У пациентки с ССД после курса терапии зарегистрирована значимая положительная динамика с купированием прогрессирования диффузного склероза кожи, пневмосклероза. У пациента с криоглобулинемическим васкулитом значимо уменьшились признаки полинейропатии, тетрапареза, купирован кожный васкулит. У пациента с гранулематозом Вегенера регистрируется полная клинико-лабораторная ремиссия на протяжении более чем 3 лет. Нежелательных реакций на фоне терапии РТМ не зарегистрировано.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, применение РТМ у больных с системными заболеваниями соединительной ткани достаточно эффективно снижает активность воспалительного процесса, индуцирует ремиссию, но при этом требует дальнейшего изучения, с определением стандартов показаний для назначения данного препарата, частоты введения и доз.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ, ЭРОЗИВНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В СУСТАВАХ КИСТЕЙ И СТОП И ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНКОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Петрова Е.В., Дыдыкина И.С.,  
Смирнов А.В., Подворотова М.М.,  
Таскина Е.А., Дыдыкина П.С., Насонов Е.Л.**  
*ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия*

#### **Введение/цель**

Обсуждается положение о взаимосвязи минеральной плотности костной ткани (МПКТ), прогрессирования эрозивно-деструктивных изменений в кистях и стопах с развитием деформаций позвонков при ревматоидном артрите (РА). Цель – получить сведения о состоянии МПКТ, эрозивно-деструктивных изменениях в кистях и стопах и деформациях позвонков у больных РА.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 106 женщин, страдающих РА, в возрасте от 23 до 69 лет. Всем больным проведена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия на аппарате Hologic Discovery A с определением МПКТ в трех областях скелета: в поясничном отделе позвоночника (ПОП), в шейке бедренной кости (ШБ), в дистальном отделе предплечья (ДОП) недоминантной руки – и рентгеноморфометрический анализ деформаций тел позвонков с использованием метода Genant. Оценка рентгенологиче-

ских признаков прогрессирования РА с использованием метода Sharp/van der Heijde проведена 67 больным. Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica 6.0.

#### **Результаты/обсуждение**

Средний возраст больных, включенных в исследование, составил  $52,2 \pm 10,3$  года. Позитивными по ревматоидному фактору (РФ) были 77 (73%) человек. Глюкокортикоиды получали 50 (47%) человек. Средний возраст начала РА  $38,4 \pm 14,1$  года, длительность РА  $13,3 \pm 11,2$  года. Показатель количества эрозий составил  $38,5 \pm 51,2$  балла, количество суженных щелей –  $88,6 \pm 41,1$ , суммарный индекс Sharp/van der Heijde –  $126,5 \pm 84,9$ . МПКТ в ПОП составила  $0,911 \pm 0,147$  г/см<sup>2</sup>, в ШБ –  $0,705 \pm 0,117$  г/см<sup>2</sup>, в ДОП –  $0,463 \pm 0,09$  г/см<sup>2</sup>. Остеопороз в ПОП выявлен у 14 (15%), в ШБ – у 10 (11%), в ДОП – у 32 (35%) больных. Остеопения в ПОП отмечена у 45 (48%), в ШБ – у 48 (53%), в ДОП – у 36 (39%) больных. Нормальные значения МПКТ в ПОП были у 35 (37%), в ШБ – у 33 (36%), в ДОП – у 24 (26%) человек. Деформации позвонков выявлены у 24 (22%) человек. Индекс деформаций позвонков в грудном отделе позвоночника составил  $0,77 \pm 0,08$ , в поясничном отделе –  $0,79 \pm 0,06$ .

#### **Выводы/заключение**

Несмотря на молодой возраст, пациенты, включенные в исследование, имели длительное течение болезни. ОП хотя бы в одном отделе скелета выявлен у 1/3 больных, деформации позвонков – у каждого пятого.

## **КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ПЕРЕЛОМАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА И ПОЗВОНКОВ**

**Петрова Е.В., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В.,  
Подворотова М.М., Таскина Е.А., Дыдыкина П.С.,  
Веткова Е.С., Алексеева О.Г., Насонов Е.Л.**

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

#### **Введение/цель**

Представить клинико-рентгенологическую характеристику больных ревматоидным артритом (РА) с переломами периферических костей скелета и позвонков.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 106 женщин, страдающих РА, в возрасте от 23 до 69 лет. Всем больным проведен рентгеноморфометрический анализ деформаций тел позвонков методом Genant. Рентгенологические признаки прогрессирования РА определены методом Sharp/van der Heijde у 67 человек. Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) измерена с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате Hologic Discovery A в поясничном отделе позвоночника (ПОП) у 94 человек, в шейке бедренной кости (ШБ) – у 91 человека, в дистальном отделе предплечья (ДОП) недоминантной руки – у 92 человек. Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica 6.0.

#### **Результаты/обсуждение**

По наличию/отсутствию периферических переломов в анамнезе пациенты распределены на две группы:

с переломами (группа 1) – 37 (35%) человек, без переломов (группа 2) – 69 (65%) человек. Средний возраст больных был сопоставим и составил  $54,1 \pm 9,6$  года в группе 1;  $51,1 \pm 10,6$  года в группе 2. Длительность РА в группе 1 составила  $16,5 \pm 11,5$  года против  $11,6 \pm 9,1$  года в группе 2 ( $p < 0,01$ ). В группе 1 у 15 (40%) человек были деформации позвонков, а в группе 2 – у 9 (13%) человек ( $p < 0,05$ ), глюкокортикоиды (ГК) >3мес получали 30 (81%) и 50 (43%) человек соответственно, величина кумулятивной дозы была достоверно выше в группе 1 и составила  $18\ 639,5 \pm 15\ 983,4$  мг и  $9934,4 \pm 11\ 774,4$  мг соответственно. МПКТ в группе 1 по сравнению с группой 2 была ниже в ПОП и ДОП и составила  $0,857 \pm 0,147$  г/см<sup>2</sup> против  $0,935 \pm 0,117$  г/см<sup>2</sup>;  $0,433 \pm 0,104$  г/см<sup>2</sup> против  $0,479 \pm 0,057$  г/см<sup>2</sup> соответственно ( $p < 0,05$ ). Остеопороз хотя бы в одной из анализируемых областей выявлен у 14 (38%) человек в группе 1 и у 18 (26%) в группе 2 ( $p < 0,05$ ). Показатель количества эрозий в группе 1 составил  $61,2 \pm 64,1$ , в группе 2 –  $25,3 \pm 37,9$ , суммарный индекс Шарпа –  $156,3 \pm 99,1$  и  $109,9 \pm 72,1$  соответственно ( $p < 0,05$ ); индекс деформаций позвонков грудного отдела составил  $0,74 \pm 0,13$  и  $0,79 \pm 0,03$  ( $p < 0,05$ ) соответственно, индекс деформаций позвонков поясничного отдела позвоночника был сопоставим.

#### **Выводы/заключение**

Каждый третий больной РА имеет переломы периферических костей, каждый четвертый – деформации позвонков. Больные с периферическими переломами имеют более длительное течение болезни, высокую кумулятивную дозу ГК и показатели количества эрозий и суммарного индекса Шарпа, при этом МПКТ, соответствующая ОП, определена только у 38% больных.

## **ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ НА КОСТНУЮ ТКАНЬ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Петрова Е.В., Дыдыкина И.С.,  
Смирнов А.В., Подворотова М.М.,  
Таскина Е.А., Дыдыкина П.С., Насонов Е.Л.**

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

#### **Введение/цель**

Терапия глюкокортикоидами (ГК) – фактор риска развития остеопороза (ОП) и переломов. Есть мнение, что, подавляя активность ревматоидного артрита (РА), они уменьшают прогрессирование эрозивно-деструктивных изменений в кистях и стопах. Цель – получить сведения о состоянии минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и эрозивно-деструктивных изменениях в кистях и стопах у больных РА с терапией ГК или без нее.

#### **Материал и методы**

В исследование включены 152 женщины, страдающие РА, в возрасте от 20 до 67 лет. Всем больным проведена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия на аппарате Hologic Discovery A с определением МПКТ в трех областях скелета: в поясничном отделе позвоночника (ПОП), в шейке бедренной кости (ШБ), в дистальном отделе предплечья (ДОП) недоминантной руки – и рентгеноморфометрический анализ деформаций тел позвонков

с использованием метода Genant. Оценка рентгенологических признаков прогрессирования РА с использованием метода Sharp/van der Heijde проведена у 134 человек. Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica 6.0.

#### **Результаты/обсуждение**

Возраст больных, включенных в исследование, составил  $50,3 \pm 12,1$  года, а на момент начала РА —  $36,9 \pm 12,1$  года. Мы распределили больных на две группы: группа 1 получала терапию ГК — 101 (67%) человек, группа 2 не получала — 51 (33%) человек. Возраст больных был сопоставим и составил в группе 1 —  $50,9 \pm 11,4$  года, в группе 2 —  $49,1 \pm 12,4$  года; длительность РА —  $14,5 \pm 9,7$  и  $9,4 \pm 8,3$  года соответственно ( $p < 0,002$ ). ОП хотя бы в одной из анализируемых областей выявлен у 72 (72%) и 14 (27%) человек соответственно ( $p < 0,05$ ). МПКТ в ПОП составила  $0,887 \pm 0,147$  и  $0,960 \pm 0,166$  г/см<sup>2</sup> в группах 1 и 2 соответственно ( $p < 0,05$ ), в ШБ —  $0,688 \pm 0,122$  и  $0,739 \pm 0,125$  г/см<sup>2</sup> соответственно ( $p < 0,05$ ). Периферические переломы в группе 1 имели 40 (40%), в группе 2 — 17 (33%) пациентов. Показатель эрозий в группе 1 был  $48,9 \pm 53,9$ , в группе 2 —  $19,6 \pm 29,9$  ( $p < 0,05$ ), суженных шелей —  $99,6 \pm 38,4$  и  $72,6 \pm 36,5$  соответственно ( $p < 0,05$ ), суммарный индекс Sharp/van der Heijde  $148,8 \pm 83,9$  и  $92,2 \pm 60,9$  балла соответственно ( $p < 0,05$ ).

#### **Выводы/заключение**

Около 70% больных РА, включенных в исследование, получали ГК. ГК оказали негативное влияние на МПКТ ШБ и ПОП, что способствовало развитию ОП. Прием ГК не стабилизировал показатели эрозивно-деструктивных изменений в кистях и стопах. Переломы периферических костей скелета и позвонков встречались с одинаковой частотой вне зависимости от терапии ГК.

## **ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

**Плесовская И.В., Ильиных Е.И., Ермолина А.А.**

*Коми филиал ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Сыктывкар, Россия*

#### **Введение/цель**

Оценить возможности использования различных методик для определения степени риска переломов у женщин в период постменопаузы.

#### **Материал и методы**

В исследование включены 44 женщины, средний возраст 48 лет. Из них 17 (38,6%) — в постменопаузальном периоде, 27 (61,4%) женщин — в репродуктивном. Средний возраст начала менопаузы — 50 лет. Медиана значения индекса массы тела (ИМТ) в обследуемой группе составила  $23,6$  кг/м<sup>2</sup>. Для определения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) использовалась количественная ультразвуковая сонометрия (QUS) Omnisense. Подсчет риска переломов осуществлялся автоматически при проведении денситометрии и по системе FRAX с использованием Т-критерия лучевой кости, а также без применения в расчете показателя МПКТ. Для статистического анализа использовался критерий корреляции Спирмена, при сравнении двух групп по качественным признакам — критерий  $\chi^2$ , по количественным признакам — критерий Манна–Уитни.

#### **Результаты/обсуждение**

Была выявлена корреляционная связь между ИМТ и возрастом женщин ( $k=0,417$ ;  $p=0,006$ ). В группе женщин в постменопаузе были более высокие ИМТ ( $p=0,023$ ), значение риска переломов, определяемых при проведении количественного УЗИ дистальной части лучевой кости ( $p < 0,001$ ), и более низкие показатели Т/Z-критерия ( $p < 0,001$ ). При этом отмечена корреляция между показателями риска переломов, определяемых автоматически при измерении МПКТ на QUS и FRAX с использованием Т-критерия лучевой кости ( $k=0,642$ ;  $p=0,006$ ), а также риска по FRAX без применения в расчете показателя МПКТ и FRAX с использованием Т-критерия лучевой кости ( $k=0,757$ ;  $p < 0,001$ ). Низкоэнергетические переломы были зарегистрированы у 13,6% женщин, преимущественно среди лиц с низкими значениями МПКТ, при этом указание на перенесенные малотравматичные переломы у родственников имеются у каждой второй из них, с достоверным отличием от группы женщин, не имеющих переломов, где травмы у родственников отмечены у каждой десятой ( $p=0,063$ ). У женщин с переломами чаще выявлялся по денситометрии остеопороз и были определены более высокие уровни риска дальнейших переломов ( $p=0,01$ ).

#### **Выводы/заключение**

Результаты исследования позволяют утверждать о возможности использования для одномоментного определения степени риска переломов у женщин в постменопаузе в системе FRAX Т-критерия лучевой кости, измеренного на QUS, что может быть полезно с точки зрения практического применения этого метода.

## **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ РИТУКСИМАБ И БАЗИСНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

**Погожева Е.Ю., Амирджанова В.Н., Макаров С.А.**

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

#### **Введение/цель**

Определить частоту развития осложнений после тотального эндопротезирования коленных и тазобедренных суставов у пациентов с ревматоидным артритом (РА), получавших ритуксимаб (РТМ) и стандартные базисные противовоспалительные препараты (БПВП).

#### **Материал и методы**

В ретроспективное исследование по типу «случай — контроль» было включено 40 пациентов с РА после тотального эндопротезирования тазобедренного (ЭТБС) и коленного сустава (ЭКС), сопоставимых по типу оперативного лечения, полу и возрасту. Оценивалась частота возникновения инфекционных осложнений в области операционного поля и тромбоза глубоких вен (ТГВ) в послеоперационном периоде. Пациенты с РА были разделены на две группы: 1-я группа ( $n=20$ ) получала ритуксимаб, 2-я группа ( $n=20$ ) получала только стандартные БПВП (14 больных — метотрексат и 6 — лефлуномид). Терапия стандартными БПВП не отменялась до и после операции.

В группе РТМ 8 больных прекратили лечение менее чем за 6 мес до операции, 12 пациентов прекращали и возобновляли терапию РТМ в соответствии с рекомендациями Ассоциации ревматологов России 2010 г.

#### Результаты/обсуждение

Пациенты в обеих группах были сопоставимы по основным клиническим показателям, таким как длительность заболевания (в среднем 15 и 13 лет в 1-й и 2-й группах соответственно), активность болезни (DAS28 – 4,4 и 4,2 балла), степень функциональной недостаточности (HAQ – 2,1 и 1,7 балла соответственно), показатели качества жизни (EQ-5D – 0,52 балла в обеих группах) и сопутствующая терапия: нестероидные противовоспалительные препараты получали 75 и 85% соответственно, синтетические БПВП – 65 и 75%, глюкокортикоиды до 10 мг/сут – 75 и 65% соответственно. За период с 2 до 24 мес после операции у 2 (5%) пациентов был выявлен ТГВ (по одному пациенту в каждой группе). У 2 (5%) пациентов было отмечено развитие инфекционного процесса в мягких тканях области оперированного сустава, потребовавшее применения антибиотиков (все в группе больных, получавших только синтетические БПВП). Инфекции протезированного сустава выявлено не было.

#### Выводы/заключение

У пациентов с РА терапия РТМ в послеоперационном периоде не приводила к увеличению числа осложнений после проведения эндопротезирования крупных суставов. Необходимы дальнейшие исследования для определения безопасности применения РТМ в периоперационном периоде.

## ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Погребная М.В.<sup>1</sup>, Горячева С.А.<sup>1</sup>, Куцына З.А.<sup>2</sup>, Фомина О.П.<sup>2</sup>, Ерёмченко С.И.<sup>1</sup>, Приходько О.Б.<sup>1</sup>, Третьякова Н.А.<sup>1</sup>, Федулова Е.А.<sup>2</sup>, Попова В.А.<sup>2</sup>, Федосеева О.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, Благовещенск, Россия;

<sup>2</sup>ГБУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», Благовещенск, Россия

#### Введение/цель

Прогноз течения заболевания во многом определяется степенью вовлечения внутренних органов в патологический процесс. Цель – выявить частоту поражения внутренних органов при ревматоидном артрите (РА).

#### Материал и методы

Обследовано 192 больных с диагнозом РА, достоверным по критериям Американской коллегии ревматологов: 124 женщины, 68 мужчин в возрасте от 17 до 69 лет (средний возраст  $44,5 \pm 8,6$  года), средняя продолжительность заболевания  $228,5 \pm 83,2$  мес. Использованы общепринятые методы клинико-лабораторной, инструментальной диагностики для выявления патологии внутренних органов.

#### Результаты/обсуждение

У больных РА выявлены поражения желудочно-кишечного тракта – обусловленные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов гастропатии, симптоматические (стероид-индуцированные) язвы, эрозии (22,9%), эрозивный гастрит (15,9%), атрофический гастрит (6,8%), гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь (28,1%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

(8,3%); гепатит, в том числе лекарственно обусловленный вследствие приема цитостатических средств. Нередко выявлялись анемия смешанного генеза (39,6%) – железодефицитная, анемия хронических заболеваний; поражение почек – нефрит (14,1%), амилоидоз (8,9%), пиелонефрит (7,3%); нервной системы – вторичная полинейропатия, полиневриты (25,5%), дисциркуляторная энцефалопатия (27,6%). Изменения сердечно-сосудистой системы – клинические проявления ишемической болезни сердца (ИБС) – обнаружены относительно редко (6,9%), чаще латентные формы ИБС с безболевым ишемией миокарда (42,2%). Частота выявления поражения внутренних органов находилась в прямой корреляционной зависимости от длительности заболевания ( $r=0,3$ ;  $p<0,05$ ).

#### Выводы/заключение

Обнаружена значительная частота поражения внутренних органов и систем при РА различного генеза – как системного проявления основного заболевания, так и сопутствующей, фоновой патологии, усугубляющей течение и прогноз заболевания. Выявление изменений со стороны внутренних органов способствует своевременной терапевтической коррекции.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЙЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Погребная М.В.<sup>1</sup>, Горячева С.А.<sup>1</sup>, Куцына З.А.<sup>2</sup>, Фомина О.П.<sup>2</sup>, Ерёмченко С.И.<sup>1</sup>, Федулова Е.А.<sup>2</sup>, Попова В.А.<sup>2</sup>, Таран А.А.<sup>2</sup>, Белованская М.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России, Благовещенск, Россия;

<sup>2</sup>ГБУЗ АО «Амурская областная клиническая больница», Благовещенск, Россия

#### Введение/цель

При лечении ревматоидного артрита (РА) продолжается поиск лекарственных средств, обладающих наибольшей противовоспалительной активностью и меньшей вероятностью развития побочных эффектов. Цель – изучить сравнительную эффективность найза (нимесулида) компании DR. REDDY'S при РА.

#### Материал и методы

Обследовано 119 больных РА в возрасте от 17 до 60 лет (средний возраст – 34,2 года), в том числе 58 женщин. Средняя продолжительность заболевания – 16,7 года. I группа – 39 больных РА, получавших базисную терапию метотрексатом в дозе 10–20 мг в неделю и нестероидный противовоспалительный препарат найз в дозе 100 мг 2 раза в сутки, II группа (группа сравнения) – 80 больных, получавших метотрексат и диклофенак в суточной дозе 100–150 мг в сутки. Определялась активность процесса по DAS28, оценка эффективности терапии – 20%, 50%, 70% улучшение по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR).

#### Результаты/обсуждение

В обеих группах больных было одинаково выражено снижение активности процесса в результате лечения: DAS28 снизился с 5,4 до 3,6 ( $p<0,001$ ) у 84% больных обеих групп. Улучшилась функциональная способность пораженных суставов, отмечено достоверное уменьшение индекса Ричи ( $p<0,05$ ), других суставных индексов; уменьшение выраженности болей по визуальной аналоговой шкале (с 86 до 38 мм), числа болезненных и припухших суставов, длительности утренней скованности, СОЭ. Гастропротек-

тивный эффект был более выражен в I группе больных. В этой же группе было больше больных с улучшением ACR70 и ACR50 от проводимой терапии (92,4% в I группе и 89,2% больных во II группе); было отмечено меньшее развитие побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, реже развивались симптоматические язвы, эрозивный гастрит, подтвержденные эндоскопически; не было зарегистрировано случаев желудочно-кишечных кровотечений. Хороший и очень хороший эффект у больных I группы был выявлен в 74,8%, неэффективным найз оказался у 4,2% больных. У 94,1% больных этой группы отмечен высокий уровень приверженности лечению этим препаратом.

#### **Выводы/заключение**

У больных РА, принимавших найз, в сравнении с получавшими диклофенак, отмечены одинаково хорошая противовоспалительная активность препарата и меньшее число развития побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта.

## **ПАТОЛОГИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Подряднова М.В., Балабанова Р.М., Дубинина Т.В.,  
Урумова М.М., Пушкина О.В., Эрдес Ш.Ф.**

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

#### **Введение/цель**

Патология в области тазобедренного сустава при анкилозирующем спондилите (АС) в России выявляется в 46% случаев и является причиной эндопротезирования в 7% случаев. Цель — сопоставить результаты ультразвукового исследования (УЗИ) тазобедренных суставов (ТБС) с клиническими проявлениями у больных АС.

#### **Материал и методы**

Обследовано 220 больных АС, установленным по модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г., последовательно госпитализированных в НИИР им. В.А. Насоновой в 2012–2013 гг. Все больные обследовались клинически, всем проводилось УЗИ ТБС. Средний возраст пациентов составил 35,1±9,5 года, средний возраст начала заболевания — 30,0±9,7 года. HLA-B27 имели 92% больных, активность по BASDAI — 4,6±2,1, ASDAS — 3,3±1,3. Индекс BASFI составил 4,1±2,6. УЗИ ТБС проводилось на аппарате Sono Diagnost 360 (Philips) с использованием линейного (7,5 МГц) и конвексного (5,0 МГц) датчиков. Наличие выпота в полости сустава устанавливалось в том случае, если расстояние между сигналами от капсулы сустава и внутренней части шейки бедренной кости составляло >7 мм.

#### **Результаты/обсуждение**

Ультразвуковые признаки синовита ТБС имелись у 119 (54%) больных АС. Среди них 104 (87%) имели жалобы на боли и ограничение движения в области ТБС, а у 15 (13%) никаких клинических признаков поражения не было. Средний возраст больных в обеих группах практически не различался, а средняя длительность болезни была выше среди пациентов с подтвержденным во время УЗИ кокситом и увеличивалась с возрастом. Среди 101 пациента без подтвержденного на УЗИ синовита жалобы на боли в обла-

сти ТБС имелись у 58 больных. Среди этих больных у 49 (84%) имелись ультразвуковые признаки трохантерита и энтезита в области костей таза. У 43 больных из 220 не имелось ни клинических, ни ультразвуковых признаков поражения в области ТБС.

#### **Выводы/заключение**

Боль в области ТБС у больных АС часто является клиническим проявлением не только синовита, но и воспаления энтезисов.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Подряднова М.В., Балабанова Р.М.,  
Урумова М.М., Эрдес Ш.Ф.**

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

#### **Введение/цель**

При анкилозирующем спондилите (АС) поражение сердца и сосудов (аортит, патология клапанного аппарата) в основном связано с системностью воспалительного процесса. Цель — оценить частоту и характер кардиоваскулярной патологии (КВП) при АС у стационарного контингента больных.

#### **Материал и методы**

Обследовано 220 пациентов АС (162 мужчины и 58 женщин): средний возраст 35,1±9,5 года, средний возраст начала заболевания 30,0±9,7 года, длительность болезни 73 [5; 396] мес, преимущественно аксиальный вариант у 75%. Активность заболевания по BASDAI была высокой (4,6±2,1). Оценивали показатели, характеризующие метаболический синдром, результаты электрокардиографического (ЭКГ) и эхокардиографического (ЭхоКГ) обследования.

#### **Результаты/обсуждение**

Изменения на ЭКГ зарегистрированы у 34% больных: гипертрофия миокарда левого желудочка (12%), неполная блокада ножек пучка Гиса (15%), атриовентрикулярная блокада (7%). ЭхоКГ проведена 110 пациентам. У 17 (15%) выявлен перикардит с небольшим количеством выпота, у 37 (34%) — уплотнение/расширение аорты, недостаточность клапанного аппарата преимущественно I-й степени — митрального у 80 (73%), трикуспидального у 61 (55%), легочной артерии у 38 (35%), аортального у 33 (30%). Артериальная гипертензия (АГ) из 220 пациентов выявлена у 52 (24%) больных, средний возраст которых составлял 44,2±7,4 года; без АГ — 32,3±8,3 года. Среди больных с АГ у 38 (73%) индекс BASDAI был >4 (p=0,03). Среднее значение индекса массы тела составило 25,1±4,5; в том числе у 52% выявлена избыточная масса тела. У 83 (38%) из 220 больных имела место дислипидемия: повышенный уровень холестерина (17%), липопротеидов низкой плотности (37%), снижение концентрации липопротеидов высокой плотности (2%).

#### **Выводы/заключение**

Изменения, выявленные на ЭКГ и ЭхоКГ, не имели значимых клинических проявлений. У пациентов с АС, имевших высокую активность заболевания, АГ развивалась достоверно чаще, чем у пациентов с низкой активностью.

# ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА С ТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ

Подряднова М.В., Эрдес Ш.Ф., Балабанова Р.М.

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

## Введение/цель

Пик заболеваемости анкилозирующего спондилита (АС) приходится на трудоспособный возраст. Цель – изучить влияние клинических проявлений АС на трудоспособность.

## Материал и методы

Обследовано 215 больных АС: 57 женщин и 158 мужчин. Средний возраст  $34,9 \pm 9,5$  года, средний возраст начала заболевания –  $30,1 \pm 9,7$  года. Медиана продолжительности АС – 49 [5; 396] мес. 91% больных ассоциированы с HLA-B27-антигеном. Активность заболевания по ASDAS (уровень С-реактивного белка) и BASDAI была высокой ( $3,3 \pm 1,3$  и  $4,6 \pm 2,1$  соответственно). Индекс BASFI составил  $4,1 \pm 2,6$ . Производительность труда оценивали по опроснику WPAI (Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire, опросник производительности труда и повседневной активности), по четырем показателям: абсентеизм, презентеизм, общее снижение производительности (ОСП) и снижение повседневной активности (ПА).

## Результаты/обсуждение

Из 215 больных работало 130 (60%) человек. Среднее значение абсентеизма  $67,6 \pm 36,7\%$ . У 68 больных абсентеизм был равен нулю. Среднее значение презентеизма  $42,5 \pm 23,4\%$ , ОСП –  $58,6 \pm 33,5\%$ . ПА, определявшаяся у всех больных, была снижена на  $49,3 \pm 26,8\%$ . Абсентеизм оказался негативно взаимосвязан с продолжительностью АС ( $r = -0,17$ ). Все показатели WPAI были взаимосвязаны с индексом BASDAI: абсентеизм ( $r = 0,18$ ), презентеизм ( $r = 0,71$ ), ОСП ( $r = 0,38$ ), ПА ( $r = 0,74$ ). Наиболее сильная взаимосвязь показателей WPAI ( $r > 0,5$ ), исключая абсентеизм, отмечена с интенсивностью боли по визуальной аналоговой шкале. Индекс BASFI не был связан с абсентеизмом, но ассоциация его с ОСП оказалась умеренной ( $r = 0,37$ ), с презентеизмом и ПА – высокой ( $r = 0,56$  и  $r = 0,71$ ).

## Выводы/заключение

Основное влияние на производительность труда оказывала активность АС. Функциональная недостаточность была связана со всеми показателями WPAI, за исключением абсентеизма.

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФЛИКСИМАБА В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ

Поздеева Л.М.

ГБУ «Республиканская клиническая больница», Йошкар-Ола,  
Россия

## Введение/цель

Изучить эффективность инфликсимаба (ИНФ) при воспалительных заболеваниях суставов и позвоночника.

## Материал и методы

В Республике Марий Эл биологические препараты применяются с 2006 г. За этот период биопрепараты полу-

чил 61 человек, из них 47 человек – ИНФ, 11 – ритуксимаб, 1 – актемру и 2 – этанерцепт. Пациенты, получающие ИНФ, распределились по нозологическим группам следующим образом: 28 – с ревматоидным артритом (РА), 14 – с анкилозирующим спондилитом (АС), 5 – с псориатическим артритом (ПсА). Большинство пациентов с РА женского пола, серопозитивные по ревматоидному фактору (РФ) – 71%; средний возраст 47,2 года. Все больные получали ИНФ в комбинации с метотрексатом или другим базисным противовоспалительным препаратом (БПВП). Больные АС: большинство – мужчины, средний возраст 39,6 года, с высокой активностью заболевания. Больные с ПсА: преимущественно мужчины, средний возраст 49,5 года, с высокой степенью активности, применяли БПВП 4 человек. Длительность применения ремикейда больными колеблется от 6 мес до 5 лет. Для оценки эффективности учитывались клинико-лабораторные показатели.

## Результаты/обсуждение

В группе больных РА улучшение наступило в 64,4% случаев, обострение и отсутствие эффекта выявлены в 35,6% случаев. Пять человек с РА переведены на другой биологический препарат – ритуксимаб – в связи с отсутствием эффекта. При АС эффект был в 92,9%, у одного больного развилась вторичная неэффективность; при ПсА зафиксировано обострение кожного процесса у одного больного, что повлекло за собой отмену препарата. Из 47 больных улучшение наступило в 74,6%, отсутствие эффекта или отмена препарата произошла в 25,4% случаев, в том числе 8,5% – перевод на другой биологический препарат.

## Выводы/заключение

Таким образом, результаты нашего наблюдения свидетельствуют о стойкой эффективности ИНФ у большинства больных АС и ПсА. Терапия ИНФ у больных РА существенно улучшает функциональные возможности пациентов с неадекватным ответом на предшествующее лечение БПВП.

# РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ

Польская И.И., Марусенко И.М., Везикова Н.Н.

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный  
университет», Петрозаводск, Россия

## Введение/цель

В последние годы среди клиницистов закрепилось восприятие подагры как заболевания, не ограничивающегося поражением опорно-двигательного аппарата и почек, что делает ее предметом пристального внимания исследователей и врачей различных специальностей. Доказана взаимосвязь гиперурикемии (ГУ) с артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом (СД), ожирением и обусловленными атеросклерозом сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Цель – оценка основных факторов риска (ФР) и суммарного риска ССЗ у пациентов с подагрой.

## Материал и методы

В рамках данного исследования для всех пациентов с подагрой (89 человек) был оценен индивидуальный риск развития ССЗ по шкалам SCORE и PROCAM. К основным оцениваемым ФР, исходя из рекомендации для данных



шкал, явились возраст и пол пациентов, курение, уровень систолического артериального давления, наличие СД, наследственный анамнез ранних ССЗ, уровни общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, триглицеридов (ТГ).

#### Результаты/обсуждение

У большинства пациентов выявлено повышение ХС ЛПНП – 85 (95,5%), ТГ – 79 (88,76%), ОХС – 69 (77,52%), отмечена АГ – 71 (79,77%). У каждого обследованного был выявлен хотя бы один оцениваемый фактор, у большинства – 62 (69,66%) пациентов – было отмечено пять и более ФР, только у 7 (7,86%) больных было три и менее ФР. Количество ФР имело сильную прямую корреляцию с наличием метаболического синдрома (МС;  $r=0,22$ ;  $p=0,03$ ). Суммарный риск ССЗ был оценен для 58 (65,16%) пациентов по шкале SCORE и для 59 (66,29%) больных – по PROCAM. Риск по шкале SCORE варьировал от 0,68 до 18,16 (медиана 6,42 [2,73; 8,93]), по шкале PROCAM от 1,0 до 30,0 (медиана 13,2 [7,0; 22,2]). К группе высокого и умеренного риска согласно шкале SCORE было отнесено 46 (79,31%) пациентов, по PROCAM – 24 (32,21%) больных. На величину риска ССЗ у пациентов с подагрой в большей степени влияли показатели липидного спектра, возраст и курение. Кроме того, шкала PROCAM охватывала большее число ФР, в связи с чем у пациентов с низким и умеренным риском по SCORE значения PROCAM соответствовали высокому риску. Наиболее сильные положительные корреляции значения риска по PROCAM были выявлены со значением ХС ЛПНП ( $r=0,55$ ;  $p<0,001$ ), ОХС ( $r=0,36$ ;  $p<0,005$ ) и ТГ ( $r=0,33$ ;  $p<0,01$ ).

#### Выводы/заключение

Выявлена высокая распространенность основных ФР у пациентов с подагрой. Основной вклад в увеличение риска ССЗ по шкалам SCORE и PROCAM вносят уровни ОХС, ХС ЛПНП и ТГ, концентрация которых в свою очередь достоверно выше при более высоких суммарных значениях рисков ССЗ. У данной группы больных более целесообразно для оценки риска ССЗ использовать именно шкалу PROCAM.

## УРОВЕНЬ ВИСФАТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Полякова Ю.В., Симакова Е.С.,  
Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В., Ковех А.А.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт  
клинической и экспериментальной ревматологии»  
РАМН, Волгоград, Россия

#### Введение/цель

Изучить клинико-патогенетическое значение уровня висфатина в сыворотке крови больных остеоартрозом (ОА) и ревматоидным артритом (РА).

#### Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 80 пациентов с ОА, 140 – с РА и 60 практически здоровых лиц, составивших группу сравнения. Больные ОА были в возрасте от 36 до 78 лет ( $55,7\pm 1,2$ ), больные РА – от 32 до 74 лет ( $49,4\pm 0,8$ ). Уровень висфатина в сыворотке крови определялся непрямым твердофазным иммуноферментным методом с использованием коммерческой тест системы (RaiBiotech, cat № EIA-VIS-1).

#### Результаты/обсуждение

Повышенный уровень висфатина в сыворотке крови был обнаружен у 23 пациентов с ОА (29% случаев) и у 118 (84%) пациентов с РА. Повышенный уровень висфатина при ОА составил  $4,18\pm 1,79$  нг/мл, при РА –  $6,27\pm 0,18$  нг/мл, что достоверно выше показателей здоровых лиц. Для выяснения клинико-патогенетического значения определения уровня висфатина все пациенты с ОА были разделены на две группы: I группа (23 пациента) с повышенным уровнем висфатина в сыворотке крови, II группа (57 человек) – с нормальной концентрацией висфатина. Пациенты I группы достоверно чаще имели следующий симптомокомплекс болезни: полиостеоартроз с наличием вторичного синовита, с продолжительностью заболевания >5 лет, III и IV рентгенологической стадией, функциональной недостаточностью суставной системы II–IV. Все пациенты с РА также были разделены на две группы: I группа (118 пациентов) с высоким уровнем висфатина в сыворотке крови и II группа (22 человека) – с нормальной концентрацией висфатина. Пациенты I группы достоверно чаще имели более высокую степень активности по индексу DAS28, серопозитивность по ревматоидному фактору (РФ), более высокий уровень С-реактивного белка (СРБ), СОЭ, внесуставные проявления заболевания.

#### Выводы/заключение

Таким образом, повышенный уровень висфатина достоверно чаще имели пациенты с ОА, протекающим с выраженными клинико-лабораторными и рентгенологическими изменениями. При РА отмечался значительно больший процент больных с повышенным уровнем висфатина (84,3 при РА и 29 при ОА), отмечалась корреляция уровня висфатина со степенью активности РА. Учитывая участие висфатина в стимуляции выработки провоспалительных цитокинов, можно предположить повышение уровня висфатина у пациентов, склонных к рецидивированию синовитов при ОА, увеличение уровня висфатина при высокой активности РА. Необходимо дальнейшее изучение уровней висфатина в сыворотке крови у пациентов с ОА, РА и недифференцированными артритами.

## РИТУКСИМАБ В СРАВНЕНИИ С ИНГИБИТОРАМИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ $\alpha$ В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Протопопов М.С.<sup>1,2</sup>, Лапшина С.А.<sup>1</sup>, Абдулганиева Д.И.<sup>1,2</sup>,  
Мясоутова Л.И.<sup>1,3</sup>, Афанасьева М.А.<sup>2</sup>, Эрдес Ш.Ф.<sup>1,4</sup>  
<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Казань, Россия;  
<sup>2</sup>ГАЗУ «Республиканская клиническая больница»  
Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия;  
<sup>3</sup>ГАЗУ «Городская клиническая  
больница №7», Казань, Россия;  
<sup>4</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

#### Введение/цель

Ранее сообщалось о потенциальной эффективности ритуксимаба (РТМ) при анкилозирующем спондилите (АС), преимущественно у пациентов, до этого не получавших лечение ингибиторами фактора некроза опухоли  $\alpha$

(иФНО $\alpha$ ). Прямых сравнений эффективности РТМ и иФНО $\alpha$  не проводилось. Цель – провести прямое проспективное сравнение эффективности РТМ и иФНО $\alpha$  в дополнение к стандартной терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) у пациентов с высокоактивным АС.

#### Материал и методы

Группа из 20 пациентов (в том числе 17 мужчин, средний возраст  $36,3 \pm 9,9$  года) с АС высокой степени активности (BASDAI  $6,19 \pm 1,48$ , ASDAS-COЭ  $3,43 \pm 0,72$ ) получала лечение РТМ (две инфузии с интервалом 15 дней в дозе 500–1000 мг в зависимости от массы тела и активности АС) на фоне постоянного приема НПВП. Лечение иФНО $\alpha$  (инфликсимаб, этанерцепт, адалимумаб) в комбинации с НПВП получали 36 пациентов (в том числе 30 мужчин, средний возраст  $4,3 \pm 8,6$  года, BASDAI  $5,59 \pm 1,19$ , ASDAS-COЭ  $3,22 \pm 0,74$ ). Оценивали динамику индекса BASDAI, а также ответ по критериям ASAS20.

#### Результаты/обсуждение

На 24-й неделе лечения средний показатель BASDAI в группе РТМ составил  $3,70 \pm 0,91$ ; 15 (75%) пациентов соответствовали критериям улучшения ASAS20. В группе пациентов, получавших лечение иФНО $\alpha$  в комбинации с НПВП, уровень BASDAI был достоверно ниже по сравнению с группой РТМ ( $2,03 \pm 0,64$ ;  $p < 0,05$ ) 33 (94,3%) пациента достигли улучшения по критериям ASAS20.

#### Выводы/заключение

Комбинированное применение НПВП и РТМ у пациентов с АС уступает по клинической эффективности комбинации НПВП и иФНО $\alpha$ .

## СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РИТУКСИМАБА И ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ $\alpha$ В ПОДАВЛЕНИИ АКТИВНОГО САКРОИЛИИТА, ВЫЯВЛЕННОГО С ПОМОЩЬЮ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ, У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Протопопов М.С.<sup>1,2</sup>, Лапшина С.А.<sup>1</sup>,

Закиров Р.Х.<sup>1,2</sup>, Абдулганиева Д.И.<sup>1,2</sup>,

Мясоутова Л.И.<sup>1,3</sup>, Сухорукова Е.В.<sup>2</sup>, Эрдес Ш.Ф.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

<sup>2</sup>ГАЗУ «Республиканская клиническая больница»

Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия;

<sup>3</sup>ГАЗУ «Городская клиническая

больница №7», Казань, Россия;

<sup>4</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

#### Введение/цель

Многочисленные исследования продемонстрировали значительную эффективность ингибиторов фактора некроза опухоли  $\alpha$  (иФНО $\alpha$ ) в купировании остейта крестцово-подвздошных сочленений (КПС), определяемого посредством магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС). Эффек-

тивность генно-инженерных препаратов с другим механизмом действия в отношении остейта КПС не изучена, хотя имеются сообщения, что некоторые из них (например, ритуксимаб – РТМ) могут быть эффективны в отношении клинических проявлений АС. Цель – сравнить эффективность иФНО $\alpha$  и РТМ в отношении купирования остейта КПС, определяемого посредством МРТ, у пациентов с высокоактивным АС.

#### Материал и методы

15 пациентов (в том числе 13 мужчин, средний возраст  $35,7 \pm 9,9$  года) с АС высокой степени активности (BASDAI  $6,19 \pm 1,48$ ) получали лечение РТМ (две инфузии с интервалом 15 дней в дозе 500–1000 мг в зависимости от массы тела и активности АС) в дополнение к проводимой терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). 36 пациентов (30 мужчины, средний возраст  $34,3 \pm 8,6$  года, BASDAI  $5,59 \pm 1,19$ ) получали лечение иФНО $\alpha$  (инфликсимаб, этанерцепт, адалимумаб) в комбинации с НПВП. МРТ (1,5 Т, последовательности T1, STIR) выполнялась при включении пациентов в исследование и на 24-й неделе лечения. У всех пациентов при включении в исследование определялись признаки активного остейта КПС по данным МРТ, результат оценивался качественно и полуколичественно с использованием индекса SPARCC.

#### Результаты/обсуждение

Исходно группы пациентов не различались по выраженности остейта КПС (значение индекса SPARCC  $16,0 \pm 12,7$  в группе иФНО $\alpha$ ,  $15,9 \pm 7,2$  в группе РТМ;  $p > 0,05$ ). Остеит КПС полностью разрешился к 24-й неделе лечения у 10 (66,7%) пациентов, получивших лечение РТМ, и у 19 (52,8%) пациентов, получивших лечение иФНО $\alpha$ . Среднее значение SPARCC на 24-й неделе лечения составило  $4,9 \pm 7,0$  в группе иФНО $\alpha$ ,  $5,4 \pm 8,2$  в группе РТМ. Различия между двумя группами было недостоверным ( $p > 0,05$ ).

#### Выводы/заключение

Эффективность РТМ в отношении купирования активного остейта КПС, выявленного посредством МРТ, у пациентов с АС высокой степени активности сравнима с эффективностью иФНО $\alpha$ .

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ И НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

Протопопов М.С.<sup>1,2</sup>, Лапшина С.А.<sup>1</sup>, Абдулганиева Д.И.<sup>1,2</sup>,

Мясоутова Л.И.<sup>1,3</sup>, Абдракипов Р.З.<sup>2</sup>, Эрдес Ш.Ф.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

<sup>2</sup>ГАЗУ «Республиканская клиническая больница»

Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия;

<sup>3</sup>ГАЗУ «Городская клиническая

больница №7», Казань, Россия;

<sup>4</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

#### Введение/цель

Опубликованы сообщения о потенциальной эффективности ритуксимаба (РТМ), применяемого для лечения

пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) в дополнение к терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Прямых сравнений эффективности комбинации РТМ и НПВП и монотерапии НПВП не проводилось. Цель – провести прямое проспективное сравнение эффективности комбинации НПВП с РТМ и монотерапии НПВП у пациентов с высокоактивным АС.

#### **Материал и методы**

Группа из 20 пациентов (в том числе 17 мужчин, средний возраст  $36,3 \pm 9,9$  года) с АС высокой степени активности (BASDAI  $6,19 \pm 1,48$ , ASDAS-COЭ  $3,43 \pm 0,72$ ) получала лечение РТМ (две инфузии с интервалом 15 дней в дозе 500–1000 мг в зависимости от массы тела и активности АС) на фоне постоянного приема НПВП. В группе сравнения (35 пациентов, из них 30 – мужчины, средний возраст  $33,4 \pm 9,3$  года, BASDAI  $5,95 \pm 1,26$ , ASDASCOЭ  $3,32 \pm 0,60$ ) проводилась монотерапия НПВП в полной терапевтической дозе, с заменой ранее неэффективного НПВП. Оценивалась динамика индекса BASDAI, а также ответ по критериям ASAS20.

#### **Результаты/обсуждение**

На 24-й неделе лечения средний показатель BASDAI в группе пациентов, продолжавших монотерапию НПВП, составил  $5,22 \pm 1,14$ . Критериям улучшения ASAS20 соответствовали 11 (31,4%) пациентов. В группе РТМ среднее значение BASDAI было значительно ниже по сравнению с группой НПВП ( $3,70 \pm 0,91$ ;  $p < 0,05$ ), 15 (75%) пациентов соответствовали критериям улучшения ASAS20.

#### **Выводы/заключение**

Комбинированное применение НПВП и РТМ у пациентов с АС превосходит по эффективности монотерапию НПВП.

## **ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЭТАНЕРЦЕПТОМ НА ДИНАМИКУ УРОВНЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 3 И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПОСЛЕДНЕЙ В ДОСТИЖЕНИИ ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Пчелинцева А.О., Жорняк А.П., Иониченок Н.Г., Панасюк Е.Ю., Черкасова М.В., Денисов Л.Н.**

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

#### **Введение/цель**

Матриксная металлопротеиназа 3 (ММП3) играет важную роль в процессах деструкции суставного хряща и резорбции костной ткани у пациентов с ревматоидным артритом (РА). Этанерцепт (ЭТЦ) – растворимые рецепторы фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ), высокоэффективный препарат для лечения РА – тормозит суставную деструкцию у больных РА. Цель – проанализировать влияние терапии ЭТЦ на сывороточную концентрацию ММП3 у больных РА и прогностическое значение исходного уровня ММП3 в отношении ответа на лечение ЭТЦ.

#### **Материал и методы**

Обследовано 84 пациента с РА с умеренной и высокой активностью (DAS28= $6,35 \pm 0,92$ ). Средний возраст

больных был  $52 \pm 13,3$  года, 71 (85%) составили женщины, средняя длительность болезни –  $9,3 \pm 8,3$  года, ревматоидный фактор и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду обнаружены у 68 (81%) и 70 (83%) больных соответственно. Метотрексат получали 52 (62%), лефлуномид – 22 (26%), другие базисные противовоспалительные препараты (БПВП) – 9 (11%). Глюкокортикоиды ( $\leq 10$  мг/сут) принимали 32 (38%), предшествующая терапия генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) проводилась у 50 (60%) больных. Пациенты получали ЭТЦ в дозе 50 мг/нед подкожно в течение 24 нед. Ответ на лечение оценивался по критериям Европейской антиревматической лиги (EULAR). Сывороточная концентрация ММП3 определялась до начала лечения, на 12-й и 25-й неделях (ELISA, Invitrogen, США). В качестве контроля использовались сыворотки 21 донора. Исходная сывороточная концентрация ММП3 составила  $1,01 [0,64; 1,67]$  нг/мл.

#### **Результаты/обсуждение**

Уровень ММП3 существенно снизился на фоне терапии ЭТЦ к 25-й неделе до  $0,72 \pm 0,61$  нг/мл ( $p < 0,0001$ ). Статистически значимое снижение концентрации ММП3 наблюдалось к 12-й неделе лечения ЭТЦ, тогда как в дальнейшем (к 25-й неделе) не обнаружено существенных изменений уровня биомаркера. Исходный уровень ММП3 не имел прогностического значения в отношении ответа на лечение по критериям EULAR (умеренный/хороший ответ; ROC-анализ,  $p = 0,72$ ; AUC  $0,53 \pm 0,07$ , 95% ДИ  $0,39–0,66$ ).

#### **Выводы/заключение**

Терапия ЭТЦ приводила к статистически значимому снижению уровня ММП3 у больных РА. Исходная концентрация ММП3 не являлась прогностическим фактором достижения ответа на терапию по критериям EULAR.

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ ПОВЫШЕНИЯ**

**Радайкина О.Г., Антипова В.Н.**

*ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия*

#### **Введение/цель**

Остеопороз (ОП) – хроническое прогрессирующее заболевание скелета, основным осложнением которого являются малотравматичные остеопоретические переломы (МОП). Цель – оценить приверженность пациентов лечению противоостеопоретическими препаратами в течение первого года после перенесенного МОП.

#### **Материал и методы**

В исследование включены 100 женщин, перенесшие МОП, в возрасте 50 лет и старше (средний возраст  $68 \pm 8$  лет). По типу МОП пациентки распределились следующим образом: перелом проксимального отдела бедренной кости ( $n = 26$ ), перелом дистального отдела предплечья ( $n = 14$ ), перелом тела позвонка ( $n = 33$ ), переломы другой локализации ( $n = 27$ ). Первичное анкетирование с использованием унифицированных опросников проводили в течение 2 нед после перелома. Через 6 и 12 мес оценивали назначение противоостеопоретической терапии и приверженность лечению.

### Результаты/обсуждение

Результаты исследования показали, что лишь 49 (49%) пациенток получали терапию по поводу ОП. Подавляющее большинство женщин (34, или 70%) принимали только препараты кальция и витамина D, 5 (10%) – кальцитонин, 7 (14%) – бисфосфонаты и 3 (6%) – стронция ранелат. Среди получавших терапию только 21 (43%) принимали противоостеопоретические препараты в течение года. 8 (17%) пациенток начали и прервали лечение в первые 6 мес после МОП, 20 (40%) начали лечение через 6 мес и позже после МОП. При анализе причин отсутствия лечения было установлено, что в 51% случаев не были даны соответствующие рекомендации травматологами или врачами других специальностей, наблюдавшими пациенток в медицинских учреждениях по месту жительства после МОП. У 18% опрошенных (не получавших лечения) было сформировано стойкое нежелание лечиться вообще, 6% не смогли назвать причину отсутствия противоостеопоретической терапии. Следует отметить, что в 25% случаев отсутствие лечения было прямо или косвенно связано с высокой стоимостью противоостеопоретических препаратов.

### Выводы/заключение

Таким образом, среди пациенток, перенесших МОП, только половина получали противоостеопоретическую терапию, при этом в 70% случаев она ограничивалась только препаратами кальция и витамина D. В течение года после МОП отмечена низкая приверженность лечению, так как только 43% опрошенных принимали препараты в течение всего периода наблюдения. У пациенток, не получавших терапию, в 25% случаев причиной ее отсутствия была высокая стоимость патогенетических препаратов для лечения ОП. Эта причина частично может быть устранена при применении дженерических лекарственных средств.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ИНЪЕКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ОБЛАСТИ ПЛЕЧА

Разин В.Н.<sup>1</sup>, Беляева Е.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Многопрофильный медицинский центр, Тула, Россия;

<sup>2</sup>Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия

### Введение/цель

Болевой синдром в области плеча имеет многообразные причины. Уточнение характера воспалительного и дегенеративного процесса необходимо для определения тактики ведения пациента. Для этого целесообразно дополнение данных клинического осмотра ультразвуковым исследованием (УЗИ) плечевого сустава и периартикулярных тканей.

### Материал и методы

Обследовано 46 пациентов с болевым синдромом в области плечевого сустава. Исследование проводилось на аппарате HONDA с использованием линейного датчика частотой 10 МГц.

### Результаты/обсуждение

При обследовании были выявлены следующие причины боли в плеч: синовиты ключично-акромиального сустава – 6, теносиновит длинной головки бицепса – 7,

субакромиальный бурсит – 18, синдром вращающей манжеты плеча – 15. Данные УЗИ позволили определить оптимальные точки инъекционной терапии (комбинация глюкокортикоидов и анестетика): верхний доступ в ключично-акромиальный сустав, субакромиально или в толщу сухожилий либо в точки наибольшей болезненности в области верхней трети плеча. Регресс симптомов в этих случаях отмечался на следующие сутки после инъекции. При неполном функциональном восстановлении при синдроме вращающей манжеты плеча на втором этапе проводилась локальная терапия препаратами гиалуроновой кислоты (гиалган фидиа или гиастат) 3–5 раз.

### Выводы/заключение

Топическая ультразвуковая диагностика позволяет осуществлять дифференцированную инъекционную терапию плечевой зоны и сокращает период восстановления функциональных нарушений.

## ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ НАБЛЮДЕНИЯ

Раскина Т.А., Аверкиева Ю.В.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово, Россия

### Введение/цель

Наиболее тяжелые последствия остеопороза обусловлены переломами проксимального отдела бедра. Цель – изучить летальность при переломах бедра у жителей г. Кемерово старшей возрастной группы в разные периоды наблюдения.

### Материал и методы

Прослежена летальность при переломах проксимального отдела бедра у 432 больных в возрасте 50 лет и старше в разные периоды наблюдения: 0–6; 7–12; 13–24 мес. В исследование включались пациенты с рентгенологически подтвержденными переломами бедра, произошедшими при минимальном уровне травмы

### Результаты/обсуждение

За первые 6 мес умерло 95 (22,0%) из 432 больных, за период с 7 до 12 мес – 42 (12,46%) из 337 пациентов, за период с 13 до 24 мес от момента перелома бедра – 47 (16,21%) из 295 оставшихся под наблюдением больных. Установлено, что летальность в первые 6 мес после перелома бедра была статистически значимо выше, чем в период наблюдения 7–12 мес ( $\chi^2=14,28$ ;  $p<0,0001$ ) и в период 13–24 мес ( $\chi^2=2,1$ ;  $p=0,04$ ). Показатели летальности периодов 7–12 и 13–24 мес статистически значимо не различались ( $\chi^2=1,04$ ;  $p=0,25$ ). При анализе летальности по гендерному признаку получены следующие результаты: за 6 мес умерло 73 (22,25%) из 328 женщин, за период 7–12 мес – 31 (12,15%) из 255 пациенток, за период 13–24 мес – 36 (16,07%) из 224 оставшихся под наблюдением женщин. Отмечено, что летальность у женщин была статистически значимо выше в первые 6 мес после травмы, чем через 7–12 мес ( $\chi^2=6,3$ ;  $p<0,001$ ) и через 13–24 мес ( $\chi^2=2,21$ ;  $p=0,04$ ). Статистически значимых различий при сравнительном анализе показателей летальности у женщин в периоды 7–12 и 13–24 мес не было ( $p=0,21$ ). Летальность у мужчин в изучаемые периоды наблюдения

была представлена следующим образом: за первые 6 мес умерло 22 (21,15%) из 104 пациентов, за период 7–12 мес прирост летальности составил 11 (13,41%) из 82 больных, за период 13–24 мес – 11 (15,49%) из 71 больного. Статистически значимых различий во все периоды наблюдения не получено: для 0–6 и 7–12 мес ( $\chi^2=1,2$ ;  $p=0,17$ ), для 7–12 и 13–24 мес ( $\chi^2=0,46$ ;  $p=0,7$ ), для 0–6 и 13–24 мес ( $\chi^2=0,9$ ;  $p=0,3$ ).

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, данные результаты свидетельствуют о достоверно более высокой летальности в первые 6 мес после перелома бедра у женщин. Достоверных различий в показателях летальности у мужчин во все периоды наблюдения не выявлено.

## **МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВНЕПОЗВОНОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У МУЖЧИН**

Раскина Т.А.<sup>1</sup>, Пирогова О.А.<sup>1</sup>,  
Мальшенко О.С.<sup>1</sup>, Фанасков В.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово, Россия;

<sup>2</sup>ГБУЗ КО «Областной клинический госпиталь ветеранов войн», Кемерово, Россия

#### **Введение/цель**

Оценить взаимосвязь внепозвоночных проявлений и минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у мужчин с анкилозирующим спондилитом (АС).

#### **Материал и методы**

Под наблюдением находилось 70 пациентов мужского пола с диагнозом АС (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.). Средний возраст больных составил  $42,23 \pm 1,31$  года. Изолированное аксиальное поражение регистрировалось у 33 больных. Внепозвоночные проявления выявлены у 37 больных АС. Поражение периферических суставов имели 26 (37,1%) больных. Чаще поражались суставы нижних конечностей – 35,7% случаев, в 25,7% – суставы верхних конечностей. Более чем у половины больных – 37 (65,0%) – отмечались клинические признаки поражения тазобедренных суставов (боль и/или ограничение функции). Энтезопатии выявлены у 39 (68,57%) больных. МПКТ определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (денситометр Exceell XR-46, NORLAND, США). МПКТ и Z-критерий оценивали в шейке бедра и поясничном отделе позвоночника.

#### **Результаты/обсуждение**

Установлено, что МПКТ в шейке бедра у больных АС достоверно ниже, чем у мужчин без АС, независимо от наличия внепозвоночных проявлений. В поясничном отделе позвоночника у больных АС денситометрические показатели достоверно не отличались от показателей здоровых мужчин. При сопоставлении показателей МПКТ в группах больных с внепозвоночными проявлениями и с преимущественным поражением позвоночника достоверных различий не получено. В шейке бедра при наличии внепозвоночных проявлений МПКТ составила  $884,45 \pm 21,44$  мг/см<sup>2</sup>, что соответствует Z-критерию  $-1,46 \pm 0,2$ , при их отсут-

ствии –  $894,38 \pm 27,48$  мг/см<sup>2</sup> и  $-1,22 \pm 0,29$  ( $p=0,8185$  и  $p=0,6463$ ) соответственно. В поясничном отделе позвоночника МПКТ при наличии внепозвоночных проявлений составила  $1070,11 \pm 36,63$  мг/см<sup>2</sup> и  $-0,78 \pm 0,21$  стандартного отклонения по Z-критерию, при отсутствии системных проявлений АС МПКТ –  $1056 \pm 44,14$  мг/см<sup>2</sup> и  $-0,8 \pm 0,24$  стандартного отклонения по Z-критерию ( $p=0,6891$  и  $p=0,8003$ ).

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, МПКТ как в шейке бедра, так и в поясничном отделе позвоночника не зависит от наличия внепозвоночных проявлений.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТА ТОНЗИЛГОН Н КАК ИММУНОКОРРЕКТОРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОВТОРНОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ**

Рахманова В.Р., Ризамухамедова М.З.,  
Матчанов С.Х., Джураева Э.Р.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

#### **Введение/цель**

Несмотря на большие успехи медицины и социальных служб в лечении и профилактике повторной ревматической лихорадки (ПРЛ), нарастающая роль условно-патогенной микрофлоры и неполноценность иммунного ответа стимулируют поиск и разработку новых методов рациональной терапии данной патологии. Цель – оценить влияние терапии Тонзилгоном Н на иммунологический статус больных ПРЛ.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 36 больных ПРЛ (10 мужчин и 26 женщин, средний возраст  $33,0 \pm 1,3$  года, средняя продолжительность заболевания  $125,4 \pm 1,8$  мес), получавших стандартную противоревматическую терапию. Вторую группу составляли 20 больных (10 мужчин и 10 женщин), получавших в качестве иммунокорректора Тонзилгон Н в течение 1 мес по 2 драже 5–6 раз в день после патогенетической терапии ПРЛ. У всех больных проводились иммунологические исследования слюны на содержание Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций, а также секреторного IgA (sIgA) методом иммуноферментного анализа.

#### **Результаты/обсуждение**

Выявлено снижение концентраций Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций после антибактериальной терапии у больных I группы ( $n=36$ ): CD3+ на 2,6% ( $p<0,001$ ), CD20+ на 2,5% ( $p<0,01$ ), CD4+ на 1,5% ( $p<0,001$ ) и подавлению секреции sIgA на 9,6% ( $p<0,001$ ). После коррекции Тонзилгоном Н ( $n=20$ ) происходило уменьшение показателей клеточного иммунитета слюны Т- и В-лимфоцитов на 10%, Т-хелперов на 5% и увеличение секреции sIgA на 35,5 мг%.

#### **Выводы/заключение**

На фоне терапии фитопрепаратом Тонзилгон Н отмечаются достоверное уменьшение локального иммунного дисбаланса и повышение гуморального иммунитета слюны, что важно в профилактике развития очередных обострений ПРЛ.

# СТРАТЕГИИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ – ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ. РЕЗУЛЬТАТЫ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Ребров А.П., Гайдукова И.З., Акулова А.И., Апаркина А.В.  
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный  
медицинский университет им. В.И. Разумовского»  
Минздрава России, Саратов, Россия

## Введение/цель

Пациенты со спондилоартритами (СПА) нуждаются в регулярном мониторинге активности болезни, кратность которого определяется произвольно. Цель – сравнить приверженность терапии и результаты лечения при различных стратегиях наблюдения за пациентами со СПА.

## Материал и методы

В исследование включены 192 пациента с аксиальным СПА. Пациенты рандомизированы на три группы. Пациенты группы 1 (n=108) наблюдались в произвольном порядке по месту жительства. Пациенты группы 2 (n=34) посещали ревматолога каждые 12 нед. Для пациентов группы дистанционного мониторинга организовали телефонное анкетирование с частотой один раз в 4 нед (группа 3, n=50). В ходе визитов (1 раз в год) собирали информацию о лечении, определяли индексы BASDAI и PASS. После года наблюдения в дистанционном мониторинге (группа 3) был сделан перерыв продолжительностью в 3 мес, после чего мониторинг был возобновлен.

## Результаты/обсуждение

В течение 2 лет потерял контакт с 22 пациентами, два пациента отказались от продолжения исследования. Продолжили наблюдение 168 больных: 96 пациентов группы 1; 26 пациентов группы 2 и 46 пациентов группы 3. В группе 1 BASDAI исходно и через год составил  $5,32 \pm 3,2$  и  $5,17 \pm 2,16$  соответственно ( $p > 0,05$ ), положительный PASS достигнут не был. Пациенты группы 1 в течение года в 97,91% случаев самостоятельно изменяли лечение нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). 26 пациентам начато лечение ингибиторами фактора некроза опухоли  $\alpha$  (иФНО $\alpha$ ). В группе 2 BASDAI за год уменьшился с  $5,21 \pm 3,0$  до  $4,77 \pm 2,2$ ; в группе 3 – с  $5,32 \pm 3,2$  до  $3,17 \pm 2,12$  ( $p < 0,05$ ) для разницы исходных и итоговых значений и итоговых значений групп. В группе 3 (дистанционного ведения) положительный PASS установили у 15 (57,69%); в группе 2 (активного ведения) – у 4 (20%) пациентов. В группах 3 и 2 самовольную коррекцию терапии выполнили 5 (19,23%) и 15 (75%) пациентов соответственно ( $p < 0,05$ ). В группе дистанционного ведения после трехмесячного перерыва в мониторинге у 33 пациентов сохранялась высокая приверженность лечению, индекс BASDAI за 2 года уменьшился с  $3,53 \pm 2,27$  до  $2,90 \pm 2,45$  ( $p < 0,05$ ). У 13 пациентов перерыв привел к отмене/перерыву в приеме НПВП, BASDAI увеличился с  $4,4 \pm 2,02$  до  $5,70 \pm 1,41$ ; 9 пациентов госпитализированы, восьмерым рекомендованы иФНО $\alpha$ .

## Выводы/заключение

Дистанционное наблюдение с частотой 1 раз в 4 нед ассоциируется с лучшей приверженностью и результатами терапии, чем ведение с частотой 1 раз в 4 мес или наблюдение

в произвольном порядке. Уменьшение частоты дистанционного мониторинга без увеличения активности возможно у пациентов, достигших снижения BASDAI < 4 в течение предшествующего года.

# ОСОБЕННОСТИ СПОНДИЛОАРТРИТОВ У ЛИЦ РАЗНОГО ПОЛА. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОГРЕСС

Ребров А.П., Гайдукова И.З.,  
Апаркина А.А., Акулова А.И., Спицына М.Ю.  
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный  
медицинский университет им. В.И. Разумовского»  
Минздрава России, Саратов, Россия

## Введение/цель

В течение последнего десятилетия число женщин, наблюдающихся с диагнозом анкилозирующий спондилит (АС), увеличилось. Изучение особенностей АС у лиц разного пола явилось целью настоящего исследования.

## Материал и методы

Изучили половой состав пациентов с АС (модифицированные Нью-Йоркские критерии), госпитализированных в Областную клиническую больницу (г. Саратов) в 2013 г. Оценивали активность АС (индексы BASDAI, ASDAS, уровень С-реактивного белка, определенный высокочувствительным методом, – вчСРБ) и подвижность аксиального скелета (индекс BASMI) у женщин (Ж) и мужчин (М) с АС.

## Результаты/обсуждение

43 Ж и 48 М были включены в исследование. Группы сопоставимы по возрасту (Ж  $41,63 \pm 12,04$  года; М  $41,94 \pm 12,76$  год), возрасту начала заболевания (Ж  $29,21 \pm 11,09$  года; М  $27,10 \pm 11,6$  года), возрасту постановки диагноза (Ж  $36,12 \pm 9,49$  года; М  $35,48 \pm 12,04$  года), индексу ASDAS (Ж  $3,38 \pm 1,24$ ; М  $2,97 \pm 0,97$ ;  $p = 0,58$ ), BASDAI (Ж  $4,5 \pm 2,99$ ; М  $4,82 \pm 2,14$ ), СРБ (Ж  $11 \pm 10,9$  мг/л; М  $9,45 \pm 7,94$  мг/л), BASMI (Ж  $4,96 \pm 2,26$ ; М  $4,98 \pm 2,32$ ),  $p > 0,05$  для всех. Не установили различий показателей активности и функции у Ж и М с длительностью АС < 10 лет (10 Ж, 15 М): ASDAS (Ж  $2,83 \pm 1,47$ ; М  $2,81 \pm 1,78$ ), BASDAI (Ж  $3,31 \pm 3,2$ ; М  $4,05 \pm 1,71$ ), СРБ (Ж  $11 \pm 10,9$ ; М  $9,45 \pm 7,94$  мг/л), BASMI (Ж  $3,16 \pm 1,35$ ; М  $3,46 \pm 1,88$ ),  $p > 0,05$  для всех. В группах Ж и М с длительностью АС > 10 лет (n=33 для обеих групп) при сопоставимой активности АС по индексам ASDAS (Ж  $3,64 \pm 1,08$ ; М  $3,04 \pm 0,97$ ), BASDAI (Ж  $5,25 \pm 1,69$ ; М  $5,18 \pm 2,26$ ) и СРБ (Ж  $12,44 \pm 11,08$ ; М  $8,85 \pm 6,69$  мг/л,  $p = 0,06$ ) отмечена тенденция к сохранению большей подвижности аксиального скелета у Ж (BASMI  $5,07 \pm 2,25$  у Ж и  $5,72 \pm 2,17$  у М;  $p = 0,068$ ) и ряду его составляющих – расстояние «козелок–стена» Ж  $14,66 \pm 4,52$  см, М  $17,89 \pm 6,92$  см ( $p = 0,056$ ); боковое сгибание поясничного отдела позвоночника Ж  $9,36 \pm 6,05$  см, М –  $5,91 \pm 6,04$  см ( $p = 0,01$ ); тест Шобера Ж  $3,05 \pm 2,56$  см, М  $2,37 \pm 2,07$  см ( $p = 0,021$ ).

## Выводы/заключение

Женщины госпитализируются с диагнозом АС так же часто, как и мужчины. Показатели активности и подвижности позвоночника мужчин и женщин с АС в целом и при длительности заболевания > 10 лет сопоставимы. При длительности заболевания > 10 лет у женщин сохраняется большая подвижность поясничного и шейного отделов позвоночника, чем у мужчин с сопоставимой активностью заболевания.

## КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ: ПРОБЛЕМА ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЙ?

Ребров А.П., Гайдукова И.З.

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

### Введение/цель

Вопрос о наличии повышенной сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности при спондилоартритах (СПА) является дискуссионным: данные относительно анкилозирующего спондилита (АС) и псориатического артрита (ПсА) противоречивы, по другим заболеваниям – практически отсутствуют. Цель – изучение динамики сердечно-сосудистой заболеваемости у пациентов с АС и ПсА, наблюдавшихся в ревматологическом центре Саратовской области.

### Материал и методы

Наблюдали 360 пациентов со СПА: 120 – с ПсА (CASPAR) и 240 – с АС (модифицированные Нью-Йоркские критерии). Пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями исключили (кроме контролируемой артериальной гипертензии I–II стадий). Оценивали 10-летний риск фатальных сердечно-сосудистых событий (SCORE, 2007). Фиксировали появление сердечно-сосудистых событий через 1 и 4 года после включения. В течение года наблюдали за 30 здоровыми лицами, сопоставимыми с больными по факторам сердечно-сосудистого риска (возраст  $46,7 \pm 12,45$  года, мужчины – 52%).

### Результаты/обсуждение

При вступлении в исследование возраст больных ПсА составлял  $43,64 \pm 12,1$  года, продолжительность ПсА –  $10,3 [3,4; 18,5]$  года, мужчины с ПсА составляли 50%, возраст больных АС  $39,62 \pm 10,1$  года, продолжительность АС –  $9,31 [4,4; 16,1]$  года, мужчины – 79,58%. Больные АС и ПсА сопоставимы по сердечно-сосудистому риску. В течение 1-го года наблюдения у 10 пациентов с ПсА зафиксированы стенокардия, у двоих – не-Q-инфаркт миокарда, у двоих – фибрилляция предсердий. В группе АС повышение артериального давления установили у 4 пациентов. В группе контроля развилась стенокардия у двух больных ( $p < 0,05$ ). За 4 года при АС зафиксировано появление артериальной гипертензии у 32, стенокардии – у 4, не-Q-инфаркта миокарда – у одного, полной атриовентрикулярной блокады – у одного, сахарного диабета – у двух пациентов ( $n=154$ ). За 4 года наблюдения за 82 пациентами с ПсА развитие артериальной гипертензии зафиксировано у 42 ( $p > 0,05$  для различий с аналогичным показателем при АС), стенокардии – у 44 ( $p < 0,05$ ), не-Q-инфаркта миокарда – у 5 ( $p < 0,05$ ), фибрилляции предсердий – у 6 пациентов ( $p < 0,05$ ), полной атриовентрикулярной блокады – у двух пациентов ( $p > 0,05$ ), сахарного диабета – у 6 пациентов ( $p < 0,05$ ), умерли два пациента.

### Выводы/заключение

При сопоставимых факторах сердечно-сосудистого риска появление ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий и сахарного диабета у пациентов

с ПсА наблюдается чаще, чем у пациентов с АС и лиц без СПА. Атриовентрикулярные блокады и артериальная гипертензия появляются при ПсА и АС одинаково часто.

## ПРИМЕНЕНИЕ ТАКРОЛИМУСА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ризамухамедова М.З., Ахмедова Н.А.,  
Курбанова Ш.Р., Бекенова Г.Т., Данаев Б.Б.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

### Введение/цель

Ревматоидный артрит (РА) представляет серьезную проблему в плане как прогноза, так и эффективного лечения – Treat to target (до достижения цели). Одним из последних прогрессивных подходов к терапии РА является новый высокоактивный иммунодепрессант такролимус (Програф). Цель – оценка эффективности и безопасности Прографа у пациентов с активным РА.

### Материал и методы

35 больным РА с резистентным течением (16 мужчин и 19 женщин в возрасте от 23 до 39 лет) был назначен Програф по 2 мг/сут после ужина ежедневно в течение 3 мес. У 9 больных имела место непереносимость метотрексата (МТ), у остальных эффективность МТ была низкой. Все больные продолжали принимать нестероидные противовоспалительные препараты и глюкокортикоиды. Эффективность лечения оценивали по стандартным клиническим параметрам: продолжительность утренней скованности, визуальная аналоговая шкала (ВАШ) боли, СОЭ, уровень С-реактивного белка (СРБ), DAS28 – в динамике лечения. Также проводились исследования функции печени и почек.

### Результаты/обсуждение

В динамике лечения Прографом трое больных были исключены из исследования в связи с непереносимостью в виде желудочной диспепсии (один человек) и из-за аллергической реакции по типу крапивницы (двое больных). Из остальных у 19 больных отмечены положительные сдвиги со стороны клинических и лабораторных показателей: СОЭ нормализовалась у 30 (93,7%) больных, уровень СРБ – у всех больных (100%), DAS28 в среднем был  $3,2 \pm 0,01$  ( $p < 0,05$ ), а выраженность боли по ВАШ в среднем снизилась до  $4,4 \pm 0,05$  ( $p < 0,05$ ), продолжительность утренней скованности – до  $45,2 \pm 0,04$  ( $p < 0,05$ ).

### Выводы/заключение

Показана эффективность Прографа в дозах 2 мг/сут при резистентности или непереносимости лечения модифицирующими течение РА препаратами, включая МТ.

## ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА 1377 C>T ГЕНА РЕЦЕПТОРА КАЛЬЦИТОНИНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Ризамухаммедова М.З.<sup>1</sup>, Каримов Х.Я.<sup>2</sup>,  
Бобоев Н.М.<sup>1</sup>, Бобоев К.Т.<sup>2</sup>, Ибрагимов З.З.<sup>2</sup>,  
Резванов А.С.<sup>2</sup>, Махкамов М.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Республиканский ревматологический центр  
Минздрава Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан;

<sup>2</sup>НИИ гематологии и переливания крови  
Минздрава Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

### Введение/цель

Остеоартроз (ОА) и остеопороз (ОП) являются мультифакторными заболеваниями, при этом определенную роль в их развитии играет генетическая предрасположенность. В последние годы изучение генетической взаимосвязи между ОА и ОП является предметом пристального внимания не только ревматологов, но и специалистов других направлений. Целью данного исследования является изучение распространенности генотипических вариантов полиморфизма 1377 C>T гена *CALCR* среди больных с ОА и оценка возможной ассоциации этого маркера с риском развития ОП.

### Материал и методы

Исследование проводилось на образцах ДНК 56 больных ОА в сочетании с ОП (I подгруппа) и 44 больных ОА, но без ОП (II подгруппа). Генотипирование полиморфизма проводилось методом стандартного ПЦР-анализа на термоциклере Applied Biosystems-2720 (США) с использованием наборов производства ООО «MedLab» (Санкт-Петербург).

### Результаты/обсуждение

В исследованных I подгруппе больных и контроле уровень наблюдаемой и ожидаемой гетерозиготности соответствовал равновесию Харди–Вайнберга ( $p < 0,05$ ). Наблюдаемый и ожидаемый уровень гомо- и гетерозиготности в группе больных составили 0,86/0,14 и 0,86/0,13 соответственно ( $p < 0,05$ ), значение индекса фиксации Райта составило  $D = -0,07$ . В группе контроля эти показатели соответствовали 0,81/0,19 и 0,82/0,17 при  $D = -0,012$ . Частота встречаемости C/C и C/T генотипов в I подгруппе больных составила 85,7 и 14,3% соответственно. В контрольной группе эти показатели составили 81,1 и 18,9% соответственно. Расчет частот распределения неблагоприятного C/C генотипа гена *CALCR* между больными и контролем также показал статистически незначимые различия ( $\chi^2 = 0,06$ ;  $p = 0,79$ ; OR=1,4; 95% ДИ 0,4301–3,018). Точно такие же частоты встречаемости аллелей и генотипов были получены и во II изученной подгруппе больных (ОА без ОП). При этом различия между этой подгруппой больных и I подгруппой также оказались статистически недостоверными ( $\chi^2 = 0,6$ ;  $p = 0,4$ ; OR=1,5; 95% ДИ 0,541–4,39).

### Выводы/заключение

Таким образом, несмотря на ожидаемую связь гена *CALCR* с риском развития ОП среди больных с ОА, нами не было получено достоверных данных, указывающих на определяющую роль генетического варианта 1377 C>T этого гена в формировании нарушений костно-тканевого обмена у таких категорий больных.

## ПРИМЕНЕНИЕ РЕБАМИПИДА ПРИ ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ризамухаммедова М.З., Бекенова Г.Т.,  
Курбанова Ш.Р., Валиева С.М., Сулаймонова Н.М.  
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

### Введение/цель

Актуальной проблемой при индуцированной нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) гастропатии является эффективное использование гастропротекторов и препаратов, улучшающих качество поверхностной слизи желудка и увеличивающих их количество. Цель – оценка терапевтической эффективности и переносимости препарата ребамипида [Мукоген, таблетки для перорального применения производства «Макледодс» (Индия)], в лечении НПВП-гастропатии у больных ревматоидным артритом (РА).

### Материал и методы

Под наблюдением находились 63 пациента с РА (40 женщин и 23 мужчины, средний возраст  $32,4 \pm 11,8$  года). Диспепсические явления отмечены у 58 (92,1%) больных, у 5 больных жалоб не было. Гастрофиброскопия выявила различные морфоструктурные изменения у всех обследованных больных. Все больные принимали препарат Мукоген по 1 таблетке 3 раза в день. Эффективность гастропротективной терапии Мукогеном оценивали по данным эзофагогастродуоденоскопии, которую проводили через 2 нед после терапии. Терапию считали эффективной по положительной динамике субъективных жалоб и эндоскопических результатов.

### Результаты/обсуждение

На фоне терапии Мукогеном, несмотря на продолжающийся прием НПВП, у всех обследованных отмечалось исчезновение болевого синдрома к 3-му дню лечения. К концу 1-й недели наблюдалось также уменьшение диспепсических проявлений, которые впоследствии сохранились только у 6 (9,5%) больных. При эндоскопическом исследовании больных была отмечена положительная динамика практически у всех обследованных в различной степени по шкале F. Lanza и соавт. (1987). Полученные результаты указывают на гастропротекторную эффективность Мукогена при НПВП-ассоциированных гастропатиях.

### Выводы/заключение

Мукоген является эффективным патогенетическим средством лечения, купирующим основные клинические симптомы заболевания, такие как боль в животе, диспепсические явления преимущественно в виде дискомфорта в эпигастрии, метеоризма и снижения аппетита, также эндоскопических проявлений в виде геморрагий, эрозий. Учитывая механизм действия Мукогена, считаем целесообразным его применение для лечения НПВП-ассоциированной гастропатии у больных РА и другими ревматическими заболеваниями, сопровождающимися лекарственными гастропатиями.



# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМ ВАРИАНТОМ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА, ОСЛОЖНЕННОГО СИНДРОМОМ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ

Родионовская С.Р.<sup>1,2</sup>, Никишина И.П.<sup>1</sup>,  
Алакаева И.Б.<sup>2</sup>, Каледа М.И.<sup>1</sup>, Цымбал И.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт  
ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУЗ «Центральная детская клиническая  
больница» ФМБА России, Москва, Россия

## Введение/цель

Синдром активации макрофагов (САМ) – жизнеугрожающее осложнение ревматических заболеваний, развитие которого ограничивает возможность применения генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). Цель – описание восьми клинических наблюдений успешного применения ГИБП у пациентов с САМ.

## Материал и методы

Наблюдались 8 пациентов (3 девочки, 5 мальчиков, возраст от 8 мес до 14 лет) с системным ювенильным артритом (сЮА), осложненным САМ.

## Результаты/обсуждение

В 3 случаях развитие САМ совпало с дебютом болезни, в остальных – с рецидивом сЮА. Клинический симптомокомплекс САМ включал: лихорадку, спленомегалию, поражение ЦНС, тромбоцитопению  $115-5 \cdot 10^{12}$ , цитопению (гемоглобин 60–79 г/л, агранулоцитоз), гиперферритинемию >500 мкг/л (до 74 000 мкг/л), повышение уровней аспаратаминотрансферазы, гамма-глутамилтранспептидазы, лактатдегидрогеназы (723–1863 Ед/л), коагулопатию, гипертриглицеридемию, гемофагоцитоз. У двух пациенток имел место респираторный дистресс-синдром, у одной – гепатит с острой печеночной недостаточностью. Наследственный гемофагоцитоз (мутации в *UNC13D*, *PRFI*) исключен у трех пациентов, у троих выявлено снижение уровня клеток – естественных киллеров. У 4 больных с сЮА с неэффективностью глюкокортикоидов в высоких дозах, внутривенного иммуноглобулина, циклоспорина А на 4-й неделе течения САМ начата терапия тоцилизумабом (ТЦЗ) 10–12 мг/кг каждые 14 дней; к 10-й неделе достигнуто купирование всех проявлений САМ и снижение активности сЮА с ответом, соответствующим 50–70% улучшению по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR). Трех пациентам с сЮА, у которых развился САМ на различных сроках болезни (от 1 года до 5 лет), ТЦЗ был назначен в связи с обострением сЮА; в одном наблюдении применялся канакинумаб. За 6 мес терапии ТЦЗ 90% улучшение по критериям ACR без рецидива САМ достигнута у двух пациентов, у одного пациента эффективность ТЦЗ соответствовала улучшению ACR70% с однократным субклиническим рецидивом САМ. Длительное, 5-месячное, течение САМ явилось основанием для прерывания терапии канакинумабом у одного больного и повлекло обострение сЮА.

## Выводы/заключение

Раннее включение в терапевтический комплекс ТЦЗ у пациентов с САМ позволяет преодолеть рефрак-

терность к применению высоких доз глюкокортикоидов, внутривенного иммуноглобулина и циклоспорина А и добиться более эффективного контроля над активностью воспаления.

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

Роскидайло А.А., Макаров С.А., Макаров М.А.,  
Логунов А.Л., Асин Б.А., Павлов В.П., Амирджанова В.Н.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

## Введение/цель

Оценить качество жизни и функциональный статус больных ревматоидным артритом (РА) после различных видов хирургического лечения.

## Материал и методы

Проведено проспективное исследование 37 пациентов с РА, которым выполнено хирургическое лечение локтевого сустава в ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» с 2009 по 2012 г. Все пациенты были разделены на три группы: 9 пациентам выполнена артроскопическая синовэктомия (АС; пациенты с индексом Ларсена 1–2), 18 – выполнена резекционная артропластика локтевого сустава (резАП; индекс Ларсена 3–4); 11 – эндопротезирование локтевого сустава (ЭПЛС; индекс Ларсена 5 или остеолит). Произведена оценка функции (по шкале Mayo), объема движений, боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), качества жизни по шкале EQ-5D, функциональный статус по индексу HAQ до и через 3, 6, 12 мес после операции.

## Результаты/обсуждение

Между пациентами трех групп не было достоверной разницы по возрасту и полу ( $p=0,78$  и  $p=0,34$ ). Длительность заболевания (РА) и продолжительность поражения локтевого сустава были достоверно меньше в группе АС, в сравнении с двумя другими группами. Все пациенты имели сравнимую активность РА. Предоперационный объем движений в группе АС: сгибание  $114,37 \pm 8,12$ , разгибание  $27,5 \pm 5,62$ , ротация  $58,75 \pm 4,37$ ; группа резАП: сгибание  $113,12 \pm 10,23$ , разгибание  $55,94 \pm 17,19$ , ротация  $16,86 \pm 7,64$ . Индекс HAQ – 1,59; 1,7 и 1,67 соответственно. Индекс Mayo – 48, 41 и 37. Боль по ВАШ – 61, 60 и 48 мм. EQ-5D индекс – 0,23; 0,25 и 0,2. Было отмечено увеличение объема движений после всех видов хирургического лечения, однако после АС результат был достигнут быстрее – к 3-му месяцу: сгибание/разгибание –  $121 \pm 9,32$ . Индексы HAQ, Mayo увеличились уже к 3-му месяцу и были стабильными к 12-му месяцу. Индекс EQ-5D увеличился до 0,49; 0,05 и 0,47 соответственно.

## Выводы/заключение

Все виды хирургического лечения поражения локтевого сустава у больных РА приводят к уменьшению боли и увеличению объема движений, улучшению качества жизни и функционального статуса. Однако на ранних стадиях поражения хороший функциональный результат достигается быстрее.

## ОСТЕОПОРОЗ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Ротару Л.<sup>1,2</sup>, Гроппа Л.<sup>1,2</sup>, Агаки С.<sup>1</sup>, Руссу Е.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ПЗ «Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану», Кишинев, Молдова;

<sup>2</sup>Республиканская клиническая больница, Кишинев, Молдова

### Введение/цель

Остеопороз (ОП) у мужчин встречается реже, чем у женщин. Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) у пациентов с подагрой в сочетании с метаболическим синдромом является интересной темой для изучения. Ожирение обладает защитной ролью для МПКТ, но на фоне воспаления, которое возникает на фоне подагры, — ведет к стимуляции костной резорбции и соответственно к ОП. Цель — исследование МПКТ у мужчин с подагрой и метаболическим синдромом.

### Материал и методы

Были обследованы 75 больных с подагрой (диагноз был установлен в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов 1987 г.), среди которых 61 больной был с хронической формой подагры и 14 больных с острой формой подагры. Возраст больных колебался между 25 и 76 годами. Больные были обследованы между 2007 и 2012 г. Продолжительность заболевания колебалась между 1 и 35 годами. Все больные были обследованы: объективно (возраст, масса тела, окружность талии, оценка индекса массы тела), лабораторно (общий анализ крови, общий анализ мочи, уровень мочевой кислоты в крови и в моче, липидограмма, клиренс креатинина, уровень глюкозы в крови, уровень С-реактивного белка) и инструментально: рентгенологическое исследование суставов, ультразвуковое исследование суставов, оценка МПКТ путем абсорбциометрии с двойным пучком лучей X (DXA) в области поясничного отдела позвоночника и на уровне шейки бедренной кости. Метаболический синдром был определен в соответствии с критериями International Diabetes Federation.

### Результаты/обсуждение

Больные были распределены на две группы: I группа с подагрой в сочетании с метаболическим синдромом и II группа с подагрой без метаболического синдрома. Доля больных, у которых был обнаружен метаболический синдром, составила 44% из изученной группы. Возраст, масса тела, окружность талии, глюкоза в крови, триглицериды, С-реактивный белок, выраженные как среднее число  $\pm$  стандартное отклонение, были выше у группы с метаболическим синдромом. Процент больных с артериальной гипертензией был выше в группе с метаболическим синдромом. МПКТ на уровне позвоночного столба и бедренной кости был статистически значительно выше у больных с метаболическим синдромом. Уровень С-реактивного белка не различался значительно статистически между двумя группами больных.

### Выводы/заключение

Статистический анализ показал, что в I группе МПКТ была выше у больных с сочетанием подагры и метаболического синдрома, по сравнению со II группой. Ожирение влияет на уровень образования эстрогена и тестостерона, которые в свою очередь оказывают прямое влияние на МПКТ.

## ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ МЕТОТРЕКСАТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Рохлина Ф.В., Новик Г.А.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

### Введение/цель

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) — наиболее распространенное хроническое ревматическое заболевание у детей, которое является одной из основных причин инвалидности. Часто дети с ЮИА демонстрируют устойчивость к проводимой терапии. Для лечения ЮИА в качестве базисной терапии часто используется цитостатическая терапия. Препаратом выбора можно считать метотрексат (МТ) — цитостатический препарат из группы антиметаболитов, антагонистов фолиевой кислоты. МТ оказывает выраженное иммуносупрессивное действие даже в относительно низких дозах. По данным разных авторов, около 70% пациентов, получающих терапию МТ, входят в ремиссию по заболеванию.

### Материал и методы

Все дети, включенные в наше исследование, получают базисную терапию МТ в дозе 15 мг/м<sup>2</sup> в неделю в течение 3 мес и более. У 35 (33,98%) пациентов к терапии МТ добавлена генно-инженерная биологическая терапия (тоцилизумаб, этанерцепт, инфликсимаб, голимумаб, абатацепт). Всем детям, получающим МТ, проводилось определение концентрации МТ в сыворотке крови, на анализаторе TDxFLx фирмы Abbott, методом флуоресцентно-поляризационного иммуноанализа.

### Результаты/обсуждение

Полученные результаты можно разделить на три основные группы: низкая концентрация ( $\leq 1$  мкмоль/л), средняя концентрация (1–2 мкмоль/л) и высокая концентрация ( $> 2$  мкмоль/л). В процентном отношении группа детей с концентрацией МТ от 0 до 1 мкмоль/л — 9,71%, от 1 до 2 мкмоль/л — 55,34% и в группе с концентрацией выше 2 мкмоль/л — 34,95% пациентов. Среди 103 обследованных нами детей было 65 (63,11%) девочек и 38 (36,89%) мальчиков с различными формами ЮИА: полиартрит — 46 (44,66%) детей, олигоартрит — 25 (24,27%) детей, системный вариант артрита — 14 (13,59%), энтезит-ассоциированный артрит — 18 (17,48%). С.А. Wallace и соавт. разработали критерии «неактивной» болезни и двух типов клинической ремиссии болезни. «Неактивная» болезнь — это отсутствие суставов с активным артритом, отсутствие лихорадки, сыпи, серозита, спленомегалии или генерализованной лимфаденопатии, связанной с ЮИА, отсутствие обострения увеита, нормальные СОЭ или уровень С-реактивного белка, и объективный осмотр, подтверждающий отсутствие активной болезни. Клиническая ремиссия медикаментозная — это состояние неактивной болезни в течение  $\geq 6$  мес. Клиническая ремиссия безмедикаментозная — это состояние неактивной болезни в течение  $\geq 12$  мес после отмены терапии. В группе детей с концентрацией МТ от 0 до 1 мкмоль/л 10% пациентов находится в состоянии «неактивной» болезни, в группе пациентов с концентрацией МТ от 1 до 2 мкмоль/л — 24,56% пациентов с «неак-

тивной» болезнью, а в группе с высокой концентрацией (>2 мкмоль/л) 33,33% детей соответствуют критериям «неактивной» болезни.

#### **Выводы/заключение**

Можно предположить, что определение концентрации МТ у всех больных можно использовать для прогнозирования эффективности терапии МТ больных ЮИА.

## **ВОЗМОЖНО ЛИ ВОССТАНОВИТЬ ПОТЕРЯННУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФЛИКСИМАБА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ?**

**Румянцева О.А., Бочкова А.Г., Корсакова Ю.Л., Соловьев С.К., Александрова Е.Н., Черкасова М.В., Эрдес Ш.Ф.**

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

#### **Введение/цель**

В России переключение с одного ингибитора фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ) на другой часто вызывает неразрешимые проблемы, связанные с получением препарата, поэтому имеется необходимость изучения возможности восстановления клинического эффекта первого ингибитора ФНО $\alpha$ . Выработка нейтрализующих антител (АТ) может являться одной из основных причин потери эффективности инфликсимаба (ИНФ) при длительной терапии. Цель – оценить возможность преодоления вторичной неэффективности ИНФ у больных анкилозирующим спондилитом (АС) с помощью плазмафереза (ПФ) и его влияние на уровень АТ к ИНФ и концентрацию ИНФ в сыворотке крови.

#### **Материал и методы**

Наблюдались 5 больных (3 мужчины и 2 женщины) с достоверным диагнозом АС в соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями 1984 г. Средний возраст больных составил 27,2 года, средняя длительность заболевания – 12,8 года. HLA-B27 был выявлен у 3 (60%) больных, у одного мужчины был рецидивирующий увеит, еще у одного – псориаз. Всем больным проводилось длительное (более года, максимум 8 лет) регулярное лечение ИНФ в дозе 5 мг/кг с хорошим эффектом. В дальнейшем у этих больных развилась вторичная неэффективность (обострение через 2–4 нед после инфузии). Перед очередной инфузией ИНФ больным был проведен курс ПФ с продолжением терапии ИНФ. Оценка клинического эффекта проведена через 6 мес. Исходно и после ПФ, но до инфузии ИНФ у больных производился забор крови для количественного определения АТ к ИНФ и концентрации ИНФ в сыворотке крови (методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческого набора реагентов Shikari Q-Ati, Shikari Q-Inflix фирмы Matriks Biotech, Турция).

#### **Результаты/обсуждение**

После курса ПФ с последующим введением ИНФ длительность его эффекта вновь увеличилась, в среднем на 3 нед. У всех больных было достигнуто улучшение по критериям ASAS >20%, у больного с увеитом уменьшилась частота его рецидивов. К 6-му месяцу длительность эффекта вновь сократилась до 4 нед после инфузии ИНФ и у одной больной (HLA-B27 отрицательный) с высокими титрами АТ (>500 нг/мл), которые не элиминировались

после ПФ, развилась инфузионная реакция. Только у 2 (40%) больных были выявлены АТ к ИНФ (>500 и 183,5 нг/мл), причем у первого больного титр этих антител после ПФ остался прежним, у другого снизился до 26,6 нг/мл. Концентрация ИНФ у всех больных исходно была низкой (0,1–1,4 мкг/мл), после ПФ у 1 (20%) больного она увеличилась до 5,9 мкг/мл.

#### **Выводы/заключение**

Потеря эффекта ИНФ может быть не связана с появлением нейтрализующих АТ. ПФ способствует восстановлению эффективности ИНФ на короткое время вне зависимости от его концентрации и уровня АТ. Образование АТ к ИНФ связано с повышенным риском инфузионных реакций. Требуется дальнейшее изучение причин вторичной неэффективности ИНФ и методов ее преодоления.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ЭТАНЕРЦЕПТА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ**

**Румянцева О.А., Бочкова А.Г.,**

**Тюхова Е.Ю., Губарь Е.Е., Эрдес Ш.Ф.**

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

#### **Введение/цель**

Этанерцепт (ЭТЦ) – растворимый рецептор фактора некроза опухоли (ФНО)  $\alpha$  и  $\beta$  – зарегистрирован в России для лечения спондилоартритов в декабре 2009 г., и к настоящему времени получены результаты длительного лечения этим препаратом у больных анкилозирующим спондилитом (АС). Цель – оценить эффективность и переносимость терапии ЭТЦ у больных АС.

#### **Материал и методы**

В наблюдение включены 60 пациентов с достоверным диагнозом АС (Нью-Йоркские критерии 1984 г.) и/или ранним аксиальным спондилоартритом (критерии ASAS 2009 г.), высокой активностью (BASDAI >4), которым проводится регулярная терапия ЭТЦ в дозе 50 мг в неделю. Длительность терапии составила в среднем 1 год (от 3 мес до 4 лет). У всех пациентов оценивались следующие показатели: индексы BASDAI, BASFI, глобальная оценка активности, СОЭ, уровень С-реактивного белка (СРБ). Оценка эффекта проводилась по критериям ASAS.

#### **Результаты/обсуждение**

ЭТЦ был первым ингибитором ФНО у 29 (48%) из 60 больных. У 22 (76%) из них достигнута частичная ремиссия, у 7 (24%) больных получено улучшение по ASAS40. У одного больного наблюдалась гепатотоксичность (повышение аланинаминотрансферазы до 72 Ед/л), в связи с чем препарат был отменен. У 31 (52%) больного было переключение на ЭТЦ после инфликсимаба (n=24) или адалимумаба (n=7) в связи с их плохой переносимостью и/или потерей эффекта. При этом ЭТЦ стал вторым анти-ФНО-препаратом у 21 (35%) больного и третьим у 10 (17%) больных. На фоне терапии у 21 (68%) больного, переключенного на ЭТЦ, отмечено улучшение по ASAS40, у 9 (29%) – частичная ремиссия. Неэффективность отмечалась только у одного больного (3%), у которого ЭТЦ был третьим ингибитором ФНО. Переносимость ЭТЦ после переключения с моноклональных антител была в целом удовлетворительная: у трех больных развился псориаз *de novo*, потребовавший отмены у одного больного; у одного пациента впервые

развился увеит. У одной больной с АС и болезнью Крона с потерей эффекта моноклональных антител ЭТЦ стал третьим анти-ФНО-препаратом, при этом обострения болезни Крона не наблюдается.

#### **Выводы/заключение**

Более чем у половины (52%) больных на фоне регуляторной терапии ЭТЦ достигнута частичная ремиссия по критериям ASAS, при этом чаще (76%) при первичном назначении препарата, чем при переключении на ЭТЦ с моноклональных антител (29%). Отмена ЭТЦ из-за нежелательных реакций потребовалась только у 2 (3%) больных.

## **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Рыбников А.В., Бялик Е.И., Решетняк Т.М.,**

**Макаров С.А., Семёнова М.Н., Сатыбалдыева М.А.**

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

#### **Введение/цель**

Тромбозы глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей при эндопротезировании коленного и тазобедренного сустава у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) наблюдаются в 7–27% случаев. Цель – проследить частоту встречаемости и эффективность профилактики ТГВ у пациентов с РЗ по отношению к контрольной группе пациентов с остеоартрозом (ОА).

#### **Материал и методы**

Исследовали 304 пациента, оперированных за период 2012–2013 гг. Из них 188 – с РЗ, 116 пациентов – с ОА. Особенность больных с РЗ – наличие медикаментозной терапии по поводу основного заболевания. 76 (94%) больных получали нестероидные противовоспалительные препараты, 168 (89%) – базисные противовоспалительные препараты, 81 (43%) – глюкокортикоиды, 45 (24%) – генно-инженерные биологические препараты. Эти препараты опосредованно влияют на систему гемостаза, усиливают действие друг друга и угнетают тромبوцитарное звено гемостаза. Тем не менее в предоперационном периоде у 12 (6,4%) пациентов с РЗ диагностированы ТГВ нижних конечностей; большую часть составили пациенты с системной красной волчанкой (СКВ) и СКВ+антифосфолипидный синдром (АФС) – 7 (3,7%) пациентов. Это были старые тромбозы в стадии реканализации. Пациентам с посттромботической болезнью вен нижних конечностей за 7 дней до операции назначали надропарин 0,3–0,6 ЕД/сут, со второго дня после операции пациентов переводили на оральные антикоагулянты. Остальным пациентам (n=292) с РЗ и ОА без ТГВ нижних конечностей в анамнезе назначали оральные антикоагулянты – прямой ингибитор тромбина дабигатрана этексилат (n=174) или ривароксабан (n=118). Первый прием дабигатрана этексилата (110 мг) либо ривароксабана (10 мг) осуществляли в первый день после операции. Далее пациенты получали 220 мг дабигатрана этексилата или 10 мг ривароксабана в сутки в течение 28–35 дней. Осуществляли контроль эффективности

профилактики тромбоэмболических осложнений при помощи ультразвукового (УЗ) триплексного ангиосканирования. УЗ-ангиосканирование проводили на 3, 7, 14-е сутки после операции, далее 1 раз в месяц. Срок наблюдения составил 3 мес.

#### **Результаты/обсуждение**

Ни у одного пациента с РЗ после эндопротезирования в раннем послеоперационном периоде ТГВ нижних конечностей не выявлено. В группе у пациентов с ОА в раннем послеоперационном периоде выявлены 8 (6,9%) случаев ТГВ нижних конечностей. Причинами возникновения тромбозов явились самостоятельная отмена препарата на 15–20-е сутки после операции (6 пациентов), позднее назначение антикоагулянтов (2 пациента). В послеоперационном периоде клинически значимых кровотечений не отмечали.

#### **Выводы/заключение**

Применение вышеописанной схемы профилактики ТГВ нижних конечностей оказалось эффективным и удобным в раннем послеоперационном периоде у пациентов с РЗ при эндопротезировании крупных суставов, однако требует дальнейшего изучения у больных ОА.

## **СТРУКТУРА КОМОРБИДНОСТИ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Рымбаева Т.Х., Иванова Р.Л.**

*Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан*

#### **Введение/цель**

Частота встречаемости недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у детей значительно различается по данным разных авторов. Цель – оценить возрастную динамику, частоту и структуру сопутствующих заболеваний на фоне ДСТ у детей школьного возраста.

#### **Материал и методы**

Проведено одномоментное эпидемиологическое обследование учащихся средней школы в возрасте от 7 до 16 лет на основании объективного осмотра и изучения амбулаторных карт в поликлиниках по месту жительства обследуемых детей для выявления частоты и структуры заболеваемости, пребывание на диспансерном учете с учетом заключения узких специалистов. Инструментальное обследование: электрокардиография, эхокардиография, УЗИ органов брюшной полости и почек.

#### **Результаты/обсуждение**

Обследовано 113 детей. Для выявления фенотипических признаков недифференцированной ДСТ применяли общепринятые критерии диагностики: 57 (50,4%) детей составили группу с ДСТ и 56 (49,6%) – группу без признаков ДСТ. Чаще всего наибольший «набор» признаков ДСТ приходился на возраст старше 9 лет. Количество признаков ДСТ, обнаруженных у одного школьника: до трех признаков – у 19 детей, до 5 – у 26 человек, до 9 признаков – у 12. Среди внутренних аномалий: аденониды – у 27 (47%), миопия – у 11 (20%), астигматизм и гиперметропия – у 4 (7%), пролапс митрального клапана и дополнительные хорды – у 43 (75%) детей. По заболеваемости ведущее место занимали ОРВИ (более трех раз в год), бронхиты, синуситы – 24 (42%). У 12 (21%) школьников имел место геморрагический синдром в ви-

де носовых кровотечений, по поводу которого все они состоят на учете у гематолога с «дезагрегационной тромбоцитопатией», «идиопатической коагулопатией». Из патологии мочевыделительной системы у 9 был диагностирован пиелонефрит, причем – вторичный: на фоне нефроптоза (5 детей) и гидронефроза (два ребенка). Клинические проявления указанных заболеваний у детей без ДСТ были отчетливыми и не вызывали диагностических трудностей.

#### **Выводы/заключение**

Выявление недифференцированной ДСТ в амбулаторных условиях необходимо для проведения выбора лечебных и диагностических мероприятий. У детей с НДСТ встречается несколько нозологических форм одновременно.

## **ДИНАМИКА УРОВНЯ С-ТЕРМИНАЛЬНЫХ ПЕРЕКРЕСТНЫХ ТЕЛОПЕПТИДОВ КОЛЛАГЕНА II ТИПА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТОМ И ЕГО КОМБИНАЦИЕЙ С ГЛЮКОЗАМИН ГИДРОХЛОРИДОМ**

**Савелова Е.Е., Майко О.Ю.**

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, Оренбург, Россия*

#### **Введение/цель**

Оценить динамику уровня С-терминальных телопептидов, образующихся при деградации коллагена II типа (СТХ-II), у больных остеоартрозом (ОА) на фоне курсового лечения с использованием хондроитин сульфата (структур) его комбинации с глюкозамин гидрохлоридом (артра).

#### **Материал и методы**

Обследовано 40 амбулаторных больных (90% женщин) ОА с преимущественным поражением коленных (n=35) и тазобедренных (n=5) суставов I–III стадии, средним возрастом 57,2±5,4 года, которые были разделены на две группы. В 1-й группе (n=20) назначался структур, во 2-й группе (n=20) – артра в стандартных дозах, курсом до 3 мес. Для количественного определения СТХ-II в моче использовался иммуноферментный тест Urine CartiLaps™ EIA.

#### **Результаты/обсуждение**

Исходный уровень СТХ-II у всех больных ОА был статистически значимо выше значений контрольной группы: 367,1 [285,7; 420,6] и 550,7 [406,3; 607,6] нг/моль против 182,6 [134; 271] нг/ммоль (p<0,001). У большинства пациентов 1-й группы (55%) и 2-й группы (75%) уровень маркера был незначительно повышенный (в пределах + 1 SD), у 15 и 10% – значительно повышенный (+ 2 SD), и только в 30 и 15% случаев были нормальные значения, сопоставимые с контролем. Пациенты со значительно повышенным уровнем СТХ-II отмечали наиболее выраженные боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и функциональные ограничения по индексу Лекена, чем больные с нормальными значениями (p<0,05). Через 3 мес от начала терапии у больных обеих групп на фоне достоверного улучшения показателей боли при ходьбе и в покое по ВАШ, индекса Лекена (p<0,05) при лечении стру-

ктумом отмечалось повышение уровня СТХ-II по сравнению с исходными показателями у больных, принимавших артру, статистически незначимое снижение уровня СТХ-II (p=0,87). В 1-й группе снижение значений выявлено в 45%, во 2-й группе – в 40% случаев. Значительно повышенный уровень маркера сохранялся у 2 (10%) пациентов 2-й группы с клиническими признаками прогрессирования ОА. При III стадии значения СТХ-II были выше, чем при I и II стадии, – 553,2 [404,9; 703,2] нг/ммоль против 435 [285,7; 582,5] и 384 [316,9; 570,3] нг/ммоль (p<0,05) соответственно. У больных ОА с длительностью до 10 лет (72,5%) среднее значение СТХ-II составило 384 [285; 570,4], более 10 лет (27,5%) – 566 [406,3; 656,3] нг/ммоль (p<0,05).

#### **Выводы/заключение**

Оценка уровня С-терминальных телопептидов, образующихся при деградации коллагена II типа, может отражать наличие дегенеративных процессов в хрящевой ткани суставов у больных ОА, использоваться для выявления быстрого прогрессирования дегенеративного процесса, а также для отбора пациентов для длительного курсового лечения.

## **ВОЗМОЖНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

**Саидов Ё.У., Махмудов Х.Р.,**

**Халилова Д.А., Назаров Б.Д., Шодиев Б.Р.**

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан*

#### **Введение/цель**

Системные проявления ревматоидного артрита (РА), которые имеют большое значение в формировании облика заболевания, отличаются чрезвычайной гетерогенностью, что во многом затрудняет процесс изучения их патогенетических аспектов. Цель – изучить возможные патогенетические аспекты висцеральных проявлений РА.

#### **Материал и методы**

В исследование включен 71 больной (60 женщин и 11 мужчин) с достоверным серопозитивным диагнозом РА с системными проявлениями (активность II–III, средний возраст 49 лет), наиболее отличительными особенностями которых являлись: поздняя диагностика, гормонозависимость, эрозивный характер суставного синдрома и редкий прием препаратов базисного ряда.

#### **Результаты/обсуждение**

Среди висцеральных проявлений РА наиболее часто встречались анемия (у 71,4% пациентов), ревматоидные узелки (29,4%), полиамиотрофия (26,9%), лимфаденопатия (26,1%), лихорадка (24,4%) и кардиоваскулярная патология (53,2%). Довольно редко наблюдались гепатоспленомегалия, чувствительная полинейропатия, синдром Рейно, поражение легких и почек. Наряду с ведущей ролью активности РА в индукции большинства системных проявлений заболевания выявлено, что они протекают чаще всего ассоциированно, тесно переплетены и взаимозависимы, что подтверждает общность их происхождения в патогенетическом аспекте. При этом установлено, что ряд висцеральных проявлений РА тесно ассоциируется с поражением сосудов, аутоиммунной анемией и отсутствием активной терапии.

### **Выводы/заключение**

Системные проявления РА имеют высокую распространенность, широкий спектр и отличаются чрезвычайной гетерогенностью в патогенетическом аспекте. Полученные результаты показывают, что в основе развития висцеральных проявлений РА лежат кумулятивный эффект и взаимовлияние системного воспаления, поражение сосудов, аутоиммунная анемия и неадекватная терапия.

## **ТЕРАФЛЕКС: ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ В ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА**

**Сакибаев К.Ш., Оморалиева Ч.Ш.**

*Ошская межобластная объединенная  
клиническая больница, Ош, Киргизия*

### **Введение/цель**

В последнее время идет поиск препаратов, способных замедлять прогрессирование суставной деструкции, предупреждать обострения и поражения новых суставов, тем самым улучшая качество жизни пациентов и предотвращая их инвалидизацию. В связи с этим особое внимания заслуживает лекарственный препарат Терафлекс, представляющий собой комбинацию глюкозамина гидрохлорида (500 мг) и натрия хондроитина сульфат (400 мг). Цель — оценить клиническую эффективность препарата Терафлекс в терапии остеоартроза (ОА).

### **Материал и методы**

В исследование были включены 42 больных (29 женщин и 13 мужчин) с длительностью заболевания ОА от 5 до 15 лет (в среднем 10 лет). Возраст больных от 55 до 82 лет (средний возраст — 68,5 года). Диагноз ОА достоверно подтвержден клинически и рентгенологически. Состояние больных оценивали по 4-балльной системе: оценка большой выраженности болей в покое, счет боли, суставной индекс, суставной счет, двигательная активность, стартовая скованность. Фиксировались крепитация или хруст, деформация, дефигурация, ограничение активных и пассивных движений. Из лабораторных показателей интерпретировали СОЭ и уровень С-реактивного белка.

### **Результаты/обсуждение**

Оценку эффективности лечения проводили на основании динамики ряда клинических параметров: выраженность боли в баллах в покое, при пальпации и при движении, а также по изменению клинического статуса больных, которое включало возможность сесть на стул и встать с него, подъем и спуск по лестнице, ходьбу по улице. При этом значительное улучшение наступило у 11 (26,2%) больных, улучшение — у 27 (64,3%) больных, наметилась тенденция — у 4 (9,5%) больных. Переносимость препарата Терафлекс была хорошей.

### **Выводы/заключение**

Полученные данные свидетельствуют о возможности применения препарата Терафлекс в комплексном лечении ОА. Препарат Терафлекс восстанавливает двигательную активность, снижает интенсивность боли, улучшает функциональную способность пораженного сустава. Высокая клиническая эффективность и хорошая переносимость препарата Терафлекс открывает широкие перспективы его использования для успешного лечения ОА у больных, особенно пожилого возраста.

## **КАРДИОЛИПИНЗАВИСИМАЯ В-КЛЕТОЧНАЯ АКТИВАЦИЯ И ЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ**

**Сакибаев К.Ш.<sup>1</sup>, Мамасаидов А.Т.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Ошская межобластная объединенная  
клиническая больница, Ош, Киргизия;*

*<sup>2</sup>Южный филиал Киргизского государственного  
медицинского института переподготовки  
и повышения квалификации, Ош, Киргизия*

### **Введение/цель**

Ведущая роль В-клеточной активации в иммунопатогенезе антифосфолипидного синдрома (АФС) при системной красной волчанке (СКВ) общеизвестна, что подтверждается обнаружением при этой болезни повышенных уровней сывороточных антител к кардиолипину и усиление внутриклеточного синтеза иммуноглобулинов лимфоцитами в присутствии кардиолипина. Цель — дать оценку клинического значения кардиолипинзависимой В-клеточной активации (КВА) при различных клинических вариантах СКВ.

### **Материал и методы**

Под нашим наблюдением находились 52 больных СКВ (50 женщин и 2 мужчины в возрасте от 15 до 37 лет) с различными клиническими вариантами. КВА оценивали методом количественной цитофлюориметрии, основанной на регистрации прироста синтеза внутриклеточных иммуноглобулинов В-лимфоцитов в присутствии антигена (кардиолипина).

### **Результаты/обсуждение**

Показатель КВА у больных СКВ зависит от активности болезни (чем выше активность, тем ниже значения КВА), варианта течения патологического процесса (при хроническом больше, чем при остром и подостром течении), от наличия антиядерного фактора (АНФ) в сыворотке крови (при серонегативном типе выше, чем при серопозитивном), а также от присутствия АФС-феномена (у больных СКВ с признаками АФС больше, чем у больных без признаков АФС). Особо следует отметить, что СКВ с АФС характеризуется невысокой активностью болезни, хроническим течением, отсутствием тяжелых висцеритов, более высокой продолжительностью жизни больных, но высоким риском развития сосудистых осложнений в виде тромботических катастроф (тромбозы, тромбоэмболии и др.).

### **Выводы/заключение**

Уровни КВА при СКВ зависят от активности, характера течения и наличия в крови АНФ: при I степени активности, хроническом течении и отсутствии АНФ в сыворотке крови достоверно выше, чем при III степени активности, остром и подостром течении и при наличии в крови АНФ. Определение показателя КВА при СКВ может использоваться в качестве дополнительного иммунологического метода диагностики такого особого субтипа болезни, как СКВ с АФС.

# РОССИЙСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА 1 КАНАКИНУМАБА (Paris®) У ДЕТЕЙ С АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Салугина С.О., Федоров Е.С., Кузьмина Н.Н.

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

## Введение/цель

Основным медиатором для большинства, если не для всех, аутовоспалительных синдромов (АВС) служит интерлейкин 1 $\beta$  (ИЛ1 $\beta$ ). В связи с этим в мире накапливается опыт применения ингибиторов ИЛ1 у пациентов с АВС. Канакинумаб (Paris®) одобрен FDA и EMEA с 2009 г. для лечения криопирин-ассоциированных периодических синдромов (CAPS), в России зарегистрирован для применения при CAPS с 2011 г. Высокая эффективность использования и хорошая переносимость канакинумаба у пациентов с TRAPS-синдромом показана в открытом международном исследовании (M. Gattorno и соавт.), однако в мире и в России он используется пока только off label. Цель – представить российский опыт применения ингибитора ИЛ1 канакинумаба (Paris®) у детей с АВС.

## Материал и методы

В исследование включены 5 пациентов с АВС: 4 – с CAPS (2 – синдром Muckle–Wells, 2 – синдром CINCA/NOMID), 1 – с TRAPS-синдромом, среди них 3 девочки в возрасте 3,5; 5,5 и 8 лет, 2 мальчика – 8,5 и 17 лет. Одна больная с MWS и одна с TRAPS получали глюкокортикоиды (ГК) в дозе 0,1 и 0,6 мг/кг, остальные лечились симптоматически. У троих диагноз подтвержден генетически. Канакинумаб был назначен в дозе 4 мг/кг при массе тела до 15 кг, 2 мг/кг при массе тела более 15 кг, вводился каждые 8 нед подкожно. К настоящему времени осуществлено 3 инъекции у 3 больных (24 нед наблюдения), 2 инъекции – у 2 (16 нед наблюдения).

## Результаты/обсуждение

У всех пяти пациентов отмечено достоверное клиническое улучшение самочувствия, купирование лихорадки, сыпи, снижение уровней острофазовых маркеров. Эффект сохранялся на протяжении всего периода наблюдения. У двух пациентов, получающих ГК, удалось их полностью отменить. Динамика клинико-лабораторных показателей на фоне лечения канакинумабом была следующей: имевшаяся у всех пациентов лихорадка и сыпь исчезли на следующий день после первой инъекции и не рецидивировали; уровень лейкоцитов, исходно повышенный у всех пациентов в интервале от 11,9 до 23,5 тыс., нормализовался к окончанию наблюдения у всех; СОЭ, повышенная исходно у 4 пациентов в интервале от 24 до 64 мм/ч, нормализовалась к концу наблюдения у троих, исходно повышенный у всех пациентов уровень СРБ – в интервале от 30,8 до 178 мг/л – нормализовался к окончанию наблюдения у трех пациентов, у одного отмечено 10-кратное снижение (с 89,5 до 8,5 мг/л) и у одного – трехкратное (со 121 до 34,4 мг/л)

## Выводы/заключение

Опыт применения канакинумаба (Paris®) у пациентов с CAPS- и TRAPS-синдромами показал высокую эффек-

тивность и хорошую переносимость препарата. Более медленным оказалось снижение острофазовых маркеров у пациентов с синдромом CINCA/NOMID, наиболее тяжелым представителем CAPS.

# СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА MUCKLE–WELLS В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ – ДОЛГИЙ ПУТЬ К ДИАГНОЗУ

Салугина С.О., Федоров Е.С.,

Кузьмина Н.Н., Евсикова М.Д., Алекберова З.С.

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

## Введение/цель

Синдром Muckle–Wells (MWS) – необычный синдром лихорадки, уртикарной сыпи и болей в конечностях, приводящий к прогрессирующей потере слуха и развитию амилоидоза. Это редкое аутовоспалительное заболевание, представитель группы криопирин-ассоциированных периодических синдромов (CAPS). Обусловлено мутацией гена *NLRP3* (*CIAS1*), путь передачи – аутосомно-доминантный. Цель – описать генетически верифицированный семейный случай MWS у матери и дочери русской национальности.

## Материал и методы

У двух пациенток (17 лет и 41 года) проведены клинико-лабораторное обследование и молекулярно-генетический анализ.

## Результаты/обсуждение

*Случай 1:* пациентка 17 лет (дочь), наблюдалась в НИИР РАМН с возраста 8 лет (2004). С 10 мес – периодическая лихорадка, сыпь пятнисто-папулезная, кратковременная, на различных участках тела, без зуда, артралгии/артриты без нарушения функции суставов, головные боли, боли в животе, в горле, эпизоды узловой эритемы, афтозного стоматита, язвы на гениталиях, увеит в анамнезе, частые конъюнктивиты с 8 лет. Светлые промежутки без симптомов. Дифференциальный диагноз: синдром Висслера–Фанкони, системный ювенильный артрит, системный васкулит, периодические лихорадочные синдромы (FMF, TRAPS), болезнь Бехчета с 2006 г. *Случай 2:* пациентка 41 года (мать), наблюдалась в НИИР РАМН с возраста 31 года (2004). С 7 лет – периодические артралгии/артриты без нарушения функции суставов, с 17 лет – лихорадка, сыпь пятнисто-папулезная, кратковременная, на различных участках тела, без зуда, боли в горле, эпизоды узловой эритемы, афтозного стоматита, язвы на гениталиях, прямой кишке, боли в животе, частые конъюнктивиты, с 2000 г. (27 лет) нейросенсорная тугоухость, прогрессирующая глухота. Дифференциальный диагноз: острая ревматическая лихорадка, болезнь Стилла взрослых, системная красная волчанка, периодические лихорадочные синдромы (TRAPS), болезнь Бехчета с 2006 г.

У обеих практически постоянно повышение уровня острофазовых маркеров (СОЭ, С-реактивный белок, лейкоцитоз). HLA-B51 – отрицателен. Лечение антибиотиками, нестероидными противовоспалительными и базисными противовоспалительными препаратами, колхицином – без эффекта, на фоне глюкокортикоидов – временное

улучшение. При проведении молекулярно-генетического анализа у матери и дочери выявлена мутация гена *NLRP3 (CIAS1) – Thr350Met* в гетерозиготном состоянии. В 2013 г. установлен диагноз CAPS – MWS.

#### **Выводы/заключение**

MWS может встречаться у пациентов русской национальности и должен включаться в круг дифференцируемых состояний у пациентов с лихорадкой, сыпью и другими воспалительными проявлениями, особенно при наличии аналогичных случаев в семье и неадекватного ответа на стандартную противоревматическую и противовоспалительную терапию.

## **ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Сальникова Т.С., Сороцкая В.Н.**

*ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия*

#### **Введение/цель**

Изучение частоты инфекционных осложнений у больных с ревматическими заболеваниями (РЗ), получающих генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) с присоединением препаратов системной энзимотерапии (СЭТ).

#### **Материал и методы**

Изучены данные 30 амбулаторных карт больных, получающих ГИБП: 15 больных ревматоидным артритом (РА), 11 – анкилозирующим спондилитом (АС), 4 – системной красной волчанкой (СКВ); 15 из этих больных (8 – РА, 5 – АС, 2 – СКВ) дополнительно получали СЭТ (Вобэнзим) в дозе 3 таблетки 3 раза в день в течение 6 мес.

#### **Результаты/обсуждение**

Инфекционные осложнения, а именно – герпетическая инфекция у больных, получающих ГИБП и препараты СЭТ, была отмечена в 1 случае (у больной с СКВ), в сравнении с 4 случаями, отмеченными у больных с терапией ГИБП (2 – СКВ, 2 – РА). Частота острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) также была ниже при комбинированной терапии ГИБП и СЭТ (базисная терапия была сопоставима в обеих группах) соответственно в 6 и 1 случае.

#### **Выводы/заключение**

Применение препаратов СЭТ в комбинации с базисными противовоспалительными препаратами и ГИБП позволяет снизить число нежелательных реакций (в частности, инфекционных осложнений), а также уменьшить прием противовирусных и противовоспалительных препаратов. Препараты СЭТ, влияющие на различные патофизиологические звенья аутоиммунного воспаления, обладающие противовоспалительным, противоотечным, фибринолитическим, иммуномодулирующим действием, являются перспективными препаратами в комплексной терапии РЗ.

## **РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ**

**Сарычев А.М., Шовкун Л.А.**

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

#### **Введение/цель**

Применение иммуносупрессоров, в том числе генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), при лечении ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) может приводить к снижению противоинфекционной защиты и создавать условия для развития туберкулеза. Цель исследования – оценить частоту возникновения различных форм туберкулеза на фоне терапии ГИБП у пациентов с ЮИА.

#### **Материал и методы**

В динамике заболевания наблюдались 42 ребенка в возрасте от 3 до 17 лет с ЮИА, получающих терапию ГИБП, с длительностью заболевания  $6,32 \pm 5,12$  года. Обследование включало реакцию Манту, диаскин-тест, спиральную компьютерную томографию органов грудной клетки.

#### **Результаты/обсуждение**

Из 42 пациентов терапию тоцилизумабом получали 16 (38,1%), абатацептом – 6 (14,3%), этанерцептом – 10 (32,8%), адалимумабом – 5 (14,7%) и инфликсимабом – 5 (14,7%) детей. Длительность терапии ГИБП составила от 3 до 48 мес, в среднем  $16,6 \pm 10,47$  мес. У 8 (19,04%) пациентов на фоне терапии ГИБП зарегистрировано развитие различных форм туберкулеза, в том числе при системном ЮИА – у 5, ювениальном спондилоартрите – у одного, полиартикулярном варианте ЮИА – у одного и ЮИА с увеитом – у одного больного соответственно. Так, инфильтративная форма с распадом легочной ткани и диссеминацией зарегистрирована у одного ребенка, получающего тоцилизумаб; первичный туберкулезный комплекс – у двух пациентов, получавших тоцилизумаб, и одного – адалимумаб; латентная туберкулезная инфекция (вираж) обнаружена у трех детей, получавших тоцилизумаб, инфликсимаб, адалимумаб и этанерцепт. Особенностью инфекционного процесса на фоне терапии ГИБП явилось нивелирование основных симптомов туберкулеза. Кроме того, у 4 пациентов с системным вариантом ЮИА туберкулезная инфекция (первичный туберкулезный комплекс) диагностирована до инициации ГИБП, что потребовало предварительной терапии противотуберкулезными препаратами.

#### **Выводы/заключение**

Дети с системным вариантом ЮИА могут являться группой повышенного риска развития различных форм туберкулеза. Развитию инфекции также может способствовать терапия ГИБП, в первую очередь блокаторами фактора некроза опухоли  $\alpha$  и интерлейкина 6. Скудность клинических проявлений инфекции на фоне терапии ГИБП требует дополнительного, не реже чем 1 раз в 6 мес, диагностического обследования для исключения туберкулеза.



## ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ХОНДРОГАРД ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Сахибов У.М., Матчанов С.Х., Набиева Д.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

### Введение/цель

Как известно, в основе развития остеоартроза (ОА) находится взаимоиндуцируемый процесс ремоделирования в хрящевой ткани и субхондральной кости, а также запусковое при этом воспаление. Цель — оценить противовоспалительный и возможно хондропротективный эффект Хондрогарда при лечении ОА.

### Материал и методы

Обследовано 32 больных с гоноартрозом II–III стадии. Средний возраст больных  $54,6 \pm 3,4$  года. Длительность болезни не более 6 лет. Клинически определялись боль, ограничение движения в суставах, хруст при движении. В крови определялись: количество лейкоцитов, СОЭ, уровень С-реактивного белка (СРБ). В начале лечения, а также через 3 и 6 мес проводили рентгенологические исследования суставов. Всем больным было назначено следующее лечение: нестероидные противовоспалительные препараты, средства для улучшения реологии крови, Хондрогард по 2,0 мл через день внутримышечно, массаж, ЛФК.

### Результаты/обсуждение

В результате 3-месячного лечения у 93% больных наблюдалось: уменьшение артралгий, исчезновение синовита, хруст при движении уменьшился. Исследование на СРБ повторно было отрицательным. Проведенное рентгенологическое исследование через 3 мес от начала лечения существенных изменений не выявило, что свидетельствует о необходимости продолжительного лечения не менее 6 мес.

### Выводы/заключение

Проведенное лечение оказалось обнадеживающим в плане противовоспалительного эффекта Хондрогарда. Однако для значимого эффекта необходима более продолжительная терапия препаратом Хондрогард. За период лечения Хондрогардом переносимость его больными, совместимость с другими лекарственными средствами были хорошими. Случаев нежелательных реакций не наблюдалось.

## ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОК С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Светлова М.С.<sup>1</sup>, Никитина М.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Россия;

<sup>2</sup>НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Петрозаводск ОАО «РЖД»», Петрозаводск, Россия

### Введение/цель

Боль в позвоночнике — одна из наиболее частых причин обращения к врачу женщин пожилого возраста. Основная причина боли — дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника (ДДП). Однако первичный остеопороз (ОП), по-видимому, может вносить вклад в фор-

мирование боли в спине у этой группы больных, что требует внесения коррективов в тактику ведения пациентов. Цель — оценить минеральную плотность костной ткани (МПКТ) у пациенток пожилого возраста с диагностированными ДДП, без факторов риска развития вторичного ОП.

### Материал и методы

Обследовано 45 пациенток в возрасте  $74,5 \pm 5,7$  года с болью в спине и выявленными при рентгенологическом исследовании ДДП. Для оценки МПКТ всем женщинам была выполнена двухэнергетическая рентгеновская костная абсорбциометрия (DEXA). Результаты DEXA трактовались в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

### Результаты/обсуждение

Нормальная МПКТ в поясничном отделе позвоночника (Т-критерий до  $-1$  SD) имела место у 8 (18%) пациенток, признаки остеопении (Т-критерий от  $-1$  до  $-2,5$  SD) выявлены у 10 (22%), ОП (Т-критерий  $< -2,5$  SD) был диагностирован у 27 (60%) обследованных.

### Выводы/заключение

Таким образом, снижение МПКТ нередко имеет место у пациенток пожилого возраста с ДДП. Своевременная коррекция снижения МПКТ — это не только профилактика переломов, но и важная составляющая лечения боли в спине у пожилых женщин.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОНДРОГАРДА В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

Светлова М.С.

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Россия

### Введение/цель

Остеоартроз (ОА) — самая частая причина хронической боли. Наиболее тяжело, как правило, протекает поражение тазобедренных суставов, коксартроз (КА). В лечении ОА широко применяются антиартрозные препараты замедленного действия, в том числе хондроитин сульфат (ХС). Цель — оценить влияние терапии парентеральной формой ХС (препарат Хондрогард) на симптомы КА.

### Материал и методы

В исследование вошли 38 пациентов с достоверным КА I–II стадий по Келлгрэну–Лоуренсу, 28 (73,7%) женщин и 10 (26,3%) мужчин. Средний возраст больных составил  $52,5 \pm 5,5$  года, средняя длительность КА —  $7,4 \pm 4,7$  года. Преобладали пациенты со II стадией процесса — 23 (61%). Хондрогард вводили внутримышечно по 100 мг в сутки трижды через день, далее — по 200 мг в сутки, еще 15 введений. При усилении болей в суставах был рекомендован прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП); потребность в НПВП имели 29 (76%) пациентов. На момент начала лечения и по его завершении оценивали альго-функциональный индекс Лекена (ФИЛ) для КА в баллах.

### Результаты/обсуждение

Лечение Хондрогардом оказало положительное влияние на симптомы КА. Уже на фоне терапии 17 (45%) больных отметили улучшение самочувствия. На момент завершения лечения у 30 (80%) больных КА было констатировано уменьшение выраженности боли в пораженных суставах. ФИЛ в исследованной группе снизился с  $8,8 \pm 3,1$  (ис-

ходно) до  $5,4 \pm 2,2$  балла на момент завершения лечения ( $p < 0,05$ ). Лишь 8 (21%) пациентов продолжали принимать НПВП при болях в суставах.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, Хондрогад эффективен в лечении КА, может применяться в комплексной терапии этого тяжелого заболевания.

## **НЕУТОЧНЕННЫЙ АРТРИТ КАК ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Сизова Л.В.**

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, Оренбург, Россия*

#### **Введение/цель**

Провести ретроспективный анализ верификации раннего ревматоидного артрита (РРА) у амбулаторных пациентов с предварительным диагнозом «неуточненный артрит» (НА).

#### **Материал и методы**

Скрининг 250 пациентов проводили на основании критериев подозрения на РА Европейской антиревматической лиги (EULAR) 2002 г. или наличия стойкого артрита/артралгии хотя бы одного сустава. Пациенты с другими подтвержденными диагнозами в текущий анализ данных не вошли, за исключением больных с урогенной инфекцией. Анализ верификации был проведен среди 114 пациентов с РРА (медиана возраста – 50,5 [47; 54,8] года, большинство – 90,4% – женщины; медиана длительности артрита – 4,4 мес), у которых диагноз был поставлен по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR) 1987 г. в результате общепринятого в ревматологии обследования при первичном обращении или в ходе динамического наблюдения. Исследование проводили во взрослой поликлинике ГБУЗ «Городская клиническая больница №5» г. Оренбурга на базе кафедры поликлинической терапии ГБОУ ВПО «ОрГМА» Минздрава России.

#### **Результаты/обсуждение**

Среди 114 пациентов с ранним артритом при первичном обращении диагноз РРА был верифицирован по критериям ACR (1987) после обследования в 58 (50,8%) случаях. В 46 (40,4%) случаях пациенты первично имели диагноз НА. У 32 (28,1%) больных с НА диагноз РРА был подтвержден через 1,25 [1,0; 3,5] мес после дополнительного обследования с целью исключения других причин артрита. У 14 (12,3%) больных с НА в связи с обнаружением антител к возбудителям и/или возбудителей урогенной инфекции (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы) диагноз был изменен на реактивный артрит (РеА). Еще у 10 (8,8%) пациентов с РРА в анамнезе диагноз РеА был первичным в связи с предоставленными при первой явке результатами обследования на инфекционные агенты. У перечисленных 24 (21,1%) пациентов с урогенной инфекцией после проведения антибактериальной терапии (сумамед/доксациклин) в среднем через месяц наблюдения были получены отрицательные результаты микробиологического и серологического исследований. С учетом стойкого артрита, в связи с отсутствием энтезитов, конъюнктивита и других

клинических и рентгенологических признаков РеА, позитивными результатами IgM ревматоидного фактора и антител к модифицированному цитруллинированному виментину, а также симметричными эрозиями в пястных костях по данным артрозонографии, диагноз РеА у них был изменен на РРА.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, 24 (21,1%) пациента с РРА в анамнезе исходно имели диагноз НА или РеА, что не исключает триггерную роль урогенной инфекции и указывает на необходимость динамического наблюдения и тщательного обследования, чтобы своевременно начинать адекватную терапию.

## **ВЛИЯНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ МЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ СУСТАВОВ КИСТЕЙ**

**Симонова О.В., Леушина Е.А.**

*ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров, Россия*

#### **Введение/цель**

Остеоартроз (ОА) суставов кистей приводит не только к боли и нарушению функции и деформации суставов, но и к эстетическому дискомфорту, что является важным фактором, определяющим качество жизни (КЖ) этих больных. Цель – оценить влияние симптоматических препаратов медленного действия на КЖ и рентгенологическое прогрессирование при ОА суставов кистей в открытом сравнительном контролируемом рандомизированном 18-месячном исследовании.

#### **Материал и методы**

Исследование проведено у 120 женщин с достоверным диагнозом ОА суставов кистей. 30 больных (I группа) получали диацереин 100 мг/сут 4 мес, 30 больных (II группа) – хондроитин сульфат (ХС) 1000 мг/сут 6 мес, 30 больных (III группа) – глюкозамин сульфат (ГС) 1500 мг/сут 3 мес, 30 больных (IV группа) – ацеклофенак 100–200 мг/сут. Все пациенты прошли два курса терапии с перерывом 6 мес. Группы были сопоставимы по основным клиническим и демографическим показателям ( $p > 0,05$ ). Средний возраст пациентов I группы составил  $57,4 \pm 5,3$  года, II –  $57,6 \pm 9,7$ , III –  $60,4 \pm 7,0$ , IV –  $58,8 \pm 6,4$  года. Стаж болезни < 5 лет отмечен у 46,7; 40 и 46,6% пациентов соответственно; от 6 до 10 лет – 36,7; 40 и 40%; > 10 лет – 16,6; 20 и 13,4% соответственно. КЖ оценивали по шкале SF-36. Для оценки влияния терапии на сужение суставной щели (СЩ), измеряли ширину СЩ в каждом суставе (мм). Используя атлас OARSI, сужение СЩ визуально оценивали от 0-й до 3-й стадии. Всего оценено 3840 суставов: 1920 проксимальных межфаланговых суставов и 1920 дистальных межфаланговых суставов.

#### **Результаты/обсуждение**

Результаты исследования показали, что КЖ больных ОА суставов кистей снижено, особенно снижается психологическое здоровье. После первого курса терапии улучшение ( $p < 0,001$ ) достигнуто по шкале боль в I, II и III груп-

пах. К 18 мес статистически значимо ( $p < 0,05$ ) улучшились физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль и общее здоровье в I и II группах; уровень социального функционирования и ролевого эмоционального функционирования повысился ( $p < 0,01$ ) во II группе. В IV группе показатели КЖ практически не отклонялись от исходных ( $p > 0,05$ ). При анализе результатов измерения ширины СЩ отрицательной динамики ( $p > 0,05$ ) изменения этого показателя в анализируемых суставах не выявлено.

#### **Выводы/заключение**

Применение диацереина и ХС улучшает КЖ пациентов с ОА суставов кистей по шкалам физического здоровья, а ХС — и по шкале психологического здоровья. Применение терапии диацереином, ХС и ГС в течение 18 мес не приводит к рентгенологическому прогрессированию ОА суставов кистей.

## **ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ АОРТЫ И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ**

Синеглазова А.В.<sup>1</sup>, Богданова Е.А.<sup>1</sup>, Несмеянова О.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Россия

#### **Введение/цель**

Вовлечение аорты и аортального клапана служат проявлениями внепозвоночной активности анкилозирующего спондилита (АС). Цель — изучить частоту эхокардиографических изменений восходящего отдела аорты и аортального клапана (АК) в зависимости от распространенности спондилита при болезни Бехтерева.

#### **Материал и методы**

Обследовано 25 больных АС, находившихся на лечении в ревматологическом отделении ГБУЗ «ЧОКБ», в том числе 18 мужчин и 7 женщин. Средний возраст  $41 \pm 2,4$  года, средняя длительность болезни  $10 \pm 1,8$  года. Обследование и терапия проводились согласно федеральному стандарту. Спондилит устанавливался клинически при наличии боли воспалительного характера, утренней скованности и ограничения движений в отделах позвоночника в двух плоскостях. Оценивались расстояние подбородок—грудина, симптомы Форестье, Отта, Томайера, Шобера, экскурсия грудной клетки, углы поворота и наклонов в шейном и поясничном отделах позвоночника. Спондилит поясничного отдела диагностирован у 22 больных, грудного — у 16 и шейного — у 12. В зависимости от количества пораженных отделов позвоночного столба больные были разделены на две группы: имеющие спондилит трех (шейного, грудного и поясничного) отделов позвоночника ( $n=11$ ) и пациенты с поражением одного или двух любых отделов позвоночника ( $n=14$ ). Эхокардиография выполнялась на ультразвуковой системе Vivid 4 (General Electric, США) в М- и В-режимах. Статистическая обработка проведена с помощью пакета SPSS 17,0. Для сравнения частоты появления признака в группах применен  $\chi^2$ -критерий Пирсона. Проведен корреляционный непараметрический анализ по Спирмену.

#### **Результаты/обсуждение**

Эхокардиографические изменения аорты в виде утолщения стенки выявлены у 12 больных. Патологические изменения АК, включающие уплотнение створок и признаки недостаточности, диагностированы в 9 случаях. У больных, имевших спондилит трех отделов позвоночника, достоверно чаще диагностированы признаки аортита ( $n=8$ ; 73%) и структурно-функциональных изменений АК ( $n=7$ ; 64%), чем у больных с поражением одного или двух отделов позвоночника ( $n=4$ ; 28,5%;  $p=0,028$  и  $n=2$ ; 14%;  $p=0,011$  соответственно). При корреляционном анализе показана прямая взаимосвязь поражения всех отделов позвоночника с эхокардиографическими признаками аортита ( $r_s=0,439$ ;  $p=0,028$ ) и изменениями АК ( $r_s=0,51$ ;  $p=0,009$ ).

#### **Выводы/заключение**

Ультразвуковые признаки патологии восходящего отдела аорты и АК статистически значимо чаще наблюдаются у больных с тяжелым АС, характеризующимся вовлечением всех отделов позвоночника.

## **КАРОТИДНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

Синеглазова А.В.<sup>1</sup>, Харькова А.Н.<sup>2</sup>, Несмеянова О.Б.<sup>2</sup>, Никольская Е.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Россия

#### **Введение/цель**

Актуальной проблемой современной ревматологии является кардиоваскулярная патология у больных системными ревматическими заболеваниями. Цель — изучить частоту и особенности изменения брахиоцефальных артерий (БЦА) у больных системной склеродермией (ССД).

#### **Материал и методы**

Обследовано 33 женщины, в том числе 10 больных с достоверным диагнозом ССД (средний возраст  $47,6 \pm 3,9$  года) и 23 клинически здоровые женщины (средний возраст  $48 \pm 1,8$  года;  $p=0,984$ ). От всех участниц исследования получено информированное согласие. Обследование и терапия больных ССД проводились в ревматологическом отделении ГБУЗ «ЧОКБ» в соответствии с федеральным стандартом. Средняя длительность ССД составила  $80 \pm 21$  мес, у всех больных имелась диффузная форма болезни. В 100% случаев при ССД установлено поражение кожи, сосудов, суставов. У 9 пациенток диагностированы интерстициальные изменения легких. Семь больных имели поражение сердца, четыре — склеродермическое поражение пищевода. Терапия 7 больным проводилась D-пеницилламином, 5 — аминохинолиновыми препаратами, двум пациенткам — метотрексатом. Глюкокортикоидную терапию получали 5 женщин с ССД. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий выполнено на аппарате Vivid 7 (General Electric, США) линейным датчиком 7 L на частоте 8 МГц в режиме триплекс. Результаты оценивались согласно рекомендациям ВНОК. Статистическая обработка проведена с помощью пакета SPSS 17,0, для сопоставления количественных данных использован U-критерий Манна—Уитни, для сравнения частоты появления признака в группах применен  $\chi^2$ -критерий Пирсона.

### Результаты/обсуждение

Атеросклеротические бляшки БЦА диагностированы у 3 больных ССД (30%) и 5 женщин контрольной группы (21,7%;  $p=0,611$ ). Гемодинамически значимые стенозы в каротидном бассейне установлены у двух пациенток с ССД (20%) и двух женщин контрольной группы (8,7%;  $p=0,361$ ). Патологическая извитость БЦА выявлена в 4 случаях при ССД (40%) и в 5 случаях в группе контроля (21,7%;  $p=0,279$ ).

### Выводы/заключение

Небольшое количество обследованных нами больных ССД не позволило получить статистически значимых различий, однако при ССД установлена тенденция к более высокой частоте развития патологической извитости БЦА и возникновению гемодинамически значимых стенозов.

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

Сиротко О.В., Литвяков А.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь

### Введение/цель

Актуальной проблемой на сегодняшний день является диагностика поражений суставов при реактивном артрите (РеА). Цель – выявление ультразвуковых признаков поражения суставов при РеА.

### Материал и методы

Нами обследованы пациенты с РеА: женщины – 26 (46,4%), мужчины – 30 (53,6%), медиана возраста 34 [31; 42] года. Медиана длительности течения РеА 1,0 [0,3; 3,25] года. Острый РеА установлен у 30 (55,6%) пациентов: 13 (43,3%) женщин и 17 (56,7%) мужчин, медиана возраста 33 [27; 29] года, медиана длительности артрита 3 [1; 5] мес. Хронический РеА выявлен у 26 (44,4%) пациентов: 13 (50%) женщин и 13 (50%) мужчин, медиана возраста 34 [31; 42] года, а медиана длительности артрита 4 [2; 6] года. Активность I степени была определена у 18 (32,1%) пациентов, II – у 30 (53,6%), III – у 8 (14,3%). У всех пациентов с РеА была установлена урогенитальная хламидийная инфекция (методами полимеразной цепной реакции и реакции иммунофлюоресценции). Нами проводилось ультразвуковое исследование суставов с датчиком в 12 МГц в В-режиме и в цветовом режиме – 9,0 МГц.

### Результаты/обсуждение

Были выявлены следующие ультразвуковые признаки поражений суставов: воспалительно-деструктивные эрозии (57,5%) в местах инсерции пораженного энтезиса без признаков патологической васкуляризации в проекции синовию как нелинейный краевой дефект кортикального слоя кости с гиперэхогенным контуром, а воспаленный энтезис визуализировался как отечная, неоднородная ткань толщиной  $>1,5$  мм – энтезит (64,7%). У пациентов с острым РеА воспаленный энтезис имел пониженную эхогенность – микронадрывы. Выявлялись массивный синовит (52,9%), параэнтезиальный отек (59,6%) и выпот (36,7%). У пациентов с хроническим РеА в энтезисе выявлялись кальцинаты (энтезофиты). Суставная поверхность костей была с четким гиперэхогенным, ровным контуром, а синовию без утолщения и признаков неонангиогенеза при использовании доплера. В пораженных суставах была положительная «болевая проба» (100%).

### Выводы/заключение

Основной ультразвуковой признак РеА – энтезит с локальным остеитом. Эрозивное поражение суставов при РеА представлено истинной эрозией воспаления без васкуляризации в проекции синовию. Эрозии острого воспаления под энтезисом, энтезит, выраженный синовит, параэнтезиальный отек и параэнтезиальный выпот выявляются достоверно чаще ( $p<0,001$ ) при остром РеА, чем при хроническом РеА. Кальцинаты в проекции сухожильно-связочного аппарата визуализировались достоверно чаще при хроническом РеА, чем при остром РеА. Во всех пораженных суставах у пациентов с РеА была выявлена положительная «болевая проба» под контролем УЗИ.

## ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ ТРОМБАНГИИТ: ЛЕЧЕНИЕ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Скрябина Е.Н., Волкова Е.Д.

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

### Введение/цель

Прогрессирующее течение облитерирующего тромбангиита (ОТ), ранняя инвалидизация больных, высокая частота ампутаций нижних конечностей и летальности определяют актуальность изучения подходов к терапии данного заболевания. Цель – оценить подходы к терапии больных с ОТ в реальной клинической практике.

### Материал и методы

Под наблюдением находились 32 больных: 19 пациентов в отделении сосудистой хирургии (1-я группа) и 13 пациентов в ревматологическом отделении (2-я группа). Анализу подвергнуты 147 историй болезней. В обеих группах преобладали пациенты с минимальной активностью ОТ (70 и 84% соответственно), средняя длительность заболевания составила  $11 \pm 1,5$  года. Обе группы по степени выраженности изменений конечностей (ишемические боли, язвенное поражение) были сопоставимы. Мониторинг состояния больных в ревматологическом отделении осуществлялся в течение 4 лет с частотой раз в 1–3 мес. При этом применялось комплексное лечение, включавшее иммуносупрессивную, антиагрегантную, антигипоксическую, вазоактивную терапию, при присоединении инфекции – антибактериальные препараты, иммуноглобулин. В отделении сосудистой хирургии использовалась вазоактивная, антиагрегантная, антибактериальная терапия.

### Результаты/обсуждение

На фоне проводимого лечения в 1-й группе только у 5,3% больных наблюдалась положительная динамика, у 31,6% больных динамики не было, у 63,2% – отрицательная динамика, при которой у 42,1% больных было выполнено хирургическое пособие в связи с развитием гангрены или некроза, которое в 1/3 случаев сопровождалось дальнейшим прогрессированием заболевания. Во 2-й группе положительной динамики удалось добиться у 53,9% больных, у 23,1% больных динамики не было. Отрицательная динамика и последующее хирургическое вмешательство имели место у 23,1% больных, однако комплексное консервативное лечение позволило добиться положительных результатов у всех пациентов.

### **Выводы/заключение**

Комплексная терапия благодаря своему разнонаправленному действию оказалась более эффективной в лечении ОТ по сравнению с монокомпонентной сосудистой терапией. Комплексное лечение больных с ОТ позволяет предотвратить его прогрессирование, снизить риск инвалидирующих оперативных вмешательств и улучшить качество жизни больных.

## **СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Скупова О.В., Спиваковский Ю.М., Кадура А.А.**

*ГБОУ ВПО «Саратовский государственный  
медицинский университет им. В.И. Разумовского»  
Минздрава России, Саратов, Россия*

### **Введение/цель**

В последнее время в литературе большое внимание уделяется проблемам аутовоспалительных заболеваний (АВЗ). Наиболее изученной среди АВЗ и широко представленной в медицинских изданиях является семейная средиземноморская лихорадка, которая чаще встречается в зонах Средиземноморского бассейна (Армения, Турция, Израиль, арабские страны), однако возросший поток миграции населения привел к тому, что данное заболевание может наблюдаться и в других регионах. С 2008 г. в клинике госпитальной педиатрии СГМУ диагноз семейной средиземноморской лихорадки был выставлен 5 детям, в четырех случаях он подтвержден результатами молекулярно-генетического исследования.

### **Материал и методы**

Ребенок 1 года 11 мес поступил с жалобами на эпизоды повышения температуры тела до 37,8–38,3 °С в течение 2–3 сут, сопровождающиеся резким ухудшением самочувствия, беспокойным поведением, снижением аппетита, периодическим разжижением стула. Из анамнеза: с 8 мес с периодичностью 1 раз в 2–3 нед стали отмечаться перечисленные жалобы. Данные клинические проявления расценивались как реакция на прорезывание зубов, проявления кишечной инфекции. С 1 года 3 мес до 1 года 6 мес эпизодов повышения температуры не наблюдалось, а затем они возобновились, стали отмечаться с периодичностью 1 раз в 5–7 дней. Ребенок обследован по алгоритму лихорадящего больного, выполнены рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и почек, доплерокардиография, консультация гематологом. Проведен семидневный курс антибактериальной терапии, на фоне которого у ребенка сохранялись вышеперечисленные симптомы.

### **Результаты/обсуждение**

Учитывая национальную принадлежность ребенка, характер приступов, периодичность повторения с одинаковой клинической картиной, была заподозрена семейная средиземноморская лихорадка. При проведении ДНК-диагностики в Центре молекулярной генетики г. Москва обнаружены мутации *M694V* и *V726A* в комплаунд-гетерозиготном состоянии. После верификации диагноза был назначен колхицин в дозе 0,5 мг/сут. В течение первого месяца на фоне проводимого лечения приступы прекратились.

### **Выводы/заключение**

Рецидивирующий лихорадочный синдром является сложной дифференциально-диагностической задачей. Дебют аутовоспалительных заболеваний может наблюдаться на первом году жизни ребенка. Своевременное распознавание симптомов заболевания позволяет начать терапию в более ранние сроки, снижая тем самым риск развития амилоидоза.

## **ЧТО ЧАСТО СКРЫВАЕТСЯ ЗА ДИАГНОЗОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ СПОНДИЛОАРТРИТ**

**Сорока Н.Ф., Тетерюков А.А.**

*Белорусский государственный медицинский  
университет, Минск, Беларусь*

### **Введение/цель**

Изучить потенциальные этиологические факторы недифференцированного спондилоартрита (нСПА) в сравнении с данными, полученными у пациентов с классическим анкилозирующим спондилитом (АС)

### **Материал и методы**

В исследовании участвовало 80 пациентов со СПА, направленных для лечения в Республиканский центр ревматологии (РЦР). С нСПА было 40 пациентов (первая группа). Вторая группа – 40 пациентов с центральной формой АС. Диагноз нСПА при поступлении пациента в стационар устанавливали на основании отсутствия соответствия критериям других форм СПА, диагноз АС – на основании соответствия модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984). При госпитализации в РЦР у всех пациентов с нСПА с использованием метода ИФА были исследованы антитела к *Chlamydia trachomatis*, иерсиниям, исключены другие кишечные инфекции. В условиях стационара все пациенты со СПА были обследованы на наличие инфекции *C. trachomatis* методами полимеразной цепной реакции (ПЦР) и культуры клеток McCoу (соскоб из уретры у мужчин или цервикального канала у женщин).

### **Результаты/обсуждение**

По результатам проведенного исследования оказалось, что инфекция *C. trachomatis* была выявлена нами у 29 (72,5%) из 40 пациентов с нСПА и лишь у 5 (12,5%) пациентов с АС. Различие статистически значимо ( $p < 0,001$ ). Еще у 2 (5%) из 40 пациентов с нСПА без инфекции *C. trachomatis* за период последующего годичного наблюдения впервые появились псориатические бляшки на коже. Через год наблюдения лишь 9 (12,5%) пациентов продолжали соответствовать критериям нСПА.

### **Выводы/заключение**

Таким образом, в группе из 40 пациентов с нСПА у 72,5% выявлен ранее не диагностированный хламидиоиндуцированный СПА, у 5% развился псориатический СПА до появления кожных высыпаний, и только 12,5% пациентов в течение года наблюдения оставались с диагнозом нСПА. По нашим данным, обнаружение хламидийной инфекции у пациентов с нСПА методами ПЦР и культуры клеток McCoу является не просто сопутствующей находкой, а связано с этиологией заболевания, поскольку у пациентов с классическим АС хламидийная инфекция выявлялась статистически значимо реже. К тому же хламидио-

индуцированный СпА имел свои характерные клинические и рентгенологические особенности, отличающие его от классического АС. Считаем, что для своевременной диагностики хламидиоиндуцированного СпА не следует ограничиваться методом иммуноферментного анализа.

## РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ ВЧЕРА И СЕГОДНЯ

Сорока Н.Ф.<sup>1</sup>, Костюк С.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный  
медицинский университет», Минск, Беларусь;

<sup>2</sup>ГУ «Белорусская академия последипломного  
образования» Минск, Беларусь

### Введение/цель

Исследовалось наличие предполагаемых антигенов инфекций в синовиальной жидкости (СЖ) пациентов с реактивными артритами (РеА) для опровержения представлений о стерильности артритов, вызванных триггерной инфекцией. Самой частой формой РеА является сегодня реактивный хламидиоиндуцированный артрит.

### Материал и методы

Обследовано 142 пациента с РеА в возрасте 25–45 лет с длительностью суставного синдрома 5–6 мес. У всех пациентов осуществляли забор биологического материала из урогенитального тракта: у женщин – соскоб эпителиальных клеток из цервикального канала и уретры; у мужчин – сок простаты и/или соскоб эпителиальных клеток из уретры. Дополнительно для исследования использовали СЖ из пораженных коленных суставов и соскоб эпителиальных клеток из ротоглотки. Для эффективной качественной детекции хламидийной инфекции использовалась методика полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени.

### Результаты/обсуждение

ДНК *Chlamidia trachomatis* была обнаружена в биологических образцах из урогенитального тракта 73,9% пациентов, а в соскобе из полости ротоглотки – в 22,5% случаев. Были позитивны относительно этого возбудителя и 41 (78,8%) из 52 проб СЖ из коленных суставов пациентов с наличием *C. trachomatis* в урогенитальном тракте или ротоглотке. У ряда пациентов *C. trachomatis* выявляли только в полости рта при ее отсутствии в урогенитальном тракте. РеА у 10% обследованных пациентов возникал при наличии в полости ротоглотки *C. pneumonia*, но при отсутствии в организме *C. trachomatis*. Обе эти инфекции обладают способностью «уходить» из первоначального очага инфекции и локализовать жизнеспособные формы в отдаленных участках организма, в том числе в синовиальной ткани. У нескольких пациентов обнаруживали персистенцию хламидий в СЖ коленного сустава, хотя они отсутствовали в дыхательных путях и в урогенитальном тракте.

### Выводы/заключение

Проведенные исследования демонстрируют высокую степень соответствия полученных результатов по выявлению хламидийной инфекции в месте первичной локализации патогена – урогенитальном тракте, в полости ротоглотки и СЖ пораженного сустава. При возникновении РеА следует искать не только *C. trachomatis*, но и *C. pneumoniae*. Представление, что реактивный хламидиоиндуцированный артрит – стерильное воспаление, должно быть пересмотрено. С учетом имеющихся сегодня научных и клинических данных необходимы изменения в парадигме РеА.

## КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Сорока Н.Ф.<sup>1</sup>, Талако Т.М.<sup>1</sup>, Полещук Н.Н.<sup>2</sup>,  
Рубаник Л.В.<sup>2</sup>, Асташонок А.Н.<sup>2</sup>, Дейкун Д.А.<sup>2</sup>,  
Ермолович М.А.<sup>2</sup>, Князева О.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный  
медицинский университет», Минск, Беларусь;  
<sup>2</sup>ГУ «Республиканский научно-практический центр  
эпидемиологии и микробиологии», Минск, Беларусь

### Введение/цель

Изучить синовиальную жидкость (СЖ) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) на наличие инфекционных антигенов или антител.

### Материал и методы

Исследована СЖ, полученная из коленного сустава пациентов с РА, ассоциированным с хламидийной инфекцией (45 образцов), и пациентов с РА без признаков сопутствующей инфекции – контрольная группа (15 образцов). СЖ исследовали с использованием культурального метода (культура клеток McCoу), реакции иммунофлюоресценции (РИФ), иммуноферментного анализа (ИФА), полимеразной цепной реакции (ПЦР) и электронной микроскопии.

### Результаты/обсуждение

При исследовании СЖ от пациентов с РА, ассоциированным с хламидийной инфекцией, в 36 (80,0%) из 45 проб в культуре клеток отмечено характерное для *C. trachomatis* цитопатическое действие и специфическое свечение антигенов при обработке культур клеток специфическими флюоресцирующими антителами. Методом ИФА в СЖ пациентов группы исследования лишь в 1 (2,2%) пробе из 45 выявлены IgM к *C. trachomatis*, с аналогичной частотой уровень антител IgM находился в серой зоне (сомнительный результат). IgA обнаружены в 2 (4,4%) пробах из 45 в титре 1:5 (слабоположительный результат). IgG к МOMP *C. trachomatis* обнаружены в 10 (22,2%) из 45 образцов в титрах от 1:5 (слабоположительный) до 1:160 (сильноположительный). Частота выявления IgG к белку теплового шока (сHsp60) хламидий в СЖ составила 5 (11,1%) из 45, в 2 (4,4%) из 45 был получен сомнительный результат. Результаты ПЦР СЖ показали, что в 35 (77,8%) из 45 образцов от пациентов с РА, ассоциированным с хламидийной инфекцией, была обнаружена ДНК инфекции. В остальных пробах ДНК исследуемых возбудителей не выявлялась. В 8 (17,7%) образцах СЖ из 45 была выявлена следа микстинфекции. Кроме антигенов *C. trachomatis*, были обнаружены различные комбинации нуклеиновых кислот патогенов *Herpes simplex virus 1* и *2 types*, *Epstein–Barr virus*, *Parvovirus B19*, *Borrelia Burgdorferi*. В СЖ, полученных от пациентов контрольной группы, в единичных случаях были выявлены лишь ДНК *Herpes simplex virus 1* и *2 types*, *Epstein–Barr virus*. ДНК *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* не были обнаружены ни в одном образце СЖ из 60.

### Выводы/заключение

Проведенный молекулярно-биологический анализ и ИФА показали ассоциативную форму развития патоло-

гического процесса у части пациентов с РА. Выявление антигенов или ДНК инфекционного возбудителя в суставе в совокупности с выработкой специфического локального иммунного ответа может свидетельствовать о патогенетической роли инфекционных агентов, особенно *S. trachomatis*, в развитии заболевания.

## СМЕРТНОСТЬ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2000–2010 гг.

Сороцкая В.Н.<sup>1</sup>, Вайсман Д.А.<sup>2</sup>, Балабанова Р.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

### Введение/цель

Изучение динамики тенденций смертности и летальности от хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) в Тульской области за 2000–2010 г.

### Материал и методы

Для изучения смертности от ХРБС были использованы базы данных по смертности жителей Тульской области за 2000–2010 гг. в количестве 929 случаев.

### Результаты/обсуждение

В Тульской области отмечается тенденция значительного снижения показателя смертности от ХРБС с 9,2 в 2000 г. на 100 тыс. населения до 3,7 в 2010 г. (в 2,5 раза) при небольшом снижении показателя общей смертности (темп убыли – 6,2%) и росте удельного веса показателя смертности от болезней системы кровообращения (БСК) с 56,5 до 61,0% (темп прироста – 8%). В Тульской области отмечается снижение на 46,7% показателя больничной летальности от ХРБС с 3,2 в 2000 г. до 1,7 в 2010 г., который на 45,2% ниже уровня 2010 г. по Российской Федерации (3,1). Снижение показателей смертности и летальности от ХРБС в Тульской области не связано с показателями общей смертности и смертности от БСК.

### Выводы/заключение

Выявлены следующие тенденции: 1) высокий уровень показателей общей смертности и смертности от БСК; 2) рост удельного веса показателя смертности от БСК в структуре общей смертности с 56,5 до 61,0% (темп прироста – 8%); 3) снижение показателя смертности от ХРБС с 9,2 до 3,7 на 100 тыс. населения (в 2,5 раза); 4) снижение удельного веса показателя смертности от ХРБС в структуре как общей смертности, так и смертности от БСК; 5) снижение показателя больничной летальности от ХРБС с 3,2 до 1,7% (темп убыли – 46,9%).

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПО ПРИЧИНЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Сороцкая В.Н.<sup>1</sup>, Вайсман Д.Ш.<sup>2</sup>, Эрдес Ш.Ф.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

### Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое воспалительное системное заболевание позвоночника, крестцово-подвздошных и периферических суставов. Эпидемиология заболеваемости АС и смертности от него имеет значение для правильной организации ревматологической помощи при данной патологии.

### Материал и методы

Использованы сборники «Заболеваемость населения России» Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2002–2010 гг.; базы данных по смертности жителей Тульской области за 2000–2011 гг., полученные с помощью автоматизированной системы регистрации смертности, содержащие 373 997 записей из медицинских свидетельств о смерти. Расчеты показателей смертности, а также динамического ряда производились обычными статистическими методами.

### Результаты/обсуждение

Анализ показал, что общая заболеваемость АС взрослого населения Российской Федерации увеличилась с 27,6 в 2002 г. до 34,4 в 2010 г. (темп прироста составил 24,6%), первичная – с 3,1 до 4,7 соответственно (темп прироста – 51,6%). Большие различия в показателях общей (от 7 до 150,8) и первичной (от 0,5 до 15,2) заболеваемости в ряде субъектов Российской Федерации свидетельствуют о недостоверном статистическом учете и ошибках кодирования. Показатели смертности от АС в России не публикуются. По базам данных Тульской области с 2000 по 2011 г. от АС в регионе умерло 10 человек, еще у 19 умерших АС был указан как множественная причина смерти, а в качестве первоначальной причины смерти (ППС) были выбраны другие заболевания. После пересмотра ППС в соответствии с правилами МКБ-10 число умерших от АС в период с 2000 по 2011 г. возросло с 10 до 24 человек. Динамика смертности после экспертной оценки выявила снижение показателя смертности с 0,4 на 100 тыс. взрослого населения в 2000 г. до 0,08 в 2011 г. (темп убыли – 80,0%).

### Выводы/заключение

Таким образом, в Российской Федерации отмечается рост заболеваемости АС, как общей (на 24,6%), так и первичной (на 51,6%), что объясняется повышением интереса медицинской общественности к данной патологии, проводимыми научными и обучающими программами, в том числе школами спондилоартрита.

# ДОСТОВЕРНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ОТ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У ЖИТЕЛЕЙ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Сороккая В.Н.<sup>1</sup>, Вайсман Д.Ш.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «Тулский государственный университет», Тула, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия

## Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое системное заболевание суставов с преимущественной локализацией процесса в крестцово-подвздошных сочленениях и суставах позвоночника. Данные о смертности от АС в официальной статистической отчетности отсутствуют. Для изучения смертности особое значение имеет достоверная статистика, позволяющая анализировать смертность и вносить коррективы в организацию ревматологической помощи.

## Материал и методы

Использованы базы данных по смертности за 2000–2011 гг., полученные с помощью автоматизированной системы регистрации смертности, содержащие 373 997 записей из медицинских свидетельств о смерти. Расчеты показателей смертности, а также динамического ряда проводились обычными статистическими методами.

## Результаты/обсуждение

В период с 2000 по 2011 г. в Тульской области умерло 10 человек, в качестве первоначальной причины смерти (ППС) у которых был зафиксирован АС (M45), у 19 умерших он был указан как множественная причина смерти, а в качестве ППС у них были выбраны другие заболевания. С помощью автоматизированной системы, содержащей блок АСМЕ, автоматически определяющий ППС по правилам МКБ-10 и считающийся международным стандартом, был проведен повторный переВыбор ППС. При сахарном диабете 2-го типа без осложнений и хронических формах ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний в качестве ППС должна была быть выбрана АС, как более тяжелое заболевание. При сочетании инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти, хронической язвы желудка, гломерулонефрита, острого ларингита с АС в качестве ППС по правилам МКБ-10 следует выбирать АС. Острые нарушения мозгового кровообращения, ревматический перикардит, алкогольная энцефалопатия являются самостоятельными заболеваниями, и только если они выбираются в качестве «основного состояния» в соответствии с МКБ-10, то их следует указывать в качестве ППС.

## Выводы/заключение

После переВыбора ППС в соответствии с правилами МКБ-10 число умерших в период с 2000 по 2011 г. возросло с 10 до 24 человек, т. е. показатель смертности в отдельные годы возрос более чем в 2 раза. Таким образом, достоверная статистика смертности зависит от правильного выбора ППС, что требует разработки образовательных программ для врачей по правилам кодирования диагнозов в соответствии с МКБ-10.

# РАЗРАБОТКА АССОРТИМЕНТНЫХ ПЕРЕЧНЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Спичак И.В., Дерезлазова Ю.С.

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия

## Введение/цель

На сегодняшний день существуют проблемы в оказании амбулаторно-поликлинической помощи детям, страдающим заболеваниями суставов: нехватка детских ревматологов в поликлиниках и оказание помощи педиатрами и непрофильными специалистами; отсутствие формулярных списков (ФС) препаратов для лечения ювенильного артрита (ЮА), адаптированных к амбулаторно-поликлиническому учреждению (АПУ); назначение фармакотерапии без учета предпочтений пациента в выборе лекарственных средств (ЛС) и экономических возможностей семьи при их приобретении. Цель – фармакоэкономическое исследование лекарственной помощи детям с ЮА в АПУ.

## Материал и методы

Исследованы 86 амбулаторных карт пациентов с ЮА, находящихся на диспансерном учете в поликлиниках г. Белгорода; 60 анкет социологического опроса родителей пациентов с ЮА; 26 экспертных анкет врачей-специалистов. Методы исследования: экономико-статистические (сравнения, группировки, ранжирования); социологические; фармакоэкономические (структурный, АВС-, VEN-анализы), контент-анализ.

## Результаты/обсуждение

С целью определения медико-социальных характеристик сформирован портрет ребенка, страдающего ЮА, – пациента поликлиники. Для определения финансовых возможностей и предпочтений в выборе ЛС проведено социологическое исследование 60 родителей детей с ЮА путем очного и заочного (интернет) анкетирования на базе поликлиник г. Белгорода и других городов России (Москва, Санкт-Петербург, Воронеж, Архангельск и др.), ближнего зарубежья (Казахстан). Установлено, что потребительские предпочтения локализуются в направлениях: фармакотерапевтическая эффективность (61,2%), безопасность (22,4%), доступная цена (7,5%) и удобная лекарственная форма (6%). В результате контент-анализа 86 амбулаторных карт определен информационный массив лекарственных назначений детям с ювенильным ревматоидным (ЮРА) и ювенильным хроническим артритами (ЮХА) в АПУ, который включает 63 и 53 торговых наименований, 43 и 31 международных наименований и 1425 и 1070 упаковок ЛС соответственно. Проведен структурный анализ ассортимента. В ходе АВС-анализа выявлены препараты повышенного спроса. На этапе VEN-анализа проведена экспертиза ЛС, оптимальных для назначения в условиях АПУ. Сформировано три ассортиментных портфеля ЛС для лечения детей с юношеским поли-/олигоартикулярным артритом в АПУ – высоко-, средне- и низкокзатратные, позволяющие осуществить выбор препарата с учетом экономических возможностей семьи.



### **Выводы/заключение**

Результаты исследования способствуют оптимизации лекарственной помощи детям с ЮА в условиях поликлиники.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Стародубцева И.А., Васильева Л.В., Никитин А.В.**  
*ГБОУ ВПО «Воронежская государственная  
медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»  
Минздрава России, Воронеж, Россия*

### **Введение /цель**

Коморбидные заболевания широко распространены у больных ревматоидным артритом (РА). Согласно многочисленным данным литературы, заболевания, которые вызывают воспаление, такие как РА, могут повышать риск развития и прогрессирования вторичного остеоартроза (ОА). Цель – оценить распространенность вторичного ОА коленного сустава у больных РА и выявить взаимосвязь с параметрами основного заболевания.

### **Материал и методы**

Были проанализированы 565 историй болезни больных РА (диагноз в соответствии с критериями ACR/EULAR), находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении, средний возраст 43,4±10 лет; 85,4% женщин, продолжительность заболевания 3–15 лет. Признаки вторичного ОА коленных суставов у больных РА были выявлены с использованием методов опроса (клинические симптомы и анамнез заболевания), ультразвукового исследования (УЗИ) и рентгенографии суставов.

### **Результаты и обсуждение**

Вторичный ОА был диагностирован у 71% больных РА, преимущественно у положительных по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду пациентов (68,6%), активностью заболевания по DAS28 >5,3 (на момент обследования или в анамнезе) и с продолжительностью заболевания 7–15 лет. Наиболее выраженные статистически достоверные взаимосвязи наблюдались между DAS28 и данными УЗИ и рентгенологического исследования (согг.  $r=0,734$ ;  $p<0,01$ ), продолжительностью заболевания, утренней скованностью и ультразвуковыми и рентгенологическими признаками ( $r=0,671$ ;  $p<0,05$  и  $r=0,526$ ;  $p<0,05$  соответственно).

### **Выводы/заключение**

Полученные результаты демонстрируют высокую распространенность вторичного ОА коленных суставов у больных РА. Развитие данного коморбидного состояния связано с повышением активности, продолжительности утренней скованности и длительности основного заболевания (РА).

## **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНГИБИТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА 1 В ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ БАЗИСНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Стародубцева И.А.**

*ГБОУ ВПО «Воронежская государственная  
медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»  
Минздрава России, Воронеж, Россия*

### **Введение/цель**

Наряду с неуклонно прогрессирующим деструктивным поражением суставов сопутствующие ревматоидному артриту (РА) коморбидные состояния являются одной из ведущих причин снижения качества жизни, увеличения риска инвалидизации. Воспаление, наблюдающееся при РА, достаточно часто приводит к повреждениям тканей сустава и развитию вторичного остеоартроза (ОА). Согласно классификации ОА принято разделять на первичный (генуинный, идиопатический) и вторичный. В настоящее время, с появлением различных методов диагностики и совершенствованием методов обследования больного, все чаще при артрозах выявляются причины, переводящие заболевание в разряд вторичных. Цель – оценить терапевтический подход с использованием ингибитора интерлейкина 1 (ИЛ1) в лечении вторичного ОА у больных РА на фоне базисной терапии.

### **Материал и методы**

В исследование включено 38 больных РА с вторичным ОА (35 женщин, 3 мужчины, средний возраст 56,5 года, длительность заболевания 5–15 лет). 20 пациентов (I группа) принимали диацереин 50 мг/2 раза в день на фоне терапии базисными и нестероидными противовоспалительными препаратами. 18 пациентов (II группа) получали только традиционную терапию. Через 1 мес терапии оценивали боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индексы WOMAC, Lequesne, цитокины ИЛ1, ИЛ6, фактор некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ), уровень С-реактивного белка (СРБ), DAS28.

### **Результаты/ обсуждение**

В группе пациентов, получавших ингибитор ИЛ1 на фоне базисной терапии, наблюдалось достоверное снижение как клинических: ВАШ, индексы WOMAC, Lequesne ( $p<0,05$ ), – так и лабораторных показателей: ИЛ1, ИЛ6, ФНО $\alpha$ , уровень СРБ ( $p<0,001$ ). Кроме того, отмечалось снижение показателя активности DAS28 ( $p<0,001$ ). В группе получавших только традиционную терапию была также отмечена достоверная положительная динамика, однако сравнительный анализ выявил преимущества применения ингибитора ИЛ1 на фоне базисного лечения.

### **Выводы / заключение**

Терапевтический подход с использованием в комплексном лечении ингибитора ИЛ1 оказывает положительное влияние не только на сопутствующий вторичный ОА, но и на основное заболевание.

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА

Степаненко Н.Ю., Шелепина Т.А., Никишина И.П.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

### Введение/цель

Ювенильный артрит (ЮА) является хроническим, потенциально инвалидизирующим заболеванием и может формировать у детей определенные психологические особенности. Цель – выявить различия в психологическом статусе детей в зависимости от различных клинических вариантов ЮА.

### Материал и методы

Обследовано 68 стационарных пациентов с ЮА: 46 – с полиартикулярным вариантом (пЮА); 9 – с олигоартикулярным (оЮА); 13 – с системным вариантом (сЮА). Методы: клиническая беседа; 8-цветовой тест Люшера; тест Спилбергера–Ханина; СМАС (адаптация А. Прихожан); рисунок семьи; «несуществующее животное», «дом–дерево–человек»; патодиагностическое обследование.

### Результаты/обсуждение

Выявлена тенденция к повышенному уровню личностной тревоги, характерная для больных оЮА (31,1%), в меньшей степени при сЮА (15,4%) и пЮА (10,9%), хроническое снижение настроения (15,4; 4,3; 11,1% соответственно), признаки агрессии (15,1% – при сЮА; 4,3% – при пЮА; 0 – при оЮА). У больных сЮА закономерно чаще встречается неудовлетворенность своим внешним видом (16,2% по сравнению с 8,7% при сЮА и 0 – при оЮА) и когнитивные расстройства (38,5; 10,9; 11,1% соответственно). Различного рода невротические страхи более свойственны больным с пЮА (28,3%), в отличие от 22,2% при оЮА, и только 7,7% при сЮА. Выраженные трудности в общении также наблюдались преимущественно у больных пЮА (30,4%) в отличие от 8,7% при сЮА и 0 – при оЮА. Переживание семейного стресса в равной мере свойственно больным при всех вариантах ЮА (38,5% – сЮА; 37% – пЮА; 44,4% – оЮА).

### Выводы/заключение

Выявлены определенные различия психологического статуса у детей, страдающих различными вариантами ЮА. У больных сЮА чаще, чем при других вариантах, встречаются повышенный уровень личностной тревоги, неудовлетворенность своим внешним видом, признаки агрессии. При пЮА чаще выявляются трудности в общении и невротические страхи. Обращают на себя внимание высокие показатели по критерию переживания семейного стресса при всех вариантах ЮА. Клинико-психологический статус больных ЮА нуждается в дальнейшем изучении на большем объеме материала для выявления устойчивых закономерностей и разработки психокоррекционных программ.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ОРЛИСТАТОМ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ И ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Стребкова Е.А.<sup>1</sup>, Соловьева И.В.<sup>2</sup>,  
Шарапова Е.П.<sup>1</sup>, Мкртумян А.М.<sup>2</sup>, Алексеева Л.И.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;  
<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Московский государственный  
медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

### Введение/цель

Остеоартроз (ОА) представляет собой важную социально-медицинскую проблему. Ожирение является важным модифицируемым фактором риска развития и прогрессирования ОА коленных суставов. Цель – оценить влияние снижения массы тела на клинические проявления гонартроза и качество жизни пациентов.

### Материал и методы

В исследование включено 50 женщин в возрасте 45–65 лет с ОА коленных суставов II–III стадии и ожирением – индекс массы тела (ИМТ) >30 кг/см<sup>2</sup>. Больные с ожирением были рандомизированы в две группы: 1-я группа (25 больных) принимала препарат орлистат в дозе 120 мг (1 капсула) 3 раза в сутки в течение 6 мес в комплексе с гипокалорийной диетой и физической активностью. 2-я группа (25 больных) – немедикаментозная терапия ожирения (гипокалорийная диета и физическая активность). Больные обеих групп получали стандартную схему лечения ОА. Оценивались антропометрические показатели, функциональный индекс WOMAC, качество жизни по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

### Результаты/обсуждение

Снижение массы тела было более выраженным в группе больных, находящихся на терапии орлистатом, – на 9,05% (в среднем на 9,5 кг), по сравнению с больными, которые находились только на гипокалорийной диете, где масса тела снизилась на 2,54% (в среднем на 2,66 кг). Боль по WOMAC у больных, находящихся на терапии орлистатом, снизилась на 48,7% и была достоверно ниже ( $p=0,012$ ), чем во 2-й группе, где этот показатель снизился только на 32,2%. Такие же изменения наблюдались и по функциональной недостаточности: в динамике этот показатель в 1-й группе оказался достоверно ниже, чем во 2-й группе ( $p=0,004$ ; снижение на 49,75 и 32,77% соответственно). Через 6 мес суммарный индекс WOMAC на фоне снижения массы тела снизился в обеих группах (на 49,31 и 32,9% соответственно), но был достоверно ниже в группе, получавшей орлистат ( $p=0,006$ ). Кроме того, в этой группе отмечено значимое улучшение качества жизни по сравнению с больными с меньшей потерей массы тела ( $p<0,001$ ). Переносимость орлистата была хорошей, только две больные отметили нежелательные реакции в виде жидкого стула на фоне погрешностей в диете (прием жирной пищи).

### Выводы/заключение

Снижение массы тела у пациентов с ожирением и ОА коленных суставов ведет к уменьшению клинических проявлений ОА: уменьшение боли, улучшение функции сустава, а также благоприятно влияет на показатели качества жизни пациентов. В связи с этим в стандартную схему лечения па-

циентов с гонартрозом и ожирением должны быть включены препараты, оказывающие влияние на снижение массы тела.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Султанова М.Х., Касымова М.Б., Абдуазизова Н.Х.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

### Введение/цель

Определить вероятность развития клинических проявлений атеросклероза у больных системной красной волчанкой (СКВ).

### Материал и методы

Обследовано 92 больных СКВ (87 женщин, 5 мужчин), возраст  $34,4 \pm 9,5$  года длительность болезни  $130,8 \pm 112,1$  мес. Клинические проявления атеросклероза: ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт) – диагностировали в соответствии с клинико-инструментальными и лабораторными критериями ВОЗ (1999).

### Результаты/обсуждение

ИБС, ИМ, инсульт встречались у 10,9; 3,2; 5,7% больных СКВ. Вероятность развития ИБС при СКВ связана с длительностью нефрита, хронической почечной недостаточностью, течением и активностью болезни в дебюте заболевания, повышенным уровнем рецепторов фактора некроза опухоли  $\alpha$ , кумулятивной дозой глюкокортикоидов. Прогностические факторы риска (ФР) для ИМ – пол, гипертриглицеридемия, индекс повреждения при СКВ. В развитии инсульта определяющим ФР был антифосфолипидный синдром ( $p < 0,05$  во всех случаях).

### Выводы/заключение

Определены группы больных с ФР. В развитии клинических проявлений атеросклероза при СКВ показано значение ФР, обусловленных аутоиммунными нарушениями.

## СЕМЕЙНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

Султанова М.Х., Касымова М.Б., Сагатова Д.Р.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

### Введение/цель

Клинико-генеалогическое исследование семей больных антифосфолипидным синдромом (АФС).

### Материал и методы

Исследованы семьи 46 больных АФС. Родословные включали 502 человека, лично наблюдали 27 человек – родственников 17 больных АФС: 19 лиц I степени родства и 8 – II степени родства, средний возраст  $25,3 \pm 12,4$  года, соотношение М : Ж – 1 : 2,3, длительность наблюдения 3 года.

### Результаты/обсуждение

17 (37%) больных АФС имели наследственный анамнез, отягощенный по аутоиммунным заболеваниям (АИЗ). Общая частота АИЗ среди родственников – 5,1%. Все АИЗ в 2 раза чаще встречались среди женщин и родственников I степени родства. Достоверный АФС (Д-АФС) был диагностирован у троих. На основании клинических данных АФС был заподозрен у 17 человек (К-АФС). Распространенность Д-АФС и К-АФС – 3,5%. При исследовании системы гемостаза у родственников были выявлены призна-

ки активации свертывания крови и угнетения фибринолиза. Волчаночный антикоагулянт (ВА) обнаружился у 32,7% из них. Всем лицам с «малыми» признаками АФС и/или положительным ВА («пре-АФС») эффективно проводилась первичная профилактика тромбозов.

### Выводы/заключение

Особенностью семей больных АФС является высокая частота АИЗ, и генеалогический метод исследования дает возможность прогнозировать течение АФС.

## ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ ГАПТОГЛОБИНА И ИЗОАНТИГЕНОВ СИСТЕМЫ АВ0 У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С АНТИ- ФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Султанова М.Х., Касымова М.Б., Зияева Ф.К.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

### Введение/цель

Изучить частоту носительства различных фенотипов гаптоглобина (Hr) и изоантигенов системы АВ0 у больных системной красной волчанкой (СКВ) с антифосфолипидным синдромом (АФС).

### Материал и методы

Работа основана на результатах наблюдений за 103 больными СКВ, из них 8 мужчин (7,8%) и 95 женщин (92,2%). Возраст больных СКВ составлял от 17 до 45 лет (средний возраст  $28,6 \pm 2$  года). Группу больных АФС составили 4 мужчины и 40 женщин. В нашем исследовании АФС был верифицирован у 44 (41,7%). В 29 (65%) случаях он диагностирован по основным проявлениям АФС и в 15 (35%) – по наличию двух и более дополнительных признаков. Изучено распределение больных СКВ с АФС в зависимости от фенотипа Hr. Нами было установлено, что наибольшее количество – 61 (59,2%) – больных СКВ с АФС имеют фенотип Hr 1-1. Группа крови больных с СКВ тесно коррелирует с течением заболевания, от этого зависит прогноз СКВ. Наибольшее значение – почти у половины больных (45,5%) СКВ с АФС – определялась 0 (I) группа крови, в то время как отрицательный АФС характерен для больных с А (II) группой крови (32,2%). В литературе объяснений данного факта нами не обнаружено.

### Результаты/обсуждение

При разделении пациентов на группы со значением Hr менее и более 3 г/л получены статистически значимые различия между уровнем Hr и клиническими и субклиническими проявлениями АФС. Оценена концентрация Hr в зависимости от частоты встречаемости клинических проявлений АФС. При анализе степени корреляционной связи концентрации Hr и клинических проявлений АФС получены результаты аналогичные таковым при анализе связи с уровнем С-реактивного белка (СРБ). На этом основании можно сделать вывод, что уровень СРБ и Hr являются прогностическими маркерами в отношении развития АФС при СКВ.

### Выводы/заключение

Таким образом, генетическими маркерами развития АФС при СКВ являются фенотип Hr 1-1 (86,4%) и изоантиген 0 (I) группы крови (45,5%) по АВ0. Для определения фактора риска АФС у больных СКВ необходимо определение фенотипа гаптоглобина и группы крови по АВ0.

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУБПОПУЛЯЦИЙ В-ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ МЕТОДОМ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОФЛУОРИМЕТРИИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Супоницкая Е.В., Алексанкин А.П.,

Александрова Е.Н., Авдеева А.С., Панафилина Т.А.,

Верижникова Ж.Г., Насонов Е.Л.

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

## Введение/цель

Разработать методику проточной цитофлуориметрии для иммунофенотипирования субпопуляций В-клеток периферической крови у здоровых лиц и больных ревматическими заболеваниями (РЗ).

## Материал и методы

В периферической крови 27 здоровых доноров, 16 пациентов с ревматоидным артритом (РА) и 9 пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) изучали относительное количество CD19+ В-клеток, общей популяции В-клеток памяти (CD19+CD27+); непереключенных (CD19+IgD+CD27+) и переключенных (CD19+IgD-CD27+) В-клеток памяти, наивных (CD19+IgD+CD27-) и транзиторных (CD19+IgD+CD10+CD38++CD27-) В-клеток, плазмобластов (CD19+CD38+++IgD-CD27+CD20-) и долгоживущих плазматических клеток (CD19+CD138+). Субпопуляции В-клеток определялись методом многоцветной проточной цитофлуориметрии с использованием панели моноклональных антител к поверхностным мембранным маркерам В-лимфоцитов.

## Результаты/обсуждение

В норме относительное количество (медиана – Ме; интерквартильный размах [25-й; 75-й перцентили] CD19+В-лимфоцитов составило 9,1 [6,6; 11,6]%; CD19+CD27+В-клеток памяти – 2,2 [1,6; 3,3]%; непереключенных и переключенных В-клеток памяти – 10 [6,4; 12,7] и 17,7 [14,9; 27,0]%; наивных В-клеток – 65,8 [55,1; 73,4]%; транзиторных – 0,1 [0,1; 0,3]%; плазмобластов – 7,0 [5,0; 9,4]%. Долгоживущие плазматические клетки в периферической крови отсутствовали. У больных РА процентное содержание общей популяции В-клеток памяти было ниже, чем у доноров, – 1,6 [1,00; 2,3] (p=0,038). При СКВ отмечено уменьшение количества наивных В-клеток – 40,2 [19,7; 58,2] и повышение уровня переключенных В-клеток памяти – 34,2 [21,0; 52,7] по сравнению с донорами (p=0,003 в обоих случаях). Достоверных различий в остальных субпопуляциях В-лимфоцитов между здоровыми донорами и пациентами с РА и СКВ не обнаружено (p>0,05).

## Выводы/заключение

Разработанную методику многопараметрической проточной цитофлуориметрии можно рекомендовать для изучения гомеостаза В-клеток периферической крови у здоровых лиц и больных аутоиммунными РЗ, а также для оценки и прогнозирования эффективности анти-В-клеточной терапии.

# ФИБРОНЕКТИН КАК ВОЗМОЖНЫЙ МАРКЕР ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Таова М.Х.<sup>1</sup>, Таова Е. Х.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик, Россия;

<sup>2</sup>Республиканский кардиологический центр, Нальчик, Россия

## Введение/цель

Поражение сердца является одним из важных висцеральных проявлений системной склеродермии (ССД) как по частоте, так и по прогностической значимости. Частота поражения сердца при этом, по данным ряда авторов, составляет от 16 до 90%. Наиболее характерным для ССД считается развитие фиброза миокарда, варьирующее по выраженности и распространенности процесса. Современные исследования способствуют более раннему выявлению кардиальной патологии, однако скудность клинической симптоматики на начальных этапах развития кардиосклероза делают актуальным вопрос поиска маркеров поражения сердца. В ткани миокарда больных ССД обнаруживаются повышенные уровни фибронектина и коллагена I типа. Уровень и роль плазменного фибронектина в развитии фиброза миокарда не представлялись ясными, что послужило основанием для проведения данной работы.

## Материал и методы

Уровень общего и иммуноактивного фибронектина определялся у 39 больных ССД: у 15 пациентов (все женщины) имел место кардиосклероз, у 24 (23 женщины и 1 мужчина) поражение сердца выявлено не было. Контрольная группа составила 30 здоровых женщин. Уровень общего фибронектина определялся методом твердофазного иммуноферментного анализа. Содержание иммуноактивного фибронектина выявлялось по наличию свободных доменов к коллагену также методом твердофазного иммуноферментного анализа. Для выявления кардиосклероза всем больным проводилась трансторакальная эхокардиография.

## Результаты/обсуждение

Уровни общего и иммуноактивного фибронектина плазмы крови у больных ССД без поражения миокарда составили 360±32 и 13,13±1,08 мкг/мл соответственно. Эти показатели не имели существенных различий с аналогичными показателями контрольной группы (333±36 и 12,83±0,13 мкг/мл). Однако у пациентов с ССД, имеющих кардиосклероз, уровни общего и иммуноактивного фибронектина плазмы крови были достоверно выше, чем в группе больных без поражения миокарда, составив соответственно 490±45 и 14,83±0,80 мкг/мл.

## Выводы/заключение

Общий и иммуноактивный фибронектин играют важную роль в развитии кардиосклероза у больных ССД. В условиях медленного и постепенного развития компенсаторных механизмов при формировании фиброза миокарда, обуславливающего отсутствие субъективных симптомов в течение длительного времени, общий и иммуноактивный фибронектин могут рассматриваться как одни из возможных маркеров развития кардиосклероза.

# ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ТО «ТУЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»)

Таран К.Б.<sup>1</sup>, Сальникова Т.С.<sup>1</sup>, Сороцкая В.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУЗ ТО «Тульская областная  
клиническая больница», Тула, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВПО «Тульский государственный  
университет», Тула, Россия

## Введение/цель

Для улучшения диагностики и раннего выявления заболевания оценить особенности дебюта гранулематоза Вегенера у больных Тульской области.

## Материал и методы

Изучены истории болезни и амбулаторные карты 20 пациентов, которым впервые поставлен диагноз гранулематоз Вегенера, из них мужчин – 4, женщин – 16.

## Результаты/обсуждение

Возраст больных на момент начала заболевания составил от 18 до 69 лет, средний возраст – 34,5 года. Поражение верхних дыхательных путей (хронический риносинусит, язвенно-некротический ринит, патология трахеи, гортани) в дебюте заболевания было у 12 больных, что составило 60%. Поражение почек отмечено у 18 (90%) пациентов. Патология легких: инфильтративные изменения выявлены у 8 больных при проведении рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) легких – 40%, в то время как при обычной рентгенографии изменения обнаружены только у 4 из 8 пациентов. У двух больных – локальная форма с поражением ЛОР-органов. У 70% больных диагноз подтвержден морфологически. У всех больных выявлен высокий уровень антинуклеарных цитоплазматических антител (АНЦА) – протеиназа 3.

## Выводы/заключение

В дебюте заболевания гранулематозом Вегенера наиболее информативными, диагностически значимыми являются морфологические данные при биопсии слизистых оболочек, РКТ легких, лабораторные исследования на АНЦА.

# ФАКТОРЫ РИСКА, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С РАЗВИТИЕМ ОСТЕОПОРОЗА В ШЕЙКЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Таскина Е.А., Подворотова М.М., Дыдыкина П.С.,

Петрова Е.В., Дёмин Н.В., Смирнов А.В.,

Дыдыкина И.С., Алексеева Л.И., Насонов Е.Л.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва

## Введение/цель

Остеопороз (ОП) при ревматоидном артрите (РА) встречается в 2–3 раза чаще, чем в популяции. Наиболее опасными в отношении дальнейшего прогноза для жиз-

ни и трудоспособности больных являются переломы шейки бедренной кости, которые встречаются в 1,5 раза чаще, чем в популяции. Цель – выделить факторы риска (ФР) развития ОП в шейке бедра при РА по результатам многоцентровой программы «Остеопороз при ревматоидном артрите: диагностика, факторы риска, переломы, лечение».

## Материал и методы

В исследование включено 200 женщин в возрасте от 20 до 84 лет (средний возраст  $56,8 \pm 11,1$  года) с РА, из них 61 (30,5%) женщина с ОП – 1-я группа и 139 (69,5%) пациенток без ОП – 2-я группа. Всем больным проведено унифицированное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование в рамках многоцентровой программы.

## Результаты/обсуждение

Результаты сравнительного анализа показали, что женщины с ОП были старше ( $60,9 \pm 9,9$  против  $54,9 \pm 11,2$  года;  $p < 0,01$ ) и имели большую длительность РА ( $12,0 [7,5; 22,5]$  года против  $10,0 [7,0; 15,0]$  года;  $p = 0,02$ ). Больше процент пациенток из 1-й группы были серопозитивны на момент обследования по ревматоидному фактору (РФ) по сравнению с больными из 2-й группы (67,9 и 50,4% соответственно;  $p = 0,03$ ). Группы достоверно различались по счету эрозий (93 [12; 114] против 15 [2; 52];  $p < 0,01$ ) и сужений суставных щелей (133 [108; 147] против 92 [53; 121];  $p < 0,01$ ) при количественной оценке выраженности рентгенологических изменений по методу Шарпа. Что касается терапии, то женщины с ОП имели большее суммарное количество внутрисуставных инъекций глюкокортикоидов (ГК) – 8,0 [3,0; 17,5] по сравнению с больными без ОП – 5,0 [2,0; 10,0] ( $p = 0,04$ ). При оценке традиционных ФР ОП было выявлено, что пациентки из 1-й группы имели меньший индекс массы тела (ИМТ;  $24,7 \pm 4,3$  против  $26,4 \pm 4,9$ ;  $p = 0,02$ ), масса тела ( $62,6 \pm 11,1$  кг против  $69,8 \pm 12,4$  кг;  $p < 0,01$ ) и у большего процента женщин с ОП наступила менопауза (96,7 против 73,4;  $p < 0,001$ ). Кроме того, больные с ОП чаще имели родственников первой степени родства с переломами шейки бедренной кости в анамнезе (18,5% против 2,9%;  $p < 0,001$ ).

## Выводы/заключение

ОП в шейке бедренной кости при РА ассоциируется с возрастом, длительностью РА, серопозитивностью по РФ, рентгенологическими изменениями, суммарным количеством внутрисуставных инъекций ГК, ИМТ и массой тела, семейным анамнезом ОП (наличием в анамнезе переломов шейки бедра у родственников первой степени родства).

## ФАКТОРЫ РИСКА, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С РАЗВИТИЕМ ОСТЕОПОРОЗА В ПОЗВОНОЧНИКЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Таскина Е.А., Подворотова М.М., Дыдыкина П.С.,

Петрова Е.В., Дёмин Н.В., Смирнов А.В.,

Дыдыкина И.С., Алексеева Л.И., Насонов Е.Л.

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

### Введение/цель

У больных ревматоидным артритом (РА) на фоне вторичного остеопороза (ОП) в 2–4 раза чаще встречаются деформации и переломы позвонков по сравнению с популяцией, при этом риск последующих переломов у таких больных повышается в 4 раза, что является причиной снижения качества жизни. Цель – выделить факторы риска (ФР) развития ОП в позвоночнике при РА.

### Материал и методы

В исследование включено 209 женщин с РА (по критериям Американской коллегии ревматологов), в возрасте от 20 до 84 лет (средний возраст  $56,9 \pm 11,1$  года). Всем больным проведено унифицированное клинико-лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с дизайном многоцентровой программы «Остеопороз при ревматоидном артрите: диагностика, факторы риска, переломы, лечение». ОП в поясничном отделе позвоночника диагностирован у 72 (34,5%) женщин (1-я группа), у остальных 137 (65,5%) больных ОП не выявлялся (2-я группа).

### Результаты/обсуждение

Больные двух групп не различались по средней длительности заболевания ( $11,5 [7,5; 20,0]$  против  $11,0 [7,0; 16,0]$  лет;  $p=0,3$ ), активности РА по DAS28 ( $4,7 \pm 1,1$  против  $4,5 \pm 1,2$ ;  $p=0,3$ ) и средним значениям функциональных нарушений по HAQ ( $1,7 \pm 0,9$  против  $1,5 \pm 0,9$ ;  $p=0,3$ ). В то же время у больных из 1-й группы чаще встречались умеренные значения HAQ (1–2 балл; 45,1% против 26,4%;  $p=0,02$ ), напротив, больные без ОП чаще имели низкие значения HAQ (<1,0 балла; 28,9% против 13,7%;  $p=0,03$ ). Женщины с ОП дольше и чаще принимали глюкокортикоиды (ГК;  $72,0 [36,0; 110,0]$  против  $50,0 [12,0; 95,0]$  мес;  $p=0,04$ ; 63,9% против 49,6%;  $p=0,05$  соответственно), имели большую суммарную дозу и среднюю ежедневную дозу ГК за последний год ( $14,4 [5,4; 25,8]$  против  $9,0 [2,4; 16,5]$  г;  $p=0,02$ ;  $5,0 [4,0; 8,0]$  против  $4,0 [2,0; 6,0]$  мг;  $p<0,01$  соответственно). При анализе традиционных ФР ОП было выявлено, что пациентки из 1-й группы были старше и имели меньшую массу тела ( $59,8 \pm 10,2$  против  $56,0 \pm 11,1$  года;  $p=0,02$ ;  $64,7 \pm 10,6$  против  $69,2 \pm 12,9$  кг;  $p=0,01$  соответственно). У больных с ОП чаще выявлялись коморбидные заболевания и чаще имелись переломы в анамнезе (90,3% против 79,5%,  $p=0,02$ ; 52,8% против 35,1%,  $p=0,01$  соответственно).

### Выводы/заключение

ОП в поясничном отделе позвоночника при РА ассоциируется с более выраженными функциональными нарушениями по HAQ, с длительным приемом ГК в больших дозах, с возрастом, массой тела, переломами в анамнезе и с наличием коморбидных заболеваний.

## МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Толмачева С.Р., Сильницкая Л.Е., Красноруцкая Н.Д.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН  
Украины», Харьков, Украина

### Введение/цель

В настоящее время ревматическим заболеваниям (РЗ) принадлежит важное медико-социальное значение. Лечение таких пациентов – очень длительный процесс, поэтому качество и успешность реабилитационных мероприятий во многом будут зависеть от медицинской активности родителей в выполнении индивидуальных программ реабилитации, образа и условий жизни семьи, в которой воспитывается больной ребенок. Цель – изучить медицинскую активность семей, воспитывающих детей с РЗ.

### Материал и методы

Проведено социологическое обследование 263 семей, в том числе 117 семей, имеющих ребенка – инвалида по РЗ. Контрольную группу составили 146 городских семей, воспитывающих здорового ребенка. Условия и образ жизни семей, их медицинскую активность анализировали по данным анкеты и методом интервьюирования.

### Результаты/обсуждение

Для обеих групп характерны полные семьи. Неполные семьи достоверно ( $p<0,05$ ) чаще встречались в группах, воспитывающих детей-инвалидов, чем в контроле (соответственно 40,2 и 25,4%). Материальное обеспечение семей, воспитывающих детей-инвалидов, значительно ниже, чем семей, имеющих здорового ребенка (74,4% против 35,6%;  $p<0,05$ ). Дисгармоничные взаимоотношения между родителями чаще наблюдались в основной группе (10,7%), чем в контрольной (6,2%). Только в 37,0% случаев родители владели данными о заболевании ребенка, его осложнениях и уверены в благоприятном исходе болезни. В 10,7% случаев после выписки детей из стационара родители не выполняли рекомендации врачей по продолжению реабилитационных мероприятий в домашних условиях. 59,8% родителей принимали участие или оказывали помощь детям в проведении восстановительного лечения лишь частично.

### Выводы/заключение

Проведенные исследования выявили негативное воздействие целого ряда отрицательных факторов медико-демографического, психологического и социально-гигиенического характера. Учитывая низкую медицинскую активность семей, необходимо повысить качество оказываемой им медико-социальной помощи путем активизации санитарно-просветительной работы. Кроме того, семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями, необходимо оказывать правовую, социальную и материальную помощь как на региональном, так и на государственном уровне.

# ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕНОСУМАБА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ «ПРИОРИТЕТ»)

Торопцова Н.В.<sup>1</sup>, Юренина С.В.<sup>2</sup>, Скрипникова И.А.<sup>3</sup>,  
Рожинская Л.Я.<sup>4</sup>, Мановицкая А.В.<sup>5</sup>, Мусаева Т.М.<sup>6</sup>,  
Нурылгаянов Р.З.<sup>7</sup>, Мустаев Р.М.<sup>7</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>4</sup>ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>5</sup>ФГБУ «Государственный научный центр Институт иммунологии» ФМБА России, Москва, Россия;

<sup>6</sup>ООО «Преображенская клиника», Екатеринбург, Россия; <sup>7</sup>ГКБ №21, Уфа, Россия

## Введение/цель

Первое десятилетие XXI в. ознаменовалось внедрением генно-инженерных лекарственных средств для лечения ревматических заболеваний. Одним из таких препаратов является деносумаб, зарегистрированный для лечения постменопаузального остеопороза (ОП). Цель — оценить эффективность лечения деносумабом больных постменопаузальным ОП в реальной клинической практике.

## Материал и методы

51 женщине с ОП (средний возраст  $68 \pm 8,6$  года), проконсультированным в 8 Центрах профилактики остеопороза (Москва, Ярославль, Екатеринбург и Уфа), назначен деносумаб (20 — переведены с другой терапии, 31 — с впервые выявленным ОП). Оценку эффективности лечения было запланировано проводить с помощью суррогатных признаков — динамики маркера костного обмена (С-телопептид) через 3 мес (только у пациенток с впервые поставленным диагнозом) и минеральной плотности костной ткани (МПКТ) через 6 и 12 мес после подкожного введения препарата. Всем пациентам было рекомендовано дополнительно принимать препараты кальция и витамина D.

## Результаты/обсуждение

К 3-му месяцу лечения у пациентов без предшествующей антиостеопоретической терапии отмечалось достоверное снижение уровня С-телопептида на 89% (с 0,74 [0,16; 1,02] до 0,08 [0,06; 0,67];  $p=0,0001$ ). Во всей группе было зафиксировано достоверное снижение уровня кальция в сыворотке крови, а динамика уровня щелочной фосфатазы и креатинина была незначима. Через 6 мес динамика МПКТ была оценена у 11 пациентов (средний возраст  $68 \pm 5,7$  года). Средний прирост МПКТ в поясничном отделе позвоночника составил 2,34% ( $p=0,03$ ), в шейке бедра — 1,85%, в общем показателе бедра — 1,56% ( $p>0,05$ ). Нежелательные реакции зафиксированы у 6 (12%) женщин: артралгия — у 2 (4%), экзема — у 1 (2%), снижение уровня кальция крови ниже 1,88 ммоль/л без клинических проявлений — у 3 (6%).

## Выводы/заключение

В промежуточном анализе продемонстрирована эффективность терапии деносумабом: к 3-му месяцу терапии достоверное снижение уровня маркера костной резорбции на 89% от исходного, к 6-му месяцу — достоверное повышение МПКТ в поясничном отделе и стабильное состояние МПКТ в проксимальном отделе бедра. Необходимо проведение профилактики гипокальциемии приемом препаратов кальция и витамина D в адекватных дозах как перед началом терапии, так и в течение всего периода лечения. Рекомендуется контроль концентрации кальция в крови у пациентов, предрасположенных к гипокальциемии.

# ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПРОТИВООСТЕОПОРЕТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Торопцова Н.В., Никитинская О.А., Феклистов А.Ю.  
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия

## Введение/цель

По данным литературы, течение ревматоидного артрита (РА) в 15–55% случаев осложняется развитием генерализованного остеопороза (ОП), который требует назначения лекарственной терапии. Антиостеопоретическое лечение должно продолжаться в течение как минимум 3 лет для снижения риска малотравматичных переломов. Цель — оценить приверженность лечению ОП у больных РА в проспективном 3-летнем наблюдении.

## Материал и методы

53 пациента (48 женщин и 5 мужчин) с РА и ОП (возраст 65 [59; 71] лет) были включены в проспективное 3-летнее наблюдение с оценкой проводимой антиостеопоретической терапии (АОПТ) каждые 12 мес с помощью специально разработанной анкеты.

## Результаты/обсуждение

Длительность наблюдения составила  $36 \pm 4,3$  мес. Начали прием АОПТ 48 (91%) больных после консультации у врача Центра профилактики ОП ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН. В течение 2 лет АОПТ получали 35 (66%), а 3 года — 16 (30%) пациентов. В первый год 29 человек получили однократное внутривенное введение золедроновой кислоты, повторное введение было у 12 (41%) человек и 3 инфузии — у 5 (17%) больных. Восемь пациентов перешли на прием пероральных препаратов, из них трое продолжили их прием до 3 лет, а 9 — прекратили АОПТ в связи с невозможностью получать препарат бесплатно. 19 больных принимали АОПТ внутрь или интраназально, через 2 года получали терапию 15 (79%), а через 3 года — 8 (42%), отмена препаратов не была связана с возникновением нежелательных реакций, а в ряде случаев вызвана нежеланием пациента продолжать лечение. Препараты кальция и витамина D принимали все 48 человек, начавших АОПТ, однако 15 (31%) получали витамин D в недостаточной дозе (200–400 МЕ), в течение 2 лет эти добавки принимали 45 (85%), а в течение 3 лет — 42 (79%).

## Выводы/заключение

Проведенное проспективное исследование показало, что пациенты с РА и ОП, наблюдавшиеся в специализированном центре, имели неадекватную приверженность

АОПТ ко 2-му и 3-му годам лечения, которая составила для патогенетических препаратов 66 и 30% соответственно, что было связано с социально-экономическими причинами. Приверженность лечению препаратами кальция и витамина D была высокой на протяжении всего срока наблюдения, однако у 1/3 больных отмечался недостаточный прием витамина D.

## ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Тураева Ф.Б., Юлчиева К.К., Хан Т.А., Матчанов С.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

### Введение/цель

Системная красная волчанка (СКВ) является одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний с четкой половой предрасположенностью. Женщины страдают в 8–10 раз чаще. Пик заболевания приходится на возраст 14–25 лет. Поражение сердечно-сосудистой системы при СКВ является одним из наиболее частых клинических синдромов и составляет, по данным разных авторов, в разное время от 35 до 100%. Цель – изучить особенности поражения сердечно-сосудистой системы у больных СКВ.

### Материал и методы

Было исследовано 60 больных с диагнозом СКВ, лечившихся в клинике Ташкентской медицинской академии. Возраст от 18 до 35 лет (средний возраст 26,7±4,8 года), длительность заболевания 6–144 мес. Всем больным проведены общеклинические методы исследования, холтеровское мониторирование, электро- и эхокардиография.

### Результаты/обсуждение

По результатам исследования наиболее часто наблюдается поражение миокарда (52,8%), с минимальными изменениями на эхокардиограмме. Эндокардит диагностируется у 10%, перикардит – у 10%. У больных с СКВ выявляется нарушение ритма сердца в виде тахикардии (84,6%), наджелудочковой (46,5%) и желудочковой (34,8%) экстрасистолии.

### Выводы/заключение

Вовлечение сердца в основной процесс при СКВ – один из самых частых висцеритов, который характеризуется поражением всех оболочек сердца (преимущественно миокарда) при мало выраженных клинических проявлениях со стороны сердечно-сосудистой системы. Все перечисленные нарушения ритма и проводимости достоверно чаще наблюдаются у больных с текущим миокардитом и/или перикардитом и требуют динамического контроля.

## ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Туртаева А.Е., Примжарова Г.А., Кушекбаева А.Е.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан

### Введение/цель

Измерение маркеров костного метаболизма у женщин с системной красной волчанкой (СКВ) позволяет опреде-

лять риск развития остеопороза, проводить мониторинг костного метаболизма во время менопаузы и после нее. Цель – изучить показатели костного метаболизма у больных СКВ.

### Материал и методы

В исследование включено 30 пациенток с СКВ. Средний возраст 32,6±3,2 года, длительность заболевания 2,3±1,2 года. Диагноз СКВ установлен согласно критериям Американской коллегии ревматологов (1982). Больные разделены на две группы: 1-я группа (n=19) – женщины с сохраненным менструальным циклом, 2-я группа (n=11) – женщины в постменопаузе. Всем больным определяли маркеры костного метаболизма: остеокальцин, b-Crosslaps. Исследование проводилось клинико-иммунологическими методами. Тест-система основана на использовании двух высокоспецифических моноклональных антител к человеческому остеокальцину. b-Crosslaps определяли иммуноферментным методом.

### Результаты/обсуждение

Результаты исследования показали, что в 1-й группе у 84,2% пациенток уровень остеокальцина был в пределах нормы, у 15,7% был повышен, снижения уровня остеокальцина не отмечалось. Во 2-й группе у 36,4% пациенток отмечено повышение уровня остеокальцина, имелись множественные поражения суставов. Средний уровень остеокальцина в целом составил 19,6±5,1 нг/мл; у пациенток с сохраненным менструальным циклом – 21,26±3,075 нг/мл, у пациенток в постменопаузе – 26,4±6,35 нг/мл. У пациенток в постменопаузе содержание b-Crosslaps было выше (0,52±0,25 нг/мл), чем у женщин с сохраненным менструальным циклом (0,45±0,15 нг/мл).

### Выводы/заключение

Таким образом, при СКВ в группе женщин в постменопаузе увеличивается уровень маркера формирования костной ткани – остеокальцина, что является отражением повышения интенсивности костного обмена в целом, инициирующегося за счет действия гормональных нарушений.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ГАСТРОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Туртаева А.Е.<sup>1</sup>, Сыздыкова Л.И.<sup>1</sup>, Исаева Б.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан; <sup>2</sup>Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

### Введение/цель

Эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) выявляются у 15% больных ревматоидным артритом (РА). Цель – оценить частоту клинических, эндоскопических и биохимических изменений ЖКТ у больных РА, принимающих НПВП.



### Материал и методы

В исследование включено 24 больных РА, которые составили основную группу. Средний возраст  $41,6 \pm 7,2$  года, длительность заболевания  $3,4 \pm 0,7$  мес. Диагноз РА установлен с использованием классификационных критериев ACR/EULAR (2010). Всем больным проводили эндоскопическое исследование двукратно (до лечения НПВП и через 4 нед). Все больные были инфицированы *Helicobacter pylori*, что подтверждено дыхательным уреазным тестом. Больные принимали диклофенак в суточной дозе 100 мг. Контрольную группу составили 15 больных РА без язвенного анамнеза.

### Результаты/обсуждение

Результаты анализа показали, что в группе инфицированных *Helicobacter pylori* высокая частота абдоминального и диспепсического синдромов – у 65,6% больных, тогда как в контрольной группе – у 35,7% больных. При эндоскопическом исследовании в основной группе у 83,3% больных выявлены эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, а в контрольной группе – у 42,8% больных.

### Выводы/заключение

Таким образом, *Helicobacter pylori* и НПВП являются независимыми факторами риска развития НПВП-индуцированных гастропатий. Риск развития НПВП-индуцированных гастропатий у инфицированных *Helicobacter pylori* больных выше.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИБАНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Тушко С.Н.<sup>1</sup>, Слуцкая Н.П.<sup>2</sup>, Староверова Ю.К.<sup>1</sup>, Лопушко И.В.<sup>1</sup>, Хабибрахман Е.П.<sup>1</sup>, Попова Е.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГКУ «301 военный клинический госпиталь»

Минобороны России, Хабаровск, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск, Россия

### Введение/цель

У больных ревматоидным артритом (РА) в сравнении со здоровыми наблюдается более высокая частота развития остеопороза (ОП) с неблагоприятным влиянием на течение заболевания. Представлен опыт применения ибандроновой кислоты (бонвивы) 150 мг/мес в лечении ОП при РА.

### Материал и методы

В исследование включены 12 женщин в возрасте 39–62 лет. Диагноз РА подтвержден на основании новых (2010) классификационных критериев РА. Длительность заболевания от 7 до 35 лет. Все пациенты получали терапию глюкокортикоидами в дозе 5–10 мг/сут в перерасчете на преднизолон. В качестве базисной терапии 9 пациентам был назначен метотрексат в дозе 12,5–15 мг/нед, двум – арава 20 мг/сут, одной комбинированная терапия метотрексатом 12,5 мг/нед + арава 20 мг/сут. Минеральную плотность костной ткани (МПКТ) определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии в поясничном отделе позвоночника и шейке бедренной кости. В соответствии с критериями ВОЗ у 9 пациенток диагностирован ОП (МПКТ поясничных позвонков – исходно Т-критерий ниже -2,5), у трех – остеопения. Всем назначались препараты кальция и витамина D<sub>3</sub> (1000 мг каль-

ция и 800 МЕ витамина D ежедневно), ибандроновая кислота (бонвива) 150 мг/мес. Ежегодно на протяжении 5 лет проводился контроль МПКТ.

### Результаты/обсуждение

У всех пациенток диагностирован прирост МПКТ. У 3 пациенток с ранее диагностированным ОП на фоне лечения Т-критерий стал -1,5, у всех остальных МПКТ поясничных позвонков нормализовалась.

### Выводы/заключение

Полученные результаты подтверждают эффективность терапии ОП ибандроновой кислотой у пациентов с РА.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Удовика М.И.

ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД РФ по Ульяновской области», Ульяновск, Россия

### Введение/цель

Выявление особенностей течения подагрического артрита у больных с метаболическим синдромом (МС). Выявление взаимосвязи между нарушением пуринового обмена у больных с МС и риском развития сердечно-сосудистой патологии.

### Материал и методы

Использовались материалы работы ревматологического кабинета поликлиники ФКУЗ «МСЧ МВД РФ по Ульяновской области» за 3-летний период (2011–2013). В исследовании принимали участие две группы больных: группа А (больные подагрой без проявлений МС, n=30) и группа Б (больные подагрой с достоверными клинико-лабораторными признаками МС, n=30). Наблюдение за больными проводилось в амбулаторном режиме с ежеквартальным контролем лабораторных показателей и осмотром ревматолога. Исследовалась корреляционная взаимосвязь между показателями липидного профиля (общий холестерин, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ), уровнем мочевой кислоты, острофазовым ответом [СОЭ, уровень С-реактивного белка (СРБ)], интенсивностью болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), продолжительностью обострений подагрического артрита (в днях), эффективностью терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и статинами.

### Результаты/обсуждение

Выявлено достоверное увеличение продолжительности обострений суставного синдрома у больных подагрой с МС (группа Б);  $p < 0,0004$ . У больных в группе Б интенсивность болевого синдрома по ВАШ в периоды обострений была значительно более высокой по сравнению с группой А ( $p < 0,0033$ ). У больных в группе Б нарастание сыровоточного уровня ЛПНП и ТГ коррелировало с высоким содержанием мочевой кислоты в сыворотке крови ( $p < 0,001$ ).

### Выводы/заключение

У больных подагрой с МС отмечено учащение приступов подагрического артрита, увеличение их продолжительности и относительная резистентность к терапии НПВП. Установлены корреляционные связи между уров-

нем общего холестерина, ЛПНП и ТГ в сыворотке крови, индексом массы тела, артериальным давлением и гиперурикемией. Эти факты подтверждают наличие общих механизмов нарушения мочекишечного, углеводного и жирового обмена у больных подагрой. Не вызывает сомнений необходимость тщательного контроля кардиоваскулярных факторов риска у пациентов с подагрой. Актуальным в настоящее время остается вопрос о необходимости медикаментозной коррекции бессимптомной гиперурикемии в целях профилактики кардиоваскулярной патологии и развития «развернутой» клинической картины подагры.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ БИЦИЛЛИНА-5 У БОЛЬНЫХ С ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗОМ

Ушакова М.А.

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

### Введение/цель

Лайм-боррелиоз (ЛБ) — это инфекционное заболевание с трансмиссивным путем передачи инфекции, вызываемое спирохетами рода боррелии, склонное к стадийности и хронизации течения и поражающее преимущественно кожу, нервную систему, соединительнотканые структуры. Актуальна проблема эффективного лечения у лиц с развитием II и III стадий болезни. Более 50% таких пациентов обращаются к ревматологам в связи с ревматологическими симптомами и синдромами, характерными для ЛБ. Целью исследования была оценка эффективности и переносимости препарата бициллин-5 у больных с ЛБ.

### Материал и методы

В исследование были включены 37 пациентов с достоверным ЛБ, обратившиеся в институт в 2010–2011 гг. Диагноз основывался на наличии укуса клеща в анамнезе, развитии картины I стадии ЛБ (клещевой мигрирующей эритемы и общетоксического синдрома вскоре после укуса клеща). Диагноз был подтвержден серопозитивностью по антителам классов G и M к боррелиям иммуноферментным анализом (ИФА). Исключены другие ревматические заболевания. В группе исследованных больных было 8 мужчин и 29 женщин. Средний возраст пациентов составил 50,8 года (24–74 года). К моменту обращения в институт II стадия ЛБ развилась у 13 и III стадия ЛБ — у 24 пациентов. Далее проводилось наблюдение в течение 1–2 лет. Острый период ЛБ сопровождался терапией антибиотиками тетрациклинового ряда у 18 больных и цефалоспорины у 11. Однако проведенная на I стадии болезни терапия не привела к существенному улучшению: отмечалось сохранение клинической симптоматики и высоких титров антител к боррелиям классов M и G в ИФА. В институте больным был назначен бициллин-5 в дозе 1,5 млн ЕД внутримышечно 1 раз в 2 нед (на курс 10 инъекций). Повторные курсы понадобились трем больным. Интервал между повторными курсами составлял 2–3 мес. В этот период проводился серологический контроль титров антител к боррелиям в ИФА и оценка клинической симптоматики.

### Результаты/обсуждение

На фоне проводимой терапии у 12 больных отмечена четкая положительная динамика клинической симптоматики, сопровождающаяся снижением титров специфиче-

ских антител в ИФА. Данное состояние было расценено как начальная реконвалесценция. В 13 случаях зарегистрировано клиническое улучшение без положительной серологической динамики. Отсутствие эффекта зафиксировано у 10 пациентов. В трех случаях развитие нежелательных реакций заставило отказаться от терапии.

### Выводы/заключение

В рамках настоящего наблюдения показана высокая эффективность и хорошая переносимость бициллина-5 у больных со II–III стадиями ЛБ. Применение привело к улучшению состояния больных в 67% случаев, из них в 32% — к начальному выздоровлению и в 35% — к частичному улучшению состояния. Режим дозирования антибиотика способствовал хорошей комплаентности больных. Для отработки схем терапии необходимы дальнейшие клинические исследования.

## СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ TRAPS-СИНДРОМА В РОССИИ

Фёдоров Е.С.<sup>1</sup>, Салугина С.О.<sup>1</sup>,

Кузьмина Н.Н.<sup>1</sup>, Соболева М.К.<sup>2</sup>, Захарова Е.Ю.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия;

<sup>3</sup>ФГБУ «Медико-генетический научный центр» РАМН, Москва, Россия

### Введение/цель

TRAPS-синдром (синдром периодической лихорадки, ассоциированный с мутацией гена рецепторов I типа к фактору некроза опухоли) — классический представитель периодических аутовоспалительных лихорадок мутационной природы. На конец 2011 г. в базе данных EUROFEVER было 199 пациентов. Описания семейных случаев TRAPS-синдрома в российской популяции нами не обнаружено. Цель — описание молекулярно-генетически подтвержденного TRAPS-синдрома в трех поколениях российской семьи.

### Материал и методы

Помимо стандартного в ревматологии обследования, пациенту, его родителям и бабушке выполнен частичный анализ гена *TNFRSF1A* методом прямого секвенирования с исследованием экзонов 2, 3, 4.

### Результаты/обсуждение

Этническая принадлежность пациентов — русские. Ребенок Д.В., 9 лет, заболел в 6 мес. С этого времени — эпизоды лихорадки до 39,5 °С продолжительностью 7–10 дней с интервалом 4 нед, сопровождавшиеся сильными абдоминальными болями, повышением острофазовых маркеров: СОЭ (до 43 мм/ч), уровня С-реактивного белка (СРБ), лейкоцитозом. В межприступный период указанные показатели значительно снижались, но не возвращались к норме. В последующем выявлялся эпизод перикардита. В 2010 г. оперирован по поводу спаечной болезни. В феврале 2012 г. — распространенная геморрагическая сыпь, гематурический нефрит. Диагноз поставлен в апреле 2013 г. С октября 2013 г. получает канакинумаб 2 мг/кг 1 раз в 8 нед с полным купированием всех проявлений и отменой глюкокортикоидов. Мать пациента, Ю.В., 36 лет, больна с 4 лет. Заболевание протекало в виде атак лихорадки до 40,0 °С, интенсивных абдоминальных, параорбитального покраснения

и отека. В возрасте 14 лет один из эпизодов расценен как аппендицит, выполнена аппендэктомия без эффекта. С 16 лет приступы в виде распространяющейся эритемы верхней конечности, сопровождающейся в течение 3–4 дней лихорадкой до 38,0 °С, преходящей контрактурой локтевого сустава на стороне поражения, интенсивными абдоминальями. Общая продолжительность эпизода 3 нед. Число эпизодов в год – 2. Постоянно – значительное повышение острофазовых маркеров (СОЭ 58 мм/ч, СРБ 62 мг/л, лейкоцитоз до 12,0 • 10<sup>9</sup>/л). У бабушки пациента – картина, схожая с заболеванием дочери, с дебютом в возрасте 14 лет. У всех троих пациентов в экзоне 2 выявлена мутация c151C>T в гетерозиготном состоянии. Мутация приводит к замене аминокислоты в последовательности белка рHis51Tyr, зафиксирована в базе данных Infervers и первоначально описана у пациентов шотландского и германского происхождения.

#### **Выводы/заключение**

Впервые в России выявлен семейный случай генетически подтвержденного TRAPS-синдрома с известной мутацией, первоначально обнаруженной у пациентов из Западной Европы. Лечение ингибитором интерлейкина 1β у пациента детского возраста привело к полному купированию активности заболевания.

## **БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА У ДЕТЕЙ В РОССИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАБЛЮДЕНИЯ В ФЕДЕРАЛЬНОМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ**

**Фёдоров Е.С., Кузьмина Н.Н.,  
Салугина С.О., Алекберова З.С.**

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

#### **Введение/цель**

Болезнь Бехчета (ББ) – системный васкулит, характеризующийся рецидивирующим эрозивно-язвенным поражением слизистой оболочки рта и половых органов, частым вовлечением глаз. В последние годы обсуждается аутовоспалительная природа заболевания. ББ встречается преимущественно у народов, живущих на территориях, где проходил Великий шелковый путь, дебютирует обычно во второй-четвертой декаде жизни. У детей заболевание встречается существенно реже и менее изучено. Цель – описание особенностей клинической картины и диагностики ББ у детей в России по материалам федерального ревматологического центра.

#### **Материал и методы**

Работа основана на наблюдении 18 детей, проходивших лечение в нашем центре с 2000 по 2013 г. с диагнозом ББ. Возраст больных составил от 4 до 17 лет; среди них мальчиков было 12, девочек – 6. Всем пациентам проводилось стандартное обследование, а также определение HLA-B51-антигена. Диагноз ставился на основании диагностических критериев Международной группы по изучению ББ (1990).

#### **Результаты/обсуждение**

Этническая принадлежность: представители народов Северного Кавказа – 3, татары – 4, узбеки – 1, азербайджанцы – 1, русские – 7, украинцы – 1, этнические немцы – 1. Возраст дебюта варьировал: от 6 мес до 1 года

(n=6), 1–7 лет (n=4), 7–15 лет (n=6), 15 лет и старше (n=2). Клиническая картина была представлена афтозным стоматитом у всех пациентов (100%), афтами гениталий у 11 (61%), периодической лихорадкой у 12 (67%), которая была более характерна для детей раннего возраста. Поражение кожи было представлено узловой эритемой у 6 (33%), псевдопустулезом у 5 (28%), язвенно-некротическим кожным васкулитом у одного, буллезными высыпаниями у одного ребенка. Поражение глаз в виде панuveита отмечалось у 5 мальчиков (28%). Тест патергии был положительным у четверых. У трех имелось поражение желудочно-кишечного тракта (18%), у одного – тяжелые проявления со стороны ЦНС с парезом нижних конечностей и тазовыми нарушениями. У 4 (22%) детей были жалобы на артралгии, у 2 (11%) – преходящий артрит. У всех больных первым признаком заболевания был афтозный стоматит, у 12 – в сочетании с лихорадкой. Положительный HLA-B51-антиген выявлялся у 51%. Значительное повышение острофазовых показателей, ревматоидного фактора и антинуклеарного фактора не определялись.

#### **Выводы/заключение**

ББ может встретиться в России у пациента любой национальности, в том числе русской, и различной возрастной категории. Наиболее частым и ранним признаком являлся рецидивирующий афтозный стоматит в сочетании с лихорадкой (у 2/3), что требует настороженности в плане развития ББ, особенно у детей раннего возраста. Диагностика ББ затруднена, поскольку растянута во времени. Поражение глаз, являющееся типичным проявлением ББ у взрослых, у детей встречается редко и, по-видимому, присоединяется в более позднем возрасте.

## **УЛУЧШЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОЖИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА**

**Федотовских Г.В., Аскарлов М.Б.,  
Шаймарданова Г.М., Ежеленко Т.Г.**  
*Национальный научный медицинский  
центр, Астана, Казахстан*

#### **Введение/цель**

Перспективным методом лечения аутоиммунных заболеваний является трансплантация стволовых клеток. Цель – оценить морфологическое состояние кожи больных системной склеродермией (ССД) до и после трансплантации культивированных аутологичных клеток костного мозга.

#### **Материал и методы**

Исследована кожа 18 женщин с давностью заболевания >3 лет при трансплантации гемопоэтических стволовых клеток костного мозга (СККМ). Выделена гемопоэтическая фракция стволовых клеток с последующим культивированием в течение 72 ч в среде IMDM в инкубаторе при температуре 37 °С и 5% CO<sub>2</sub>. Трансплантация СККМ проводилась внутривенно в среднем в количестве до 140 клеток. Биопсийный материал кожи голени, взятый до и после трансплантации СККМ, изучен традиционными мор-

фологическими методами. Электронная микроскопия ткани кожи была исследована на электронном микроскопе Libra 120 фирмы Carl Zeiss.

#### **Результаты/обсуждение**

Через 3 мес после трансплантации СККМ выявлено достоверное уменьшение плотности кожи с 12,9 до 8,7 балла. Снижению кожного счета соответствовали морфологические светооптические и электронно-микроскопические изменения дермы, свидетельствовавшие об усилении процесса биодеградации фиброзной ткани. Наблюдалось снижение степени окрашиваемости соединительной ткани по Массон трихром, наиболее выраженное в папиллярном слое. Увеличивалось число мелких капилляров с тонкими стенками, особенно расположенных в папиллярном слое, на границе с ретикулярным слоем с прорастанием в более глубокие слои дермы. Вокруг полей новообразованных сосудов отмечено разрежение фиброзной ткани. В полиморфном клеточном составе инфильтрата периваскулярной локализации появлялись многочисленные макрофаги с крупными вакуолями. Восстанавливалась структура эпидермиса, потовых желез и волосяных фолликулов. При электронно-микроскопическом изучении фибробласты, расположенные в папиллярном слое, были представлены деструктивно измененными клетками, погибающими по механизму «контактного ингибирования» плотно прилежащими коллагеновыми фибриллами. В области полей кровеносных капилляров выявлены активированные макрофаги и фиброкласты. Известна способность макрофагов выделять индукторы ангиогенеза, принимать участие в ремоделировании новообразованной ткани, а также регулировать количество и активность фиброкластов.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, трансплантация СККМ включала ауторегуляторные механизмы ремоделирования избыточной соединительной ткани, стимуляцию ангиогенеза и восстановление эпителиального покрова кожи больных ССД.

## **ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

*Филиппова Н.А., Торопова М.А.,*

*Воробьев Е., Тиранова М., Алексеевская Е.С.*

*ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

#### **Введение/цель**

Представлены результаты начального этапа работы, целью которой является установление роли эндотелиальной дисфункции, оксидативного стресса и локальных нарушений микроциркуляции в генезе воспалительных и фиброзных поражений легких у больных воспалительными заболеваниями суставов (ревматоидный артрит – РА, анкилозирующий спондилит – АС).

#### **Материал и методы**

Обследовано 28 больных РА и 14 – АС. Контрольную группу составили 80 практически здоровых доноров. Средний возраст в группе составлял соответственно 53,1 и 40,0 года; в группе доноров – 41,2 года. Осуществлялось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное

обследование в рамках стандартов ведения соответствующей патологии. Функция внешнего дыхания исследовалась по клиническим показаниям. Лабораторные маркеры эндотелиальной дисфункции включали определение высших окислов азота в сыворотке крови (NOx) нитратредуктазным методом, оксида азота и нитрозотиолов в сыворотке крови – флуоресцентным анализом в проточно-инъекционной системе. 10 больным РА осуществлялось также исследование реактивности сосудистой стенки (эндотелийзависимой дилатации брахиальной артерии в тесте с ацетилхолином).

#### **Результаты/обсуждение**

Выявлены статистически значимые различия содержания продуктов NO-синтазной активности в сыворотке крови по сравнению со здоровыми лицами. Наиболее высокие показатели NOx отмечались у больных РА (88,0; 73,6 и 67,7 мкМ, у здоровых – 22,81 мкМ). Сходная закономерность выявлена и для содержания нитрозотиолов (2286,68; 1830,5 и 1193,38 нМ соответственно). Наличие значимых связей связи между уровнем NOx и приростом объемной скорости кровотока на 2, 3, 4-й минутах после воздействия ацетилхолина подтверждает системность эндотелиальной дисфункции при РА. Более высокий уровень NOx у больных РА, имеющих респираторные клинические симптомы (жалобы, данные объективного обследования) и отрицательная корреляционная связь между NOx и показателем проходимости на уровне дистальных бронхов МОС75 могут быть обусловлены более значительными нарушениями со стороны эндотелия у больных с вовлечением респираторной системы.

#### **Выводы/заключение**

У больных РА и АС (в особенности – РА) имеет место нарушение функции эндотелия, проявляющееся повышением уровня продуктов NO-синтазной активности в сыворотке крови, при этом более выраженные нарушения ассоциируются с наличием респираторной клинической симптоматики. Представленные данные являются предварительными. Планируется более полное изучение как функции эндотелия, так и дыхательной системы, в том числе с использованием компьютерной томографии высокого разрешения и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии.

## **О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДАГРОЙ И ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК**

*Хабижанова В.Б., Исаева Б.Г.*

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

#### **Введение/цель**

Результаты исследований последних лет свидетельствуют о неуклонном увеличении распространенности подагры среди населения, варьируя в широких пределах в различных регионах и составляя в среднем 0,01–0,37%. Нефропатия относится к наиболее частым висцеральным проявлениям заболевания. Цель – изучить распространенность заболевания подагрой в Казахстане, а также частоты поражения почек у больных.

#### **Материал и методы**

Проанализированы официальные статистические материалы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) за период с 2001 по 2012 г. заболеваемо-

сти болезнями костно-мышечной системы (БКМС), в том числе и подагрой. Обследовано 218 больных подагрой с достоверным диагнозом подагры по критериям S.L. Wallace (2001). Среди больных 188 (86,2%) мужчин и 30 (13,8%) женщин, сопоставимых по возрасту (56,0±0,88 и 60,37±1,53 года). Средняя длительность болезни на момент обращения – 9,97±0,61 года. Были определены стадии хронической болезни почек по рекомендациям K/DOQI (2012); скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – по формуле Кокрофта–Голта.

#### Результаты/обсуждение

В структуре заболеваний населения в 2012 г. по данным МЗ РК БКМС составили 2,9%. За период 2001–2012 гг. отмечался рост заболеваемости БКМС, зарегистрированных в амбулаторных учреждениях. Общая заболеваемость БКМС выросла с 3738,53 до 4212,8 на 100 тыс. населения, так же как и первичная – с 1561,6 до 1603,7 на 100 тыс. населения. Сравнительный анализ показателей выявил динамику прироста общей заболеваемости на 12,6%, первичной – на 2,6%. В структуре БКМС в 2008 г. на долю подагры приходилось 0,89%, в 2009 г. – 1,1%. Динамика прироста общей заболеваемости подагрой в Казахстане за 2008–2009 гг. составила 15,1% на 100 тыс. населения: в 2008 г. – 19,98, в 2009 г. – 22,99 на 100 тыс. населения, а при первичной еще больше – 27,17% на 100 тыс. человек (в 2008 г. – 4,27, в 2009 г. – 5,43). Поражение почек при подагре выявлено у 96,8% обследованных. Нефролитиаз по данным УЗИ – у 28 (12,8%), тубулоинтерстициальный нефрит с мочекислым диатезом – у 132 (60,5%), кисты – у 38 (17,4%). В среднем СКФ у мужчин была 79,84±2,05 мл/мин, что достоверно выше, чем у женщин, – 66,79±4,74 (p<0,05). Среди больных подагрой с хронической почечной недостаточностью (СКФ <60 мл/мин) уратное поражение почек отмечалось у 47 (75,8%).

#### Выводы/заключение

В Республике Казахстан отмечается рост заболеваемости БКМС, в частности подагрой. Поражение почек (96,8%) выявлено почти у всех обследованных больных подагрой. Своевременная диагностика нефропатии способна предотвратить или замедлить прогрессирование болезни и развитие осложнений.

## ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ПОДАГРЕ

Хабижанова В.Б., Раимбекова Б.К.

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

#### Введение/цель

Изучить частоту хронической болезни почек (ХБП) и сопутствующей патологии при подагре

#### Материал и методы

Обследовано 218 больных подагрой с достоверным диагнозом по критериям S.L. Wallace (2001), жители Алматы. Средний возраст больных – 56,6±0,79 года (от 28 до 82 лет). Среди больных мужчин было 188 (86,2%; возраст 56,0±0,88 года, женщин – 30 (13,8%; 60,37±1,53 года). Средняя длительность болезни 9,97±0,61 года. Были определены стадии ХБП по рекомендациям K/DOQI (2012); скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – по формуле Кокрофта–Голта. Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование, биохимическое исследование

крови с определением уровня мочевого кислоты, липидов, глюкозы натощак, креатинина, электролитов.

#### Результаты/обсуждение

ХБП I–V стадии выявлена у всех больных. Средняя СКФ 78,04 ±1,91 мл/мин. Больных подагрой с I стадией ХБП было 69 (31,7%), со II – 87 (39,9%), с III–V со значимым повреждением почек – 62 (28,4%). Частота артериальной гипертензии (АГ) у больных подагрой составила 91% (n=198). У больных с ХБП III–V стадии (СКФ <60 мл/мин) АГ выявлена у 98,4%, достоверно чаще, чем при ХБП I–II – 87,8% (p<0,05). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) встречалась у больных подагрой с частотой 74,8%. У больных с почечной недостаточностью (СКФ <60 мл/мин) она выявлялась чаще, чем без нее (90,3 и 68,6% соответственно; p<0,05). ИБС, так же как и АГ, в 100% случаев выявлялась у больных подагрой с выраженным снижением фильтрационной способности почек. Снижение СКФ коррелировало с АГ (r=0,55) и ИБС (r=0,46). Инфаркт миокарда чаще встречался у больных с IV стадией ХБП (75%), сахарный диабет (СД) – при III (27,3%). СД 2-го типа и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) диагностировались в 2 раза чаще у больных подагрой с ХБП III–V стадии. Метаболический синдром (МС) был выявлен у 57,3% всех обследованных больных и встречался одинаково часто как у больных с незначительным снижением СКФ, так и с выраженным (54,8 и 58,3% случаев соответственно; p>0,1).

#### Выводы/заключение

ХБП у больных подагрой тесно ассоциируется с сопутствующей патологией (АГ, ИБС, ХСН, СД 2-го типа, МС). Со снижением СКФ почек достоверно увеличивается частота выявления АГ и ИБС.

## БЕЗОПАСНОСТЬ ВНУТРИСУСТАВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КСЕФОКАМА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ В СОЧЕТАНИИ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хамроева З.Д.<sup>1</sup>, Каримова Г.Н.<sup>1</sup>,  
Шукурова С.М.<sup>1</sup>, Ахунова М.Ф.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан;

<sup>2</sup>Центральная районная больница, Худжанд, Таджикистан

#### Введение/цель

Оценить метод внутрисуставного введения ксефокама у пациентов пожилого и старческого возраста с сочетанной кардиоваскулярной патологией.

#### Материал и методы

В исследование были включены 30 пациентов старше 60 лет, поступившие на стационарное лечение в городскую клиническую больницу №5 города Душанбе с достоверным диагнозом остеоартроз (ОА) коленных суставов. Среди выделенной группы больных в 75% случаев было отмечено сочетание ОА с артериальной гипертензией, и 33% пациентов имели признаки ишемической болезни сердца. Все пациенты были условно распределены на две группы. Пациентам первой группы проводилось введение кеналога 40 мг в пораженный сустав, в то время как пациенты второй группы получили внутрисуставные инъекции ксефокама 8 мг на 0,5% растворе новокаина 5 мл. Пациентам с кардиоваску-

лярной патологией внутрисуставные инъекции проводились лишь при стабилизации показателей артериального давления (АД) и отсутствии жалоб, связанных с сердечно-сосудистой системой. Оценка общего состояния пациентов проводилась как до, так и после проведенной терапии.

#### **Результаты/обсуждение**

Пациенты обеих групп отметили значительное уменьшение болевой симптоматики и улучшение функционального состояния сустава уже в первые часы после проведения манипуляции. Так, было отмечено снижение показателей визуальной аналоговой шкалы с  $53,96 \pm 13,25$  до  $29,37 \pm 13,86$  мм ( $p < 0,01$ ) и снижение суммарного показателя индекса Лекена с 18 до 12 баллов. Данные показатели сохраняли устойчивые позиции на протяжении недели у 66% исследуемых в первой группе и у 94% пациентов второй. Однако наравне с улучшением показателей были отмечены и нежелательные реакции, такие как повышение АД более чем на 20% у 13 пациентов первой группы и у двух пациентов второй, боли в области сердца, сердцебиение, чувство жара и психоэмоциональное напряжение отметили 8 пациентов первой группы и три пациента во второй.

#### **Выводы/заключение**

Внутрисуставное введение лекарственных средств можно считать одним из приоритетных методов терапии ОА коленных суставов лиц пожилого и старческого возраста. Препаратом выбора при этом является ксефокам (лорноксикам) который приносит значительное облегчение пациентам при минимальном ухудшении показателей сопутствующей кардиоваскулярной патологии.

## **ПОРАЖЕНИЕ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ**

**Хан Т.А., Юлчиева К.К., Тураева Ф.Б.,**

**Матчанов С.Х., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.**

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

#### **Введение/цель**

Среди наиболее «ранних» маркеров субклинически текущего атеросклероза у больных системной красной волчанкой (СКВ) рассматривается увеличение толщины комплекса интима–медиа (КИМ) сонных артерий. Цель – изучить особенности поражения экстракраниальных сосудов при СКВ.

#### **Материал и методы**

Исследовано 88 женщин с диагнозом СКВ в возрасте от 18 до 58 лет (в среднем  $35,6 \pm 0,7$  года), с длительностью заболевания от 1 до 552 мес (в среднем  $132,9 \pm 7,7$  мес). Контрольная группа ( $n=65$ ) состояла из практически здоровых лиц. Подбор контрольной группы осуществлялся по принципу «случай–контроль» в соответствии с возрастом. Атеросклеротическое поражение сосудов выявляли с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) сонных артерий. Определяли толщину КИМ сонных артерий (мм) в трех точках: 1-я точка – общая сонная артерия, 10 мм до луковицы; 2-я точка – 5–10 мм краниальнее от начала луковицы; 3-я точка – внутренняя сонная артерия, 1 мм после разветвления с двух сторон. Атеросклеротическое поражение сосудов оценивали по значению КИМ в виде утолщения КИМ (от 0,9 до 1,2 мм) и обнаружению атеросклеротической бляшки (АТБ; локальное увеличение толщины КИМ  $> 1,2$  мм).

#### **Результаты/обсуждение**

По данным УЗИ атеросклеротическое поражение сонных артерий определялось у 38 из 88 (43,1%) больных СКВ, при этом утолщение КИМ – у 17 (19,3%), АТБ – у 21 (23,8%) пациентов. Анализ результатов показал, что АТБ, сочетание утолщения КИМ и АТБ встречались достоверно чаще у пациентов с СКВ, чем в контрольной группе; риск развития атеросклеротического поражения сонных артерий составил 1,47 (95% ДИ 1,03–2,10), относительный риск возникновения АТБ – 5,22 (95% ДИ 1,95–13,99;  $p < 0,05$ ).

#### **Выводы/заключение**

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

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ**

**Харисов Ж.Р., Агажонов О.Ж.,**

**Матчанов С.Х., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.**

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

#### **Введение/цель**

Согласно современным представлениям к реактивным артритам (РеА) относятся асептические артриты, развившиеся в тесной хронологической связи с какой-либо перенесенной инфекцией. Полиморфизм клинической картины и многообразие заболеваний, сопровождающихся суставным синдромом, требуют серьезного отношения к данной проблеме. Нередко РеА приобретает хроническое течение и приводит к ранней инвалидизации, трансформируясь в болезнь Бехтерева.

#### **Материал и методы**

Исследование проводилось на базе ревматологического центра клиники Ташкентской медицинской академии. Было обследовано 25 больных, страдающих РеА, в возрасте от 22 до 45 лет. Из них мужчин было 17 (68%), а женщин – 8 (32%). У 14 (56%) больных имело место подострое течение заболевания, у 7 (28%) – острое течение, а у 4 (16%) больных – хроническое течение заболевания.

#### **Результаты/обсуждение**

По данным наших наблюдений, у большинства больных заболевание началось с повышения температуры тела, симптомов интоксикации, ограничения движений в суставе, его резкой болезненности, отека и гиперемии. У 6 (24%) больных сначала отмечалась невыраженная сглаженность контуров сустава с последующим нарастанием экссудативного компонента и усилением болевой реакции. При этом у 7 (28%) пациентов суставной синдром протекал по типу моноартикулярного поражения, у 14 (56%) – по типу олигоартрита и у 4 (16%) – по типу полиартрита. В 32% случаев (8 больных) отмечалось поражение коленных суставов, в 40% (10 человек) – голеностопного сустава и в 24% (24 больных) – поражение предплюсневых сочленений и мелких суставов стопы. Поражение суставов верхней конечности наблюдалось всего лишь у 1 (4%) больного. Артрит сопровождался ахиллитом и энтезопатиями в 76% случаев (19 человек). У 6 (24%) больных была выявлена гипермобильность суставов. В анамнезе имелись указания на неблаго-

приятный преморбидный фон: частые ОРЗ — у 5 (20%) больных, хронические очаги инфекции — у 7 (28%), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта — у 4 (16%), аллергические реакции — у 4 (16%), заболевания мочеполовой системы — у 5 (20%).

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, установленные характерные особенности течения суставного синдрома при РеА необходимо учитывать при диагностировании данного состояния. Считаем, что это улучшит раннюю диагностику и лечение, повысит эффективность терапии и увеличит количество благоприятных исходов.

## **ПРИМЕНЕНИЕ РИТУКСИМАБА ПРИ АНТИСИНТЕТАЗНОМ СИНДРОМЕ**

Хелковская-Сергеева А.Н.<sup>1</sup>, Антелава О.А.<sup>2</sup>,  
Олюнин Ю.А.<sup>1</sup>, Тарасова Г.М.<sup>1</sup>, Лопатина Н.Е.<sup>1</sup>,  
Пальшина С.Г.<sup>1</sup>, Сажина Е.Г.<sup>1</sup>, Никонорова Н.О.<sup>1</sup>,  
Конева О.А.<sup>1</sup>, Александрова Е.Н.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва, Россия

#### **Введение/цель**

Оценить эффективность и переносимость ритуксимаба (РТМ) при антисинтеазном синдроме (АСС).

#### **Материал и методы**

В исследование включались больные с АСС, госпитализированные в ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН. Обследование включало мануальное мышечное тестирование (ММТ), оценку одышки по NYHA, определение уровня креатинфосфокиназы (КФК) и антител к Jo-1 (а-Jo-1), исследование форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и диффузионной способности легких (ДСЛ), компьютерную томографию органов грудной клетки (КТ ОГК).

#### **Результаты/обсуждение**

Включено 18 пациентов с АСС (16 женщин и 2 мужчины), с медианой возраста 50 [45; 56] лет и медианой длительности болезни 24 [7; 108] мес. У 14 пациентов исходно отмечалось снижение мышечной силы, у 17 — одышка I–II класса по NYHA, 11 были позитивны по а-Jo-1, у 8 отмечалось повышение уровня КФК. КТ ОГК демонстрировала наличие признаков интерстициального поражения легких (ИПЛ; включая феномен матового стекла) у всех больных. Снижение ФЖЕЛ < 80 было выявлено у 9, ДСЛ < 80 — у 16 пациентов. Все больные получали глюкокортикоиды (ГК) по 10–90 мг/сут в пересчете на преднизолон, пятеро — циклофосфамид 600–2000 мг в месяц, двое — микофенолата мофетил 2 г/сут. Пять пациентов получили две инфузии РТМ по 1000 мг, 12 — две инфузии по 500 мг и один — 1000 и 500 мг в 0-й и 14-й дни. У 6 больных проведено от одного до пяти повторных курсов РТМ. Через 6 мес после первой инфузии РТМ мышечная сила нормализовалась у пяти и увеличилась у трех пациентов, у всех больных уменьшилась одышка и нормализовался уровень КФК. У 7 больных отмечено увеличение ФЖЕЛ > 10% и у 6 — нарастание ДСЛ > 10%. В остальных случаях функциональные легочные тесты оставались стабильными. Через 6–12 мес уменьшение зон матового стекла по данным КТ ОГК наблюдалось у 6 больных, у пяти изменения оста-

вались стабильными, у двух отмечалось ухудшение. Двенадцати больным удалось снизить дозу ГК. После лечения РТМ у 5 больных наблюдалось 6 случаев тяжелых инфекций (4 — пневмонии, 1 — кандидоз и 1 — сепсис с менингитом). Двое из этих пациентов погибли. Все эти пациенты получали высокие и средние дозы ГК. В 6 случаях имели место инфекции средней степени тяжести (1 — синусит, 1 — панариций, 3 — мочевые инфекции и 1 — герпес).

#### **Выводы/заключение**

У значительной части больных с АСС РТМ позволяет эффективно контролировать течение ИПЛ. Высокая активность заболевания, высокие и средние дозы ГК, а также тяжелое ИПЛ могут быть предикторами развития серьезных инфекционных осложнений у пациентов, получавших РТМ.

## **ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

Хестанова М.С.<sup>1</sup>, Тотров И.Н.<sup>1,2</sup>,  
Хетагурова З.В.<sup>1,2</sup>, Амбалова С.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Владикавказ, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУН «Институт биомедицинских исследований»

Владикавказского научного центра РАН

и Правительства РСО-Алания, Владикавказ, Россия

#### **Введение/цель**

Особое внимание исследователей в последние годы привлекает вторичный остеопороз (ОП). Цель — изучение состояния костной ткани у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ) с проявлениями хронической сердечной недостаточности (ХСН).

#### **Материал и методы**

Обследовано 114 больных (средний возраст 67,79±1,05 года), из которых мужчин — 59 (средний возраст 66,78±1,43 года), женщин — 55 (средний возраст 68,89±1,54 года). ХСН ПА стадии выявлена у 78 человек, ХСН ПБ стадии — у 36. Контрольную группу (КГ) составили 34 практически здоровых человека, идентичных по полу и возрасту, средний возраст 64,56±1,72 года. Мужчин — 16 (средний возраст 65,42±2,04 года), женщин — 18 (средний возраст 63,75±2,79 года). Изучение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у всех обследованных было проведено с помощью DXA на аппарате GeLunar (США) с учетом минимальной величины Т-критерия.

#### **Результаты/обсуждение**

У 45 (39,5%) больных с ХСН в области шейки бедра данные МПКТ оказались в пределах нормы, остеопения — у 49 (43%) больных, ОП — у 20 (17,5%). В области Варда нормальные показатели МПКТ выявлены у 41 (36%) больного, остеопения — у 41 (36%), ОП — у 32 (28%). В вертеле нормальные показатели МПКТ выявлены у 83 (72,8%) больных, остеопения — у 24 (21,1%), ОП — у 7 (6,1%). В L<sub>I-IV</sub> нормальные показатели МПКТ выявлены у 49 (43%) больных, остеопения — у 45 (39,5%), ОП — у 20 (17,5%). В КГ остеопения обнаружена в шейке бедра у 7 (20,6%) человек, в области Варда — у 12 (35,3%), в вертеле — у 4 (11,8%), в области L<sub>I-IV</sub> — у 14 (41,2%). ОП в КГ выяв-

лен в шейке бедра у 4 (11,8%) человек, в области Варда — у 4 (11,8%), в вертеле — не выявлен (0%), в области L<sub>I-IV</sub> — у 6 (17,6%) человек. Небезынтересным является факт поражения кортикальной костной ткани в области вертела. В 6,1% случаев обнаружено снижение МПКТ до значений ОП, в то время как в КГ ни у одного человека таких изменений не было выявлено. Остеопения в данной зоне исследования у больных встречается в 2 раза чаще. Такие изменения МПКТ можно трактовать как грубые нарушения состояния костной ткани у больных, обусловленные патологией сердечной-сосудистой системы. Результаты остеоденситометрического исследования в различных зонах скелета показали достоверное снижение МПКТ у больных с ХСН в шейке бедра в сравнении с данными лиц КГ: основная группа (-1,28±0,14), КГ (-0,66±0,23; p<0,05).

#### **Выводы/заключение**

Исследование показало, что у обследованных больных с ИБС в сочетании с ГБ с проявлениями ХСН повышен риск возникновения переломов шейки бедра.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОПОРОЗА И РИСК ОСТЕОПОРЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

Хоранова Т.К.<sup>1</sup>, Болиева Л.З.<sup>2</sup>, Гагагонова Т.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиническая больница ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия», Владикавказ, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению, Владикавказ, Россия

#### **Введение/цель**

Переломы проксимальных отделов бедренной кости являются наиболее серьезным осложнением остеопороза (ОП) и обуславливают высокую стоимость лечения и реабилитации, высокие показатели инвалидизации и смертности. Цель — изучить распространенность ОП и остеопенического синдрома, а также риска развития остеопоретических переломов у жителей республики Северная Осетия-Алания старшей возрастной группы.

#### **Материал и методы**

Проведен ретроспективный анализ распространенности ОП на территории Республики Северная Осетия-Алания по данным официальной статистики и данным ревматологического отделения и консультативной поликлиники Клинической больницы СОГМА за период 2005–2012 гг. Также проведено одномоментное исследование в республике в период с января по декабрь 2012 г. включительно. В исследование включили 345 женщин в возрасте 50 лет и старше (средний возраст обследованных составил 60,5±7,5 года).

#### **Результаты/обсуждение**

Заболеваемость ОП в республике неуклонно растет. Показатель заболеваемости в 2005 г. составил 12 на 100 тыс. населения, в 2012 г. — 44,6. Истинная распространенность значительно превышает данные о заболеваемости по обращаемости в медицинские учреждения. За 2012 г. зафиксировано 212 больных с переломом шейки бедра. Снижение минеральной плотности костной ткани поясничного отдела позвоночника и проксимальных отделов бедренной кости в группе исследуемых выявлено у 47,5%. ОП выявлен

в 40% случаев, при этом у каждого пятого пациента — тяжелая форма ОП. У женщин в возрастной подгруппе 50–59 лет распространенность ОП составила 8,0%, с возрастом же частота встречаемости ОП увеличилась более чем в 3 раза. ОП достоверно чаще выявлялся у лиц, имеющих более низкую массу тела. Клинические факторы риска ОП выявлены у 92,6% обследованных лиц. Объем специализированной медицинской помощи для сельских жителей и в меньшей степени для городских недостаточен, что приводит к поздней диагностике заболеваний опорно-двигательного аппарата и к несвоевременному лечению. Отмечается низкая приверженность пациентов патогенетическому лечению ОП: только 18% начинают рекомендованное лечение, 26% прекращают его в первые 3–6 мес от начала приема медикаментов, лишь 38% выполняют назначения регулярно. Пациентам с малотравматичными переломами не назначается антиостеопоретическая терапия для предупреждения повторных переломов.

#### **Выводы/заключение**

ОП широко распространен на территории Республики Северная Осетия-Алания. Заболеваемость ОП в республике неуклонно растет. Истинная распространенность превышает данные официальной статистики.

## **СТРУКТУРА БОЛЕЗНЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

Хоранова Т.К.<sup>1</sup>, Болиева Л.З.<sup>2</sup>, Гагагонова Т.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиническая больница ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия», Владикавказ, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению, Владикавказ, Россия

#### **Введение/цель**

Оценить структуру болезней костно-мышечной системы (БКМС) в Республике Северная Осетия-Алания (РСО-Алания) по результатам работы ревматологического центра, консультативного отделения КБ СОГМА и данным официальной статистики отчетной формы №12 Минздрава России.

#### **Материал и методы**

Проведен ретроспективный анализ заболеваемости БКМС взрослого населения на территории РСО-Алания по результатам работы ревматологического отделения, консультативной поликлиники Клинической больницы СОГМА и данным официальной статистики за последние 15 лет (1998–2012).

#### **Результаты/обсуждение**

В структуре общей заболеваемости по обращаемости по всем классам болезней БКМС в 2012 г. занимают четвертое место, общее число их составило 33 088, удельный вес — 6,4%. За 2012 г. в РСО-Алания впервые выявлено 19 953 случая БКМС по данным официальной статистики среди взрослого населения, что составило заболеваемость 3635,5. В структуре БКМС преобладают дегенеративные заболевания, и прежде всего остеоартроз (ОА; 39%). За 10 лет количество больных с зарегистрированным диагнозом ОА выросло с 6088 до 10 669. Показатель заболеваемости ОА вырос за этот период с 1184 до 1944 на 100 тыс.



населения. По уровню госпитализации по ведущим классам заболеваний в РСО-Алания БКМС находятся на шестом месте и составляют 5,6% от всех случаев госпитализаций. За 2012 г. в Клиническую больницу СОГМА всего госпитализировано 6392 пациента, из них 1305 – в отделение ревматологии, что составило 21% всех госпитализированных. Количество инвалидов по причине БКМС в РСО-Алания неуклонно растет, что, несомненно, имеет высокую медико-социальную и экономическую значимость. В структуре инвалидности населения республики БКМС занимают второе место.

#### **Выводы/заключение**

БКМС распространены на территории РСО-Алания. Заболеваемость их неуклонно растет. Истинная распространенность превышает данные официальной статистики.

## **СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ**

**Храмов А.Э., Макаров М.А.,**

**Бялик Е.И., Макаров С.А., Павлов В.П.**

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

#### **Введение/цель**

Риск инфекционных осложнений после эндопротезирования крупных суставов у больных ревматическими заболеваниями (РЗ) в 2–7 раз выше, чем у больных остеоартрозом. Это обусловлено характером течения основного воспалительного заболевания и медикаментозного лечения с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикоидов, базисных противовоспалительных и генно-инженерных биологических препаратов, которые обладают иммуносупрессивным действием, снижают заживляемость тканей и повышают риск инфекционных осложнений. Поздняя диагностика может повлечь за собой генерализацию инфекции с возможным развитием сепсиса и даже летального исхода. Цель – определить современные критерии диагностики перипротезной инфекции при эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов у больных РЗ.

#### **Материал и методы**

За период 2009–2013 гг. в отделении ревмоортопедии произведены 654 операции эндопротезирования коленного и 549 – тазобедренного сустава. Для ранней диагностики перипротезной инфекции применялись критерии, разработанные в 2013 г. международным консенсусом. Диагноз перипротезной инфекции считался определенным при наличии следующих критериев: 1) свищевой ход, соединяющийся с протезом, или 2) возбудитель, выделенный из двух раздельно взятых образцов тканей или синовиальной жидкости из области пораженного протезированного сустава, или 3) имеется 4 из 6 следующих критериев: повышение уровня СОЭ >30 мм/ч либо сывороточного содержания СРБ >10 мг/л; лейкоцитоз в синовиальной жидкости (СЖ); повышенное содержание нейтрофилов

в СЖ; наличие гноя в пораженном суставе; выделение возбудителя из одного образца перипротезной ткани или СЖ; при гистологическом исследовании перипротезной ткани – не менее 5 нейтрофилов в каждом из 5 полей зрения при большом увеличении микроскопа (×400).

#### **Результаты/обсуждение**

Перипротезная инфекция развилась у 12 (3,63%) больных при эндопротезировании коленного и у 8 (2,95%) больных после эндопротезирования тазобедренного сустава. У 11 больных была ранняя, у 6 – отсроченная и у 3 – поздняя форма перипротезной инфекции. У больных РЗ классические клинические и лабораторные признаки инфекции зачастую бывают нечетко выражены. Наиболее частыми признаками были боль в суставе (67%), локальные воспалительные симптомы (63%), лихорадка (46%), гнойное отделяемое (59%), свищ (33%), поверхностные инфекции кожи (23%).

#### **Выводы/заключение**

Практическое использование данных критериев позволило у 11 больных выявить раннюю вялотекущую перипротезную инфекцию, произвести раннее хирургическое лечение без удаления эндопротеза и избежать рецидива инфекции у 81,8% больных.

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ**

**Храмов А.Э., Макаров М.А.,**

**Бялик Е.И., Макаров С.А., Павлов В.П.**

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

#### **Введение/цель**

Одним из наиболее грозных осложнений эндопротезирования крупных суставов у больных ревматическими заболеваниями (РЗ) является развитие перипротезной инфекции, прогрессирование которой может привести не только к потере конечности, но и к смерти больного. В то же время ранняя диагностика и адекватная хирургическая помощь позволяют не только купировать инфекционный процесс, но и сохранить имплантированный сустав. Цель – определить тактику лечения перипротезной инфекции при эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов у больных РЗ.

#### **Материал и методы**

За период 2009–2013 гг. в отделении ревмоортопедии произведены 654 операции эндопротезирования коленного и 549 – тазобедренного сустава.

#### **Результаты/обсуждение**

Перипротезная инфекция развилась у 12 (3,63%) больных при эндопротезировании коленного и у 8 (2,95%) больных после эндопротезирования тазобедренного суставов. У 11 больных была ранняя, у 6 – отсроченная, у 3 – поздняя форма перипротезной инфекции. У 11 больных с ранней формой перипротезной инфекции выполнили ревизию сустава/дебридмент с сохранением эндопротеза и заменой полиэтиленовых вкладышей и головок эндопротеза тазобедренного сустава. Операции завершали оставле-

нием в ране коллагеновых гемобиотиков и дренированием. Назначали общую антибактериальную терапию сроком на 4–6 нед. В 9 случаях рецидива инфекции не наблюдали. У двух пациентов выполнены повторные хирургические вмешательства с установкой аспирационно-промывных систем. У 9 больных с отсроченной или поздней перипротезной инфекцией выполнили следующие операции: в двух случаях при стабильных компонентах эндопротеза, точно верифицированной низковирулентной микрофлоре, чувствительной к определенным антибиотикам, выполнили одномоментную ревизию (эндопротез был удален и установлен новый). Обязательным было использование цемента с антибиотиком, коллагеновых гемобиотиков и системной антибактериальной терапии в течение 6 нед. У остальных 7 больных с нестабильными компонентами эндопротезов выполнили двухэтапную ревизию. Первый этап: удаление эндопротеза и установка спейсера с антибиотиком, через 6–12 нед после заживления послеоперационной раны у 6 больных был выполнен второй этап: удаление спейсера и установка нового эндопротеза. У одной пациентки после первого этапа развилась генерализация инфекции, с учетом преклонного возраста и сопутствующих заболеваний большой выполнена ампутация с последующим экзопротезированием.

#### **Выводы/заключение**

Вышеописанная тактика лечения перипротезной инфекции оказалась эффективной и позволила избежать рецидивов инфекции в сроки наблюдения 1–5 лет у 70% больных.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИПРОТЕЗНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Храмов А.Э., Макаров М.А., Макаров С.А., Вардикова Г.Н., Павлов В.П., Амирджанова В.Н.**  
*ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия*

#### **Введение/цель**

Оперативное лечение пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) связано с повышением риска осложнений, которые обусловлены наличием воспалительного процесса, сниженной физической активностью, тяжестью функциональных нарушений, длительной терапией глюкокортикоидами, базисными противовоспалительными и генно-инженерными биологическими препаратами, остеопорозом. Все это способствует повышению риска интраоперационных осложнений, в том числе и перипротезных переломов. Цель – провести сравнительный анализ перипротезных переломов при эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов у пациентов с РЗ.

#### **Материал и методы**

У 1475 пациентов с РЗ в период с 1998 по 2013 г. были выполнены 2038 операций эндопротезирования тазобедренных (n=1195) и коленных (n=843) суставов. Остеоартроз (ОА) был у 799 больных, ревматоидный артрит (РА) – у 913, ювенильный РА (ЮРА) – у 206, системная красная волчанка (СКВ) – у 120.

#### **Результаты/обсуждение**

Всего диагностировано 63 (3,09%) перипротезных переломов: при эндопротезировании тазобедренного сустава – 54 (4,52%), из них 19 (4,9%) у пациентов с РА; 13 (8,9%) у пациентов с ЮРА; 6 (6,38%) у пациентов с СКВ и 15 (2,64%) у пациентов с ОА (3,16%). Перипротезные переломы при эндопротезировании коленного сустава составили 10 (1,19%), из них 6 (1,14%) у пациентов с РА; 3 (5%) у пациентов с ЮРА; 0 у пациентов с СКВ и 1 (0,43%) у пациентов с ОА. Пяти больным с осложнениями перипротезных переломов после эндопротезирования тазобедренного сустава было произведено 8 ревизий эндопротезов. Выявлено достоверно большее число осложнений перипротезных переломов в группе больных ЮРА (p<0,005).

#### **Выводы/заключение**

Оперативное лечение пациентов с РЗ требует особого подхода с грамотным медикаментозным ведением пациента ревматологом совместно с травматологом-ортопедом и бережного обращения с костью и окружающими тканями во время операции.

## **СТРУКТУРА СУСТАВНО-МЫШЕЧНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ, ПРИНИМАЮЩИХ СТАТИНЫ**

**Храмцова Н.А.<sup>1,2</sup>, Рачинская З.Ю.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>ОГАЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр», Иркутск, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup>НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский ОАО «РЖД»», Иркутск, Россия

#### **Введение/цель**

Боли в суставах и мышцах относятся к частым и достаточно неспецифическим жалобам. Как известно, прием статинов может сопровождаться развитием миопатии со значительным повышением уровня креатинфосфокиназы (КФК). Цель – изучение структуры суставно-мышечного синдрома у больных, принимающих статины.

#### **Материал и методы**

Включено 70 пациентов (средний возраст 56 [45; 65] лет), принимающих статины продолжительностью в среднем 7 [1; 11] мес, обратившихся к ревматологу с жалобами на боли в суставах и мышцах. Всем пациентам проводилась оценка общеклинических лабораторных показателей, уровня С-реактивного белка, КФК и тиреотропного гормона. Из числа больных, предъявляющих жалобы на суставно-мышечные боли, симвастатин принимали 22 (31,4%) человека (средняя доза 11,8±1,5 мг), аторвастатин – 38 (54,3%) человек (средняя доза 18,3±1,6 мг), розувастатин – 10 (14,3%) человек (все принимали по 10 мг).

#### **Результаты/обсуждение**

Среди пациентов, принимающих статины, в большинстве случаев (48 человек, 68,6%) причиной обращения к ревматологу послужили проявления дегенеративных заболеваний суставов и позвоночника: мышечно-тонические боли в спине – 16 (33,4%), синовиты и периартриты коленных суставов при остеоартрозе коленных суставов – 22 (45,8%) и вертельные бурситы – 10 (20,8%). У трети пациентов (21 человек, 30%) болевой синдром был обуслов-

лен субакромиальным синдромом – 16 (22,9%), эпикондилитами локтевых суставов – 5 (7,4%). У одной из обратившихся пациенток в возрасте 65 лет была впервые диагностирована ревматическая полимиалгия, с купированием болевого синдрома после назначения преднизолона, что не потребовало отмены статинов. Повышения уровня КФК не зафиксировано ни в одном случае обращения. Средние значения КФК составили  $132 \pm 3,7$  мкмоль/л. Среди всех обследованных пациентов у 2 (2,9%) был диагностирован манифестный гипотиреоз как возможная причина миалгического синдрома.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, не установлено причинно-следственных взаимосвязей между приемом статинов и суставно-мышечными синдромами.

## **АЛЬБУМИНУРИЯ КАК ПРЕДИКТОР КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

Храмцова Н.А.<sup>1,2</sup>, Баканач Е.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ОГАУЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр», Иркутск, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup>НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский ОАО «РЖД», Иркутск, Россия

#### **Введение/цель**

В клинической практике альбуминурия, как известно, считается не только ранним маркером поражения почек и проявлением дисфункции эндотелия клубочков, но и предиктором кардиоваскулярных осложнений. Цель – изучение частоты и клинических ассоциаций альбуминурии у пациентов, страдающих ревматоидным артритом (РА).

#### **Материал и методы**

Обследовано 257 пациентов, страдающих РА, из репрезентативной выборки Иркутска. Оценивали содержание альбумина в утренней порции мочи (нефелометрический метод, Agra-360, Beckman/Coulter, США) и соотношение альбумин/креатинин мочи. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и ЭКГ проводилось с использованием бифункциональных мониторов Cardio Tens – 01 и Meditech card(x)plore (Венгрия).

#### **Результаты/обсуждение**

Частота альбуминурии у больных РА составила 15,2%. С установленной альбуминурией оказались больные в возрасте старше 60 лет (средний возраст  $61,8 \pm 3,4$  года), с продолжительностью РА свыше 15 лет ( $16,4 \pm 2,5$  года) и высокой активностью заболевания по DAS28 ( $5,9 \pm 0,9$ ). У 70% женщин и 86% мужчин с альбуминурией установлена артериальная гипертензия (АГ), причем более чем у 45% это вариант изолированной систолической АГ с высокими показателями пульсового давления. Отмечена положительная корреляционная зависимость уровня альбуминурии с пульсовым АД по СМАД ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ). У пациентов с РА с альбуминурией частота АГ (по данным СМАД) составила 71% против 22% ( $p<0,01$ ). Почти у половины больных с микроальбуминурией по результатам СМАД установлены патологические величины суточного индекса АД, с преобладающим типом нон-диппер, кото-

рый характеризуется недостаточным снижением АД в ночные часы. Так, число нон-дипперов достоверно преобладало в группе с альбуминурией: 52,8% против 24,1% ( $p<0,01$ ). Альбуминурия у больных, страдающих РА, ассоциировалась также с повышенным индексом коморбидности ( $7,5 \pm 1,5$ ), нарушением углеводного обмена, избыточной массой тела и абдоминальным ожирением, а также в высоком проценте случаев с атерогенными дислипидемиями.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, альбуминурия у больных РА является маркером высокого кардиоваскулярного риска, что необходимо учитывать в общеклинической практике.

## **РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДОВ ГЛАЗНОГО ДНА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

Храмцова Н.А.<sup>1,2</sup>, Баканач Е.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ОГАУЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр», Иркутск, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup>НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский ОАО «РЖД», Иркутск, Россия

#### **Введение/цель**

При всех системных заболеваниях соединительной ткани широко обсуждаются механизмы ремоделирования сосудов в условиях хронического воспаления. Цель – изучить состояние сосудов глазного дна у больных ревматоидным артритом (РА) в зависимости от активности воспаления и артериальной гипертензии (АГ).

#### **Материал и методы**

Обследовано 100 пациентов, страдающих РА (средний возраст  $51,3 \pm 7,3$  года). Микроархитектоника сосудов сетчатки оценивалась методом прямой офтальмоскопии с ретинофотографией (фундус-камера Canon CF-60UV). Полученные фотографии подвергались дальнейшему анализу в цифровом формате с помощью графических редакторов Adobe Photoshop CS и Corel Draw 11. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (Cardio Tens – 01 и Meditech card(x)plore, Венгрия).

#### **Результаты/обсуждение**

Эквивалентный размер центральной артерии (CREA) у больных РА составил  $162,1 [152; 180]$  мкм; 1-й квартиль суженных артериол (CREA) –  $145,0 [135; 149]$ ; эквивалентный диаметр вен сетчатки (CRVE) –  $202,3 [188; 230]$  мкм; 4-й квартиль расширенных венул (CRVE) –  $233,5 [230; 249]$ ; отношение CREA/CRVE (a/v)  $0,81 [0,7; 0,9]$ ; 1-й квартиль генерализованного сужения артериол (a/v) –  $0,7 [0,65; 0,74]$ ; частота фокального сужения артериол – 9%. Артериоловенулярные перекресты встречались в 15% случаев. Угол бифуркации артериол составил  $73,9 [71; 80]^\circ$ ; угол бифуркации венул –  $74,0 [73; 80]^\circ$ ; средняя длина сегмента артериол –  $3010 [(2850; 3432)]$  мкм; средняя длина сегмента венул –  $3217 [2960; 3408]$  мкм; относительный диаметр артериол  $37,5 [30; 46]$  у. е.; относительный диаметр венул  $33,2 [26; 38]$  у. е. У пациентов с РА в сочетании с АГ значения CRVE составили  $212,2 [190; 232]$  мкм, у лиц без АГ –  $206,1 [188; 230]$  ( $p<0,05$ ); показатели изви-

тости артериол – 0,03 [0,01; 0,04] и 0,016 [0,01; 0,04] ( $p < 0,05$ ); значения извитости венул соответственно составили 0,03 [0,01; 0,04] против 0,02 [0,01; 0,04] ( $p < 0,05$ ). Морфофункциональные характеристики сосудов глазного дна у больных РА без АГ и высокой активности воспаления были сопоставимы с контролем.

#### **Выводы/заключение**

Параметры сосудистого ремоделирования у больных РА в сочетании с АГ соответствовали картине гипертонической ангиопатии с более выраженными изменениями посткапиллярного звена микроциркуляции сетчатки. При этом достоверно более интенсивная извитость артериол у больных с АГ и высокой активностью воспаления при РА не исключала вероятности васкулита.

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОЙКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА РЕВМАТОИДНОЙ СТОПЫ**

**Хренников Я.Б., Павлов В.П.**

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

#### **Введение/цель**

Изучить целесообразность дифференцированного хирургического лечения стойких деформаций переднего отдела ревматоидной стопы и в зависимости от степени их выраженности с использованием а) стандартного и б) модернизированного вариантов глобальной реконструктивной операции (СГРО, МГРО).

#### **Материал и методы**

Исследованы 86 пациентов с ревматоидным артритом (РА), 84 женщины и 2 мужчины, возраст  $53,8 \pm 9,5$  года (от 18 до 75 лет), 80 – серопозитивные, 6 – серонегативные, минимальная активность у 72 больных, средняя – у 14. II стадия РА – 31,4%, III – 62,8%, IV – 5,8%. Функциональный класс (ФК) I и II – 52,3и 47,7% соответственно. У всех пациентов отмечена типичная деформация переднего отдела стопы – *digitis V rheumaticus* (DVR): Hallux valgus, подвывихи II–V плюснефаланговых суставов (ПлФС), наличие молоточкообразной деформации и латерализации II–V пальцев, а также варусная установка V пальца. DVR подразделялась на три степени выраженности по клинко-рентгенологическим признакам. Для хирургического лечения III степени DVR использовалась стандартная ГРО (СГРО), включавшая артродез I ПлФС, резекционную артропластику II–V ПлФС. Модернизированный вариант ГРО (МГРО) включал артродез I ПлФС, Вейл-остеотомию (суставосберегающая операция) головок II–V ПлФС и применялся для хирургического лечения I–II степени DVR. Для оценки отдаленных результатов хирургического лечения использована шкала AOFAS в баллах отдельно для I пальца и II–V пальцев, а также визуальная аналоговая шкала (ВАШ, мм) и HAQ до и через 2,5 года (1–4 года) после операции.

#### **Результаты/обсуждение**

AOFAS – I палец до/после: а) 35,51/82,32; б) 39,93/82,26 балла. II–V пальцев: а) 28,4/66,9; б) 28,5/87,31 балла ( $p < 0,01$ ). Болевой синдром: а) 69/22 мм, б) 66/11 мм ( $p < 0,05$ ). HAQ: а) 2,5/1,9; б) 2,5/1,6 ( $p < 0,05$ ).

#### **Выводы/заключение**

Целесообразность дифференцированного хирургического лечения с использованием СГРО и МГРО типичных деформаций переднего отдела ревматоидной стопы – DVR в зависимости от степени их выраженности доказана в сравнительном аспекте достоверными показателями AOFAS, ВАШ и HAQ до и через 2,5 года после операции.

## **ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ДЕБЮТА И ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

**Хрипунова И.Г.<sup>1</sup>, Хрипунова А.А.<sup>1</sup>, Мнацаканян С.Г.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия;*

*<sup>2</sup>МБУЗ «2-я клиническая больница», Ставрополь, Россия*

#### **Введение/цель**

Основной целью фармакотерапии ревматоидного артрита (РА) является достижение ремиссии заболевания, для чего помимо базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) в настоящее время часто используют генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). Представляло интерес изучение эффективности ГИБП при различных вариантах дебюта РА.

#### **Материал и методы**

В течение 3 лет под нашим наблюдением было 25 больных РА (23 женщины и 2 мужчины) в возрасте от 18 до 68 лет. У 5 наблюдаемых дебют РА был в возрасте до 16 лет (ювенильный РА – ЮРА, ювенильный хронический артрит – ЮХА). Все пациенты имели серопозитивность по ревматоидному фактору (РФ) и антителам к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП), высокую степень активности процесса ( $DAS28 > 5,7$ ), СРБ ( $> 3$  норм), развернутую стадию (с длительностью заболевания  $> 5$  лет), рентгенологически – эрозивный артрит II–III ст., прогрессирующее течение. При недостаточной эффективности БПВП всем наблюдаемым к лечению был добавлен ингибитор фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ) инфликсимаб (ИНФ).

#### **Результаты/обсуждение**

ИНФ назначался в соответствии с инструкцией, по стандартной схеме введения, в дозе 3 мг/кг. Вначале на фоне лечения у всех наблюдаемых была позитивная реакция на введение ИНФ: снизилась активность процесса по DAS28 до  $2,9 \pm 0,65$ ; уменьшились число болезненных и воспаленных суставов, общая скованность и другие проявления интоксикации, увеличился объем движений в суставах. Однако через 12 мес указанные позитивные эффекты сохранились только у 5 больных ЮРА. У 19 пациентов в связи с ускользанием эффекта ИНФ и усилением активности процесса ( $DAS28 = 4,6 \pm 0,7$ ) возникла необходимость перевода на ГИБП с другими механизмами действия: 15 больным был назначен анти-В-клеточный препарат ритуксимаб (РТМ); 4 пациентам – блокатор костимуляции Т-лимфоцитов абатацепт (АБЦ); одному человеку – блокатор рецепторов интерлейкина 6 тоцилизумаб (ТЦЗ). После перевода на другие ГИБП течение заболевания у наблюдаемых пациентов стабилизировалось, активность процесса вновь снизилась. У двух пациентов с ЮРА через 24 мес лечения ИНФ также отмечено уменьшение эффективности препара-

рата, в связи с чем они были переведены на введение другого ингибитора ФНО $\alpha$ : один на АДА, другой – на этанерцепт (ЭТЦ) с позитивным последующим результатом.

#### **Выводы/заключение**

При дебюте РА в возрасте до 16 лет (ЮРА, ЮХА), позитивности по РФ, АЦЦП и HLA-B27 хороший эффект отмечен у препаратов группы ингибиторов ФНО $\alpha$  (ИНФ, АДА, ЭТЦ). При дебюте заболевания в возрасте >18 лет в подавляющем числе случаев требовался перевод на ГИБП с другими механизмами действия (РТМ, АБЦ, ТЦЗ). Таким образом, при первоначальном выборе ГИБП у пациентов с РА необходимо учитывать также вариант дебюта заболевания.

## **ОСОБЕННОСТИ ХОНДРОПАТИИ (ПО ДАННЫМ АРТРОСКОПИИ) У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

Цветкова Е.С., Ионищенок Н.Г.,

Олюнин Ю.А., Денисов Л.Н., Насонов Е.Л.

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

#### **Введение/цель**

Оценить степень хондропатии и частоту синовита у больных остеоартрозом коленных суставов (ОАКС) по данным артроскопии.

#### **Материал и методы**

У больных ОАКС I–III стадиями по Kellgren–Lawrence проведена оценка хондропатии по X. Ayrar и соавт. в 6 зонах (надколенник, межмышечковая зона, медиальная и латеральная мышцы бедренной кости, медиальное и латеральное плато большеберцовой кости). Глубина поражения анализировалась по классификации G. Veguin и B. Locker с выделением 4 степеней поражения хряща – от нулевой (нормальный хрящ) до IV (обнаженная субхондральная кость). Суммарно хондропатия оценивалась на диаграмме, в процентах от общей суставной поверхности. Локализация, глубина и размер повреждений рассчитывались по SFA-системе подсчета для каждого отдела сустава (переменная со значениями от 0 до 100, получаемая по формуле: SFA-счет = A+B+C+D, с постоянным коэффициентом тяжести хондропатии: 0,14; 0,43; 0,65; 1,0).

#### **Результаты/обсуждение**

Патологические изменения хряща наиболее часто выявлены в области надколенника, тролеарной области и медиального мышечка бедренной кости. Разволокнение хряща (I ст. хондропатии) отмечено во всех специализируемых зонах коленного сустава. Поверхностные трещины сопоставимо часто выявлены в области медиального мышечка бедренной кости, надколенника и тролеарной области. Эрозии наиболее часто выявлены в области медиального мышечка бедренной кости (84%). Глубокие эрозии с обнажением субхондральной кости отмечены преимущественно (17%) в области надколенника и медиального мышечка бедренной кости. Корреляции между рентгенологической стадией ОАКС и артроскопическими изменениями не выявлено. У пациентов с I стадией по Kellgren–Lawrence, наряду с разволокнением суставного хряща (25%), отмечены поверхностные эрозии (75%) и даже глубокие эрозии с обнажением субхондральной кости

(25%), т. е. IV степень хондропатии. Синовит (утолщение и гиперемия синовии, гипертрофия и гиперемия ворсин) при I, II и III стадиях ОАКС выявлены в 50; 50 и 100% случаев соответственно. Суммарный средний SFA-счет хондропатии колебался от 29,42 до 41,03 (95% ДИ) и не совпадал с рентгенологической стадией.

#### **Выводы/заключение**

В различных зонах коленного сустава характер и степень повреждения суставного хряща неоднородны и не коррелируют с рентгенологической стадией.

## **ПОРАЖЕНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПО ДАННЫМ СКРИНИРУЮЩЕГО ОПРОСНИКА PEST (PSORIASIS EPYDEMIOLGY SCREENING TOOL) И РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Чамурлиева М.Н.<sup>1</sup>, Логинова Е.Ю.<sup>2</sup>,

Коротаева Т.В.<sup>2</sup>, Баткаев Э.А.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Факультет повышения квалификации медицинских работников ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия;*

*<sup>2</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия*

#### **Введение/цель**

Изучить клинический спектр поражения костно-суставного аппарата у больных псориазом (Пс).

#### **Материал и методы**

Включено 80 пациентов (35 мужчин и 45 женщин) с Пс, средний возраст 43,06 $\pm$ 1,71 года, площадь Пс (BSA, %) 5,83 $\pm$ 1,63, тяжесть Пс (PASI, баллы) 5,05 $\pm$ 1,23, дерматологический индекс качества жизни (DQLI, баллы) 8,57 $\pm$ 0,94, обратившихся на консультацию к дерматологу и ревматологу. Оценивали наличие Пс ногтей, ответы на 6 вопросов скринирующего опросника PEST (Psoriasis Epydemiology Screening Tool), каждый положительный ответ соответствовал 1 баллу, PEST $\geq$ 3 балла/PEST<3 балла считали ПсА/не-ПсА соответственно. Все больные, независимо от значения PEST, осмотрены ревматологом, проводилось стандартное клинико-инструментальное обследование. Критерии CASPAR считали «золотым стандартом» диагноза псориатического артрита (ПсА). Рассчитывали M $\pm$ m, коэффициент корреляции Пирсона (r), частоту признака оценивали в процентах, статически значимым считали p<0,05.

#### **Результаты/обсуждение**

PEST $\geq$ 3 баллов был у 53 (66,2%) пациентов, по критериям CASPAR ПсА подтвержден у значимо меньшего числа больных – 40 (50%). PEST<3 баллов был у 27 (33,8%) пациентов, из них по критериям CASPAR ПсА установлен у 13 (48,1%). Впервые диагноз ПсА установлен у 38,1%. Из всех обследованных у 50 (63%) выявлен ПсА, у 13 (16%) – другое ревматическое заболевание (P3): дерматомиозит, ревматическая полимиалгия, смешанное заболевание соединительной ткани, остеоартроз, анкилозирующий спондилит, ревматоидный артрит (РА), подагра. У 2 (3%) больных – сочетание двух P3 (РА и подагра), у 15 (19%) P3

не найдено. У 17 (34%) из 50 больных с ПсА средняя длительность болезни была  $5,4 \pm 0,7$  мес, у 15 (30%) –  $20,9 \pm 1,1$  мес, у 10 (20%) –  $32,6 \pm 1,1$  мес, у 8 (16%)  $\geq 3$  лет. Пс ногтей выявлен у 56 (70%) больных, причем значимо у большинства с ПсА – 40 (80%) против 13 (43,3%) пациентов без ПсА. У 50 больных ПсА, средняя BSA –  $8,27 \pm 2,68\%$ , PASI –  $10,02 \pm 2,43$  балла, DQI –  $8,05 \pm 1,19$  балла. У 30 пациентов без ПсА средняя BSA –  $14,38 \pm 6\%$ , PASI –  $17,38 \pm 5,39$  балла, DQI –  $9,9 \pm 1,57$  балла. Значимых различий по этим параметрам между больными с ПсА и без ПсА не выявлено.

#### **Выводы/заключение**

При Пс может наблюдаться любое РЗ, главным образом ПсА, с частым поражением ногтей. Опросник PEST в большинстве случаев выявляет больных ПсА на ранней стадии, однако его изолированного применения недостаточно для установления точного диагноза, и требуется проведение ревматологического клинико-инструментального обследования.

## **НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

**Черемухина Е.О., Алекперов Р.Т.,  
Новикова Д.С., Ананьева Л.П.**

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

#### **Введение/цель**

Изучить распространенность аритмий и нарушений проводимости сердца у больных системной склеродермией (ССД) и сравнить частоту их выявления разными методами исследования.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 80 больных ССД (28 больных с диффузной и 52 – с лимитированной формой) в возрасте 21–80 лет (в среднем  $52 \pm 11,61$  года) и длительностью болезни от 1 года до 36 лет (в среднем  $9,82 \pm 8,67$  года). Всем больным проводили стандартную электрокардиографию (ЭКГ) и 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ).

#### **Результаты/обсуждение**

При стандартной ЭКГ аритмии сердца выявлялись у 14 (17%) больных, в том числе наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭС) у 10 (13%) и желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) у 7 (9%) больных. Нарушения проводимости сердца отмечались у 28 (35%) больных, включая блокаду правой ножки пучка Гиса (НПГ) – у 7 (9%), блокаду левой НПГ – у 16 (20%) и блокаду обеих НПГ – у 5 (6%). Аритмии у больных в возрасте до 50 или старше 50 лет встречались у 10 из 28 (35%) и у 34 из 52 (65%) соответственно ( $p=0,017$ ). Частота нарушений ритма сердца (НРС) в группе больных с длительностью ССД до 5 лет и более 5 лет достоверно не различалась. Различий НРС в зависимости от формы также не выявлено. Корреляции с длительностью, формой и возрастом не зафиксировано. По результатам ХМ-ЭКГ аритмии сердца были выявлены у 77 (96%) больных, в том числе НЖЭС у 74 (93%) больных и ЖЭС у 52 (65%) больных, и это в 7 раз превосходило частоту их выявления с помощью стандартной ЭКГ. ЖЭС высокой

градации согласно классификации Лауна–Вольфа выявлялись у 29 из 80 (36%) больных. Помимо выявленных при ЭКГ нарушений проводимости, при ХМ-ЭКГ наблюдалась атриовентрикулярная блокада 1-й степени у 3 (4%) больных и 2-й степени у 2 (3%) больных. У 21 из 80 (26%) больных имелась ишемическая болезнь сердца (ИБС). Различий частоты аритмий сердца между больными ССД с ИБС и без ИБС не наблюдалось.

#### **Выводы/заключение**

Нарушения ритма сердца, в том числе ЖЭС высокой градации, и нарушения проводимости встречаются у значительной части больных ССД. При ХМ-ЭКГ аритмии сердца у больных ССД выявляются достоверно чаще, по сравнению со стандартной ЭКГ. ХМ-ЭКГ следует включить в число обязательных методов исследования у больных ССД.

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА ИЗМЕНЕНИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ**

**Чернышева Т.В., Клементьева В.И., Ткаченко И.В.**

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, Оренбург, Россия*

#### **Введение/цель**

Проанализировать результаты ультразвукового исследования (УЗИ) коленных суставов у больных остеоартрозом (ОА).

#### **Материал и методы**

За 2013 г. УЗИ коленных суставов было выполнено 265 больным с установленным диагнозом ОА, средний возраст которых составил  $54,1 \pm 11,4$  года (от 22 до 84 лет). Мужчин было 57 (21,5%) человек, женщин – 208 (78,5%). Большинство пациентов (50,9%) имели I рентгенологическую стадию, 34,7% – II, 14% – III и один больной – IV стадию. У 32,1% больных выраженность ОА в коленных суставах была асимметричной. У всех больных был исключен вторичный характер ОА.

#### **Результаты/обсуждение**

По данным УЗИ синовит коленных суставов был диагностирован у 87,9% больных, при этом в 70,8% случаев воспалительный процесс имелся в обоих суставах, но объем выпота носил асимметричный характер. Синовит только одного сустава встречался редко (10%). Периартрит в виде тендинитов был диагностирован у 25,7% больных и всегда носил асимметричный характер. При сонографии хорошо визуализируется остеофитоз. Данные нашего исследования по размерам этих образований были сопоставимы с результатами рентгенологического обследования. Кисты Бейкера диагностированы у 34,7% пациентов, и в 1/3 случаев они визуализировались в обоих суставах. «Суставные мышцы», представляющие собой крупные осколки хрящевого дегрита, визуализировались редко (6%) и всегда сопровождалась характерной клинической картиной. Дегенеративные изменения в менисках были выявлены в 20,4% случаев. Имелась взаимосвязь между возрастом больных, рентгенологической стадией ОА ( $r=0,44$ ;  $p<0,05$ ) и дегенеративным процессом в менисках ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ). Рентгенологическая стадия коррелировала с наличием синовита ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ). Наличие кист Бейкера было связано с выраженностью синовита ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ) и сопровождалось, как правило, периартритом ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ). Пе-

риартрит чаще выявлялся при асимметричности стадии ОА в коленных суставах ( $r=0,48$ ;  $p<0,05$ ).

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, наиболее часто по данным УЗИ воспалительный процесс при гонартрозе представлен синовитом. Периартрит выявляется только в 25% случаев и носит асимметричный характер. В 1/3 случаев диагностируются кисты Бейкера, и частота их визуализации зависит от выраженности синовита. Дегенеративные изменения в менисках увеличиваются с возрастом больных.

## **КООРДИНИРОВАННАЯ ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ В КРОВИ И СУСТАВНОМ ХРЯЩЕ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Четина Е.В.<sup>1</sup>, Макаров С.А.<sup>1</sup>, Кузин А.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия:

<sup>2</sup>ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»

Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

#### **Введение/цель**

Идентифицировать гены, которые экспрессируются координированно в клетках периферической крови и хондроцитах коленного суставного хряща у больных остеоартрозом (ОА) на поздней стадии заболевания.

#### **Материал и методы**

Обследованы образцы периферической крови 27 здоровых лиц (контроль;  $55\pm 8,3$  года) и 28 больных ОА на поздней стадии перед эндопротезированием ( $56,5\pm 8,9$  года), а также коленные хрящи тех же 28 больных ОА, полученные после эндопротезирования. Посредством количественной полимеразной цепной реакции в режиме реального времени проведена оценка уровней экспрессии генов, связанных с ростом и пролиферацией хондроцитов (*mTOR*, *TGF $\beta$ 1*, *p21*), аутофагией (*ULK1*), апоптозом (*каспаза 3*), разрушением внеклеточного матрикса (*MMP9* и *катепсин К*) и индикатора воспаления (*IL1 $\beta$* ).

#### **Результаты/обсуждение**

Экспрессия всех исследованных генов в крови больных ОА была повышена ( $p<0,05$ ) по сравнению со здоровыми лицами. В хондроцитах суставного хряща экспрессия *mTOR*, *MMP9*, *катепсина К*, *TGF $\beta$ 1* также значительно ( $p<0,05$ ) превышала норму. При этом экспрессия генов *ULK1* и *p21* в хряще оказалась значительно ( $p<0,05$ ) ниже, чем у здоровых лиц, а экспрессия *каспазы 3* и *IL1 $\beta$*  была сравнима с контролем. Положительная корреляция экспрессии генов в крови и суставном хряще исследованных больных ОА обнаружена только в случае *mTOR* ( $r=0,687$ ;  $p=0,01$ ), *катепсина К* ( $r=0,564$ ;  $p=0,04$ ) и *TGF $\beta$ 1* ( $r=0,594$ ;  $p=0,005$ ).

#### **Выводы/заключение**

Повышенные уровни экспрессии и положительная корреляция генов *mTOR*, *катепсина К* и *TGF $\beta$ 1* в крови и суставном хряще больных ОА указывает на их координированную регуляцию в данных тканях при ОА. Поэтому изменение экспрессии данных генов в крови может служить ранним маркером метаболических изменений в хондроцитах коленного хряща, связаных с заболеванием. Работа осуществлена при финансовой поддержке РФФИ (проект № 12-04-00038а)

## **ВОЛЧАНОЧНЫЙ НЕФРИТ У МУЖЧИН**

Чиж К.А., Ягур В.Е., Достанко Н.Ю.,  
Хидченко С.В., Сорока Н.Ф.

Белорусский государственный медицинский университет,  
Минск, Беларусь

#### **Введение/цель**

Хотя мужчины болеют системной красной волчанкой (СКВ) гораздо реже женщин (1 : 9), считается, что у них чаще встречается и тяжелее протекает поражение почек. Особенно это касается вовлечения в патологический процесс почек в молодом возрасте в виде пролиферативных типов волчаночного нефрита (ВН), которые быстрее прогрессируют до развития почечной недостаточности. Более плохой прогноз при наличии ВН у лиц мужского пола связывают также с ошибками в диагностике СКВ, неудовлетворительным медицинским контролем и неадекватным отношением пациентов к своему здоровью, а также к сотрудничеству в лечении. Цель — оценить частоту и особенности течения ВН у пациентов мужского пола.

#### **Материал и методы**

Наблюдение за пациентами с СКВ на базе Белорусского республиканского ревматологического центра и анализ медицинской документации. Под нашим наблюдением находилось 46 пациентов мужского пола, средний возраст которых на момент установления диагноза составлял  $32,4\pm 2,2$  года. Соотношение мужчины : женщины составило 1 : 11.

#### **Результаты/обсуждение**

ВН выявлен у 32 (70%) человек. Возраст пациентов в группах с ВН и без поражения почек достоверно не различался. Тяжелое течение нефрита с развитием нефротического синдрома (16%) и стойким нарушением азотовыделительной функции почек (31%) отмечено менее чем у половины пациентов. В 6 случаях ВН ассоциировался с наличием вторичного антифосфолипидного синдрома (АФС), при отсутствии поражения почек критерии АФС установлены лишь у одного пациента. Результаты морфологического исследования почечной ткани, полученные с помощью прижизненной пункционной биопсии и на аутопсии ( $n=13$ ), показали преобладание пролиферативных форм ВН (4-й и 3-й класс). Для сравнения в нашем распоряжении имелись также результаты обследования 75 японских пациентов с ВН, из них 14 мужчин в возрасте  $38\pm 6,9$  года (соотношение мужчин и женщин 1 : 4). При этом у всех (100%) отмечались признаки почечной недостаточности, а в 43% случаев имел место нефротический синдром. Гистоморфологическое исследование выявило 4-й морфологический класс ВН у 8 пациентов, 5-й — у 5 и 3-й — у одного человека.

#### **Выводы/заключение**

Соотношение женщин и мужчин с СКВ, наблюдавшихся в Центре, несколько превышает данные литературы. ВН встречается у мужчин в 70% случаев. Течение нефрита, несмотря на пролиферативные формы, является достаточно благоприятным. Наличие патологии почек у мужчин с СКВ часто сопровождается вторичным АФС.

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Чижевская И.Д., Беляева Л.М., Юрага Т.М.

*Белорусская медицинская академия  
последипломного образования, Минск, Беларусь*

### Введение/цель

Нарушение липидного спектра является одной из наиболее изучаемых проблем у больных системными заболеваниями соединительной ткани в мировой ревматологии в связи с доказанной дислипидемией у этой категории больных и возникающими вопросами о генезе атеросклероза на фоне аутоиммунной патологии. Цель — определить компоненты метаболического синдрома у детей с ревматическими заболеваниями.

### Материал и методы

Обследовано 86 детей с ревматическими заболеваниями: 46 детей с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА), 27 детей с ювенильной склеродермией (ЮСД), 13 детей с системной красной волчанкой (СКВ). Большинство пациентов получали глюкокортикоиды (ГК) наряду с базисной терапией по основному заболеванию. В качестве статистического контроля дополнительно обследовано 20 практически здоровых детей.

### Результаты/обсуждение

Абдоминальное ожирение выявлено у 36,4% детей с ЮРА и у 61,5% с СКВ. У детей с СКВ установлено достоверное повышение содержания общих липидов (ОЛ), общих фосфолипидов (ОФЛ), общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ). У детей с ЮРА выявлено достоверное повышение ОЛ ( $p < 0,01$ ) и ТГ ( $p < 0,001$ ) при сравнении с контрольной группой. У детей с ЮСД установлено достоверное повышение в сыворотке крови ОЛ ( $p < 0,05$ ), ОФЛ ( $p < 0,01$ ), а также снижение содержания липопротеидов высокой плотности (ЛПВП;  $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой. При проведении корреляционного анализа установлена прямая корреляционная связь между уровнем ОЛ в сыворотке крови и длительностью болезни ( $r_s = 0,3$ ;  $p < 0,05$ ), прямая корреляционная связь между активностью болезни и содержанием ОЛ ( $r_s = 0,3$ ;  $p < 0,05$ ), ОФЛ ( $r_s = 0,3$ ;  $p < 0,05$ ), ОХС ( $r_s = 0,4$ ;  $p < 0,01$ ) и ЛПНП ( $r_s = 0,3$ ;  $p < 0,05$ ). Гипергликемия натощак или нарушение толерантности к глюкозе были выявлены у 28,8% детей с ЮРА, у 40,7% детей с ЮСД и у 30,7% детей с СКВ. Индекс инсулинорезистентности был повышен у 22,7% детей с ЮРА, у 29,6% детей с ЮСД и у 23,1% детей с СКВ. Повышение артериального давления (АД) по результатам суточного мониторирования АД установлено у 22,7% детей с ЮРА, у 25,9% детей с ЮСД и у всех детей с СКВ. У этих пациентов отмечены недостаточное снижение ночного АД и повышенные показатели вариабельности АД.

### Выводы/заключение

У большинства детей с ревматическими заболеваниями имеет место метаболический синдром, чему способствуют терапия ГК и высокая активность заболевания.

## СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Чижевская И.Д.<sup>1</sup>, Беляева Л.М.<sup>1</sup>,

Довнар-Запольская О.Н.<sup>2</sup>, Васильева Н.А.<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия  
последипломного образования, Минск, Беларусь;*

*<sup>2</sup>Белорусский государственный медицинский  
университет, Минск, Беларусь;*

*<sup>3</sup>Республиканский центр медицинской  
реабилитации и бальнеолечения, Минск, Беларусь*

### Введение/цель

Одним из малоизученных системных осложнений при различных нозологических формах ревматических заболеваний (РЗ) у детей является остеопороз (ОП). В его патогенезе важное место традиционно отводится использованию глюкокортикоидов (ГК). Цель — оценить состояние минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у детей с РЗ.

### Материал и методы

Методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) обследовано 37 детей с РЗ, из них 19 детей с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА), 11 — с ювенильной склеродермией (ЮСД) и 7 — с системной красной волчанкой (СКВ).

### Результаты/обсуждение

Снижение показателей МПКТ по Zs-критерию ( $Z_s < -2,0$ ) обнаружено у 14 детей с ЮРА, у 7 детей с ЮСД и у всех детей с СКВ. Все эти пациенты получали базисную терапию ГК и цитостатиками (ЦС) в течение  $>6$  мес. У 5 пациентов с полиартикулярным вариантом ЮРА показатель МПКТ был в пределах возрастной нормы: два пациента были в длительной ремиссии ( $>4$  лет) и не получали базисную терапию, два пациента получали ГК перорально в течение 4 мес, один пациент получал метотрексат в течение 3 мес. Среди детей с ЮСД у 4 пациентов показатель МПКТ был в пределах возрастной нормы — эти пациенты не получали ГК. У всех пациентов со снижением показателя МПКТ во время предварительного рентгенологического исследования были обнаружены признаки диффузного ОП кости околосуставных областей пораженных суставов, а также имели место проявления генерализованного остеопороза. Среди детей с ЮРА у 12 пациентов с низкими показателями МПКТ был выявлен синдром Иценко—Кушинга. При проведении корреляционного анализа показателей денситометрии у пациентов с ЮРА, ЮСД, СКВ установлена прямая корреляционная связь между снижением МПКТ и течением заболевания ( $r_s = 0,54$ ,  $p < 0,001$ ), между снижением МПКТ и приемом ЦС ( $r_s = 0,84$ ;  $p < 0,001$ ), между снижением МПКТ и проведением пульс-терапии ГК ( $r_s = 0,74$ ;  $p < 0,001$ ); установлена прямая корреляционная связь между снижением МПКТ и уровнем фактора некроза опухоли  $\alpha$  ( $r_s = 0,62$ ;  $p < 0,001$ ), а также между снижением МПКТ и количеством Т-лимфоцитов ( $r_s = 0,63$ ;  $p < 0,01$ ) в сыворотке крови.

### Выводы/заключение

Все вышеизложенное дает возможность предположить, что низкие показатели МПКТ у детей с РЗ могут быть обусловлены, наряду с проведением базисной тера-



пии, иммунными процессами, вызванными основным заболеванием, что необходимо учитывать при проведении лечебных мероприятий для профилактики развития системного ОП.

## **ПАХИДЕРМОДАКТИЛИЯ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АРТРИТОВ**

**Чикова И.А., Бучинская Н.В., Дубко М.Ф.,  
Исупова Е.А., Костик М.М., Часнык В.Г.**

*ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия*

### **Введение/цель**

Пахидермодактилия — редкая форма фиброматоза, характеризуется бессимптомным увеличением в размерах мягких тканей вокруг проксимальных межфаланговых суставов (ПМФС) пальцев кистей рук. Веретенообразная деформация пальцев кистей рук с утолщением мягких тканей вокруг ПМФС имитирует клиническую картину ювенильного идиопатического артрита (ЮИА). Отличительными признаками могут служить отсутствие утренней скованности, контрактур, болевого синдрома в сочетании с отсутствием воспалительных и иммунологических изменений в анализах крови, однако точная диагностика пахидермодактилии, по мнению ряда авторов, возможна только при проведении морфологического исследования. Своевременное распознавание заболевания позволяет избежать назначения агрессивной противоревматической терапии, необходимой при ЮИА.

### **Материал и методы**

В ретроспективное исследование были включены 4 пациента с диагнозом пахидермодактилия. Окончательный диагноз устанавливался после выполнения лабораторных, лучевых и морфологических методов исследования.

### **Результаты и обсуждение**

Пациенты (все лица мужского пола), включенные в исследование, были направлены в ревматологическую клинику с диагнозом ЮИА. Клиническая картина соответствовала описанию, приведенному выше. Дебют клинических проявлений отмечен в возрасте 10–13 лет, тогда как диагноз был установлен в возрасте 13–17 лет. При рентгенологическом исследовании отмечалось увеличение объема периартикулярных мягких тканей в области ПМФС при отсутствии костно-деструктивных изменений. При проведении МРТ и КТ исследований кистей рук, кроме изменения периартикулярных мягких тканей, других патологических изменений не выявлено. До госпитализации в клинику один из пациентов получал нестероидные противовоспалительные препараты и метотрексат в течение 3 мес без эффекта. Для подтверждения пахидермодактилии было выполнено гистологическое исследование периартикулярных мягких тканей и поверхностных участков капсулы одного из ПМФС. Интраоперационно проводилась визуальная оценка капсулы суставов и сухожилий на предмет отсутствия паннуса и других воспалительных изменений. При гистологическом исследовании у всех пациентов были выявлены однотипные из-

менения: выраженный гиперкератоз и акантоз в эпидермисе, выраженное разрастание соединительной ткани с набуханием и фрагментацией волокон. У всех пациентов в исследованных тканях отсутствовали признаки тканевого воспаления.

### **Выводы/заключение**

Пахидермодактилия — заболевание, протекающее с клинической картиной, имитирующей ЮИА, что требует проведения дифференциальной диагностики с применением гистологического исследования для постановки окончательного диагноза.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Чушникова Н.Н., Колупаева И.В., Симонова О.В.**

*ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская  
академия» Минздрава России, Киров, Россия*

### **Введение/цель**

Провести сравнительный анализ влияния стронция рanelата и натрия алендроната на минеральную плотность костной ткани (МПКТ) и маркеры костного ремоделирования при вторичном остеопорозе (ОП) у больных ревматоидным артритом (РА).

### **Материал и методы**

Исследование проведено у 60 женщин с достоверным диагнозом РА в возрасте от 51 года до 70 лет, у которых по данным рентгеновской денситометрии был выявлен ОП. 30 больных (I группа) получали стронция рanelат 2 г/сут, 30 больных (II группа) — натрия алендроната тригидрат 70 мг/нед. Все пациенты получали препараты кальция 1000 мг/сут и витамин D<sub>3</sub> (800 МЕ/сут). Группы были сопоставимы по основным клиническим и демографическим показателям (p>0,05). Средний возраст пациентов I группы составил 61,6±6,7 года, II — 60,3±5,9 года. Средняя длительность РА в I группе была 13,04±8,7 года, во II — 15,5±7,2 года. Длительность менопаузы: 12,5±7,9 и 13,6±7,9 года соответственно. Большинство больных (73,3% I группы и 66,7% во II) получали преднизолон в средней суточной дозе 7,2±3,6 и 5,6±3,8 мг на протяжении 6,1±7,5 и 4,4±4,7 года соответственно. Периферические переломы в анамнезе были выявлены у 10% пациенток каждой группы, переломы позвонков — у 23,3% больных I группы и у 6,7% во II группе. Для диагностики ОП и мониторинга терапии всем пациенткам выполнялась рентгеновская денситометрия на аппарате Lunar DPX Pro до лечения и через 12 мес. Все пациентки имели диагностированный ОП в одной из областей измерения: L<sub>1-IV</sub>, шейке бедра (FN) или проксимальном отделе бедра (TN). Показатели кальциево-фосфорного обмена и костного метаболизма оценивались по уровню кальция, неорганического фосфора, остеокальцина, С-терминального телопептида коллагена I-го типа.

### **Результаты/обсуждение**

В I группе к 12-му месяцу наблюдалось повышение МПКТ в области L<sub>1-IV</sub>, TN и общего показателя бедра (p<0,05). Во II группе значимых изменений МПКТ не отмечено. В процессе терапии новых переломов выявлено не

было ни в одной из групп. При изучении динамики маркеров костного ремоделирования к 3-му месяцу исследования в I группе, по сравнению со II группой, достоверно повышался уровень остеокальцина и снижался уровень С-телопептида коллагена 1-го типа ( $p < 0,05$ ). Статистически значимого влияния терапии на показатели кальциево-фосфорного обмена за 12 мес наблюдения выявлено не было ни в одной из групп.

#### **Выводы/заключение**

Применение стронция ранелата, по сравнению с натрия алендронатом, при вторичном ОП у больных РА повышает МПКТ уже к 12-му месяцу лечения.

## **АУТОИММУННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И АТЕРОСКЛЕРОЗ ПРИ СИСТЕМНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Шилкина Н.П.<sup>1</sup>, Дряженкова И.В.<sup>2</sup>

*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ярославль, Россия;*

*<sup>2</sup>НУЗ «ДКБ на станции Ярославль  
ОАО «РЖД», Ярославль, Россия*

#### **Введение/цель**

Исследовать взаимосвязи атеросклероза (АТ), артериальной гипертензии (АГ) и аутоиммунного воспаления при системной красной волчанке (СКВ), системной склеродермии (ССД) и системных васкулитах (СВ).

#### **Материал и методы**

Обследовано 377 больных ревматическими заболеваниями (РЗ): 102 – с СКВ, 65 – с ССД, 110 – с СВ, 70 – с АГ и 30 – с АТ. Методы: изучение иммунной системы, маркеров поражения сосудистой стенки, системы гемостаза, эхокардиография, ангиосканирование с определением толщины комплекса интима–медиа (ТКИМ) общей сонной артерии (ОСА), суточное мониторирование АД (СМАД).

#### **Результаты/обсуждение**

Диагностировано раннее развитие АТ и АГ при РЗ. Доказана роль воспалительного компонента в формировании ремоделирования миокарда и нарушений внутрисердечной гемодинамики. Так, степень активности СКВ по шкале SLEDAI была достоверно выше у больных с АГ по сравнению с больными без АГ (24 и 15 баллов;  $p = 0,04$ ). Гипертонические изменения параметров СМАД с высокой степенью достоверности сопровождались нарушением внутрисердечной гемодинамики, включая гипертрофию миокарда, расширение полостей и диастолическую дисфункцию (ДД), которая выявлена у 67,5% больных РЗ. Получена прямая статистически значимая корреляционная зависимость между размерами межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка (ЛЖ) и степенью активности заболевания у пациентов с СКВ по шкалам SLAM, SLEDAI ( $r = 0,63$ ;  $p = 0,007$  и  $r = 0,57$ ;  $p = 0,002$ ), индексом клинической активности васкулита (ИКАВ) ( $r < 0,3$ ;  $p < 0,05$ ) и степенью активности при ССД ( $r = 0,51$ ;  $p = 0,007$  и  $r = 0,54$ ;  $p = 0,04$ ). У больных РЗ выявлено достоверное утолщение ТКИМ ОСА, которое коррелировало с возрастом и активностью воспаления ( $r = 0,43$ ;  $p = 0,015$  и  $r = 0,37$ ;  $p = 0,02$ ). Интегральный систолический индекс ремоделирования ЛЖ был достоверно ниже ( $p = 0,002$ ) при

наличии АГ, что свидетельствовало о переходе адаптивного ремоделирования ЛЖ в дезадаптивное с развитием наиболее неблагоприятной эксцентрической гипертрофии ЛЖ. С повышением активности РЗ наблюдалась тенденция к повышению среднесуточного АД, индексов нагрузки давлением и недостаточной степени ночного снижения АД. Неблагоприятные типы суточного профиля АД (non-dipper и night-peaker) отмечены у 47,3% больных РЗ и связаны с возрастом пациентов ( $r = 0,52$ ;  $p = 0,007$ ), активностью воспаления ( $r = 0,44$ ;  $p = 0,01$ ) и наличием АГ ( $r = 0,59$ ;  $p = 0,0001$ ).

#### **Выводы/заключение**

Развитие АТ и АГ при РЗ определяется не только классическими факторами риска, но и иммуновоспалительными механизмами и связано с активностью процесса, что служит показанием для назначения комплексной корригирующей терапии.

## **ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ**

Шилова Л.Н., Трубенко Ю.А.,

Красильников А.Н., Чернов А.С., Мякишев М.В.

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия*

#### **Введение/цель**

Выявление частоты и клинико-лабораторных особенностей поражения легких у больных системной склеродермией (ССД), возможности иммуносупрессивной терапии

#### **Материал и методы**

Под наблюдением находилось 83 больных ССД (81 женщина и 2 мужчины, средний возраст  $50,3 \pm 11,9$  года, продолжительность заболевания  $8,3 \pm 7,1$  года) и 30 здоровых лиц. У 59% больных диагностировано подострое течение процесса, у 33,7% – хроническое, а у 6 (7,2%) пациентов – острое. Больным проводились клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включающие рентгенографию органов грудной клетки, определение функции внешнего дыхания. Счет одышки определяли по модифицированному респираторному опроснику Американского торакального общества: минимальный счет 0, максимальный – 20. Больным с поражением легких, выраженной одышкой был назначен курс иммуносупрессивной терапии: введение циклофосфана в дозе 1000 мг внутривенно капельно 1 раз в месяц в течение года. В качестве критерия эффективности проводимой терапии использовали определение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и выраженности одышки (изменение счета одышки больше чем на 1 единицу).

#### **Результаты/обсуждение**

Поражение легких наблюдалось у 66 (79,5%) пациентов, было представлено интерстициальным фиброзом легких, преимущественно базальных отделов (60%) и легочной гипертензией (по данным эхокардиографии) – 6%. Нарушение внешнего дыхания по рестриктивному типу (снижение ФЖЕЛ ниже 80% от должных величин) отмечено у 38 (57,6%) человек, счет одышки составил в этой груп-

пе  $7,4 \pm 2,8$ . Циклофосфан был назначен 15 больным, у которых счет одышки составил  $>10$ . Все больные переносили проводимую терапию удовлетворительно, лишь у двух пациентов препарат был отменен из-за увеличения уровня трансаминаз в 3 раза по сравнению с нормой. Все больные отметили субъективное улучшение (уменьшилась одышка, увеличилась толерантность к физической нагрузке). Счет одышки до лечения составил  $13,7 \pm 2,3$ , через год лечения —  $7,4 \pm 2,7$  ( $p < 0,001$ ). Заметные изменения ФЖЕЛ наблюдались лишь у трех больных, хотя и ухудшения данного показателя за время наблюдения не отмечалось ни у одного пациента.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, поражение легких является одним из самых частых висцеральных поражений при ССД. Применение циклофосфана позволяет улучшить состояние пациентов.

## **ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПОНДИЛОАРТРИТОВ НА РАННЕЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ**

Шилова Л.Н., Страхов А.В.,

Паньшина Н.Н., Бондаренко Е.А.

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия*

#### **Введение/цель**

Оценка сроков постановки правильного диагноза и проводимой терапии у больных с анкилозирующим спондилитом (АС) и спондилоартритической формой псориатического артрита (ПсА) на амбулаторном этапе наблюдения

#### **Материал и методы**

Под наблюдением находились 25 больных АС с поражением периферических суставов, 20 — спондилоартритической формой ПсА. Среди больных АС было 92% мужчин и 8% женщин, ПсА — 55% женщин, 45% мужчин. Все больные были в возрасте от 24 до 52 лет. Продолжительность заболевания составила до 6 лет. Все больные были сопоставимы по активности, тяжести поражения, проводимой терапии. Оценка качества жизни (КЖ) проводилась с использованием шкалы НАQ.

#### **Результаты/обсуждение**

Диагноз АС был поставлен в среднем через  $4,5 \pm 1,3$  года от начала болезни, ПсА — через  $3,2 \pm 1,1$  года, причем позже всего диагноз ПсА был определен у больных без кожных проявлений в дебюте заболевания. Всем больным, сразу же при обращении к врачу, были назначены нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак 200 мг/сут (45% пациентов), нимесулид 200 мг/сут (35%), мелоксикам 15 мг/сут (15%), 5% больных принимали разные препараты; 36% пациентов принимали препараты в меньшей дозе или нерегулярно. Базисные противовоспалительные препараты (сульфасалазин, метотрексат) были назначены 25% больных, причем 10% из них принимали препараты только 4–5 мес. Группа больных, прекративших базисное лечение без объективной причины, составила 35%. По анкете НАQ в обеих подгруппах выявлены сниженные параметры у всех больных, причем при АС они были достоверно хуже. Значение функционального индекса нарушения жизнедеятельности FDI анкеты НАQ у пациентов с АС составило  $2,4 [1,4; 2,8]$  балла

и было статистически значимо больше, чем у больных ПсА —  $1,8 [1,4; 2,3]$  балла ( $p = 0,008$ ). КЖ у больных со спондилоартритами достоверно снижается уже на ранних этапах болезни, что особенно выражено в группе больных АС. Это определяет целесообразность активной терапии с самого начала заболевания, что может улучшить прогноз.

#### **Выводы/заключение**

В настоящее время сохраняется проблема поздней постановки правильного диагноза спондилоартритов и невысокой приверженности больных лечению, что, конечно, препятствует улучшению КЖ пациентов.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГИБИТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА 1 В ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ГОНАРТРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИЕЙ**

Пишкина И.А., Немцов Б.Ф., Чичерина Е.Н.

*ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров, Россия*

#### **Введение/цель**

Формирование вторичного гонартроза у пациентов с псориатической артропатией (ПА) часто осложняет течение основного заболевания и является причиной длительного приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Цель — изучить влияние ингибитора интерлейкина 1 (ИЛ1) диацереина на выраженность болевого синдрома, потребность в НПВП и динамику кожных проявлений заболевания.

#### **Материал и методы**

В исследование включено 22 больных ПА (13 женщин и 9 мужчин, средний возраст  $47,5 \pm 8,2$  года, средняя длительность заболевания  $6,9 \pm 1,7$  года), получающих базисную терапию: метотрексат ( $n = 10$ ), сульфасалазин ( $n = 9$ ), комбинированная терапия метотрексат и сульфасалазин ( $n = 3$ ). Все пациенты имели вторичный гонартроз: II стадии — 17, III стадии — 5 человек (по классификации Kellegren—Lawrence). Все пациенты нуждались в ежедневном приеме НПВП. Выраженность болевого синдрома в коленных суставах определялась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, мм). Оценивали потребность в НПВП и динамику кожного псориаза через 2 нед и 1 мес приема диацереина.

#### **Результаты/обсуждение**

Через 1 мес приема диацереина было отмечено достоверное уменьшение выраженности болевого синдрома по ВАШ (мм): до лечения  $58,1 \pm 10,5$ , после лечения  $36,1 \pm 9,3$  ( $p < 0,001$ ). На фоне уменьшения болей на 2-й неделе лечения диацереином 13 человек отменили сопутствующий прием НПВП. Через 1 мес лечения два пациента с III стадией гонартроза продолжали нерегулярный прием НПВП. Ни у одного из пациентов не отмечено усиления кожного псориаза.

#### **Выводы/заключение**

Использование ингибитора ИЛ1 диацереина у пациентов с вторичным гонартрозом на фоне ПА приводит к уменьшению выраженности болевого синдрома, снижению потребности в традиционных НПВП и не обостряет псориаз кожи.

# КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ АНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шостак Н.А., Клименко А.А., Демидова Н.А.  
ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»  
Минздрава России, Москва, Россия

## Введение/цель

Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЛГ) является отдаленным осложнением тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Одним из ключевых факторов риска ХТЛГ является антифосфолипидный синдром (АФС), который представляет собой одну из наиболее частых приобретенных форм гематогенной тромбофилии, диагностируемой в 20–60% флеботромбозов различной локализации. Истинная распространенность АФС в популяции больных венозными тромбозами с развитием ХТЛГ остается неуточненной. Цель – изучение частоты встречаемости АФС у пациентов с различной степенью ХТЛГ.

## Материал и методы

Среди 36 обследованных больных было 20 (55,6%) человек с I степенью ЛГ (систолическое давление в легочной артерии – СДЛА – согласно доплеровской эхокардиографии, 30–50 мм рт. ст.), 9 (25%) – со II (СДЛА 51–80 мм рт. ст.) и 7 (19,4%) с III степенью ЛГ (СДЛА >80 мм рт. ст.). Кровь исследовалась на наличие волчаночного антикоагулянта (ВА), антител к кардиолипину классов IgM и IgG, антител к  $\beta 2$ -гликопротеину I ( $\beta 2$ ГП I). Диагноз АФС устанавливался в соответствии с Австралийскими критериями заболевания.

## Результаты/обсуждение

У 16 из 36 обследованных было выявлено повышение титра антикардиолипиновых антител/ВА/антител к  $\beta 2$ ГП I. У 7 пациентов основной группы (4 мужчины и 3 женщины) диагностирован АФС. Наряду с рецидивирующими венозными тромбозами и ТЭЛА в крови неоднократно выявлялись антитела к кардиолипину и ВА. Одна женщина с АФС страдала привычным невынашиванием беременности (8 выкидышей до 10 нед беременности). Особенностью АФС у больных ХТЛГ явился первичный характер АФС: 5 (71,4%) больных, – тогда как вторичный АФС выявлен только в 2 (28,6%) случаях. У 9 больных выявление антител к кардиолипину и ВА было непостоянным (при контрольном исследовании в течение 12 нед титры антител были в норме, ВА не определялся), в связи с чем диагноз АФС был исключен. При анализе объема эмболического поражения легочного сосудистого русла в зависимости от степени ЛГ у больных с выявленным повышением титра антител к фосфолипидам в большинстве случаев отмечался множественный характер поражения обоих легких, рецидивирующая ТЭЛА.

## Выводы/заключение

Таким образом, повышение титра антикардиолипиновых антител/ВА/антител к  $\beta 2$ ГП I выявлено у 44,4% обследованных больных, при этом сопоставление клинических маркеров АФС и стойкости повышения указанных антител позволило диагностировать АФС в 19,4% случаев.

Полученные данные могут стать основой в стратегии ведения больных ХТЛГ.

# УРОВНИ ЭКСТРАЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ ДНК И КОМПЛЕКСИРОВАННОГО С НЕЙ БЕЛКА В СЫВОРОТКЕ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ И АССОЦИИИ С БИОМАРКЕРАМИ – УРОВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, СОЭ, УРОВНЕМ МЕТИЛИРОВАНИЯ И КОЛИЧЕСТВОМ ЛЕЙКОЦИТОВ

Шубаева Н.О.<sup>1</sup>, Александрова Е.Н.<sup>1</sup>, Кузьмин В.А.<sup>2</sup>,  
Эрдес Ш.Ф.<sup>1</sup>, Урумова М.М.<sup>1</sup>, Сперанский А.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУН «Институт биохимической физики им. Н.М. Эмануэля», Москва, Россия

## Введение/цель

В патогенезе анкилозирующего спондилита (АС) развитие воспаления (сacroiliит, спондилодисциты, артриты небольших межпозвоночных суставов и др.) ассоциируются с увеличением показателей HLA-B27-антигена, уровнем С-реактивного белка (СРБ), СОЭ, BASDAI. Мы исследовали маркеры процессов гибели клеток и возможные механизмы (апоптоз, некроз), уровни метилирования, изучив ассоциации с уже известными маркерами оценки активности (СОЭ, СРБ), а также с уровнем экстрацеллюлярной ДНК (эцДНК) и комплексированного с ней белка.

## Материал и методы

У 37 больных достоверным АС (85% HLA-B27+, BASDAI 53,1±32,8) и 18 здоровых доноров из сыворотки выделялась эцДНК фенольным методом, концентрация эцДНК определялась красителем Hoechst 33258. Белковый компонент по флуоресценции комплекса белок–краситель (кумарин–бензотиаминцианин, 580 нм). Метилирование рестрикцией ДНК метилспецифичными нуклеазами HpaII и MspI. Статистика – программа Statistica 8.0.

## Результаты/обсуждение

У 71% больных АС выявлена повышенная концентрация эцДНК, у 50% – высокие уровни метилирования (1,56±0,34 у.е.), что коррелировало с эцДНК и повышенным количеством лейкоцитов ( $p=0,008$ ;  $t=0,7467$ ). У 74% больных АС увеличена концентрация монометиновых белков, комплексированных с ДНК, по сравнению с нормой. Обнаружена прямая корреляция уровня монометиновых белков и уровня метилирования ДНК ( $p=0,03$ ;  $t=0,867$ ). У 84% больных с концентрацией СРБ >5 мг/л определялась повышенная концентрация эцДНК (501,5±238,5 нг/мл), обнаружены прямая корреляция СОЭ и уровня СРБ ( $p=0,04$ ;  $t=3,85$ ) и повышенное содержание лейкоцитов (10,26±4,8). В группе больных с СРБ < 5 мг/л у 50% больных были повышены концентрация эцДНК (314,3±254,6 нг/мл) и уровень метилирования. Можно полагать, что гиперметилированная ДНК высвобождается в процессе апоптоза. Достоверная ассоциация уровня метилирования и повышенного содержания лейкоцитов позволяет обсуждать роль гипер-

метилованной ДНК в увеличении резистентности лейкоцитов к гибели, в патогенезе, деструкции и воспалении при АС.

#### **Выводы/заключение**

Человеческие нейтрофилы являются важной частью иммунного ответа и ассоциируются с воспалением, изменения в экспрессии генов нейтрофилов приводят к ингибции их запрограммированной гибели. Следовательно, полученные данные раскрывают концепцию патогенеза как причинно-следственной связи процессов воспаления, деструкции, пролиферации с повышенной гибелью клеток (апоптоз, некроз) и гиперметилованной ДНК, наличие которой ассоциируется с повышенным уровнем мономерного белка, количества лейкоцитов, что, возможно, указывает на ремоделирование хроматина, который имеет место в патогенезе АС.

## **КОМОРБИДНОСТЬ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА**

Шукурова С.М.<sup>1</sup>, Ахунова М.Ф.<sup>1</sup>,  
Абдуллоев М.Ф.<sup>2</sup>, Шодиев Б.Р.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Таджикский государственный медицинский университет  
им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан;

<sup>2</sup>Национальный медицинский центр Республики  
Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

#### **Введение/цель**

Изучить характер сопутствующей патологии у ревматологических больных в условиях профильного отделения стационара.

#### **Материал и методы**

Обследование, анкетирование и анализ медицинской документации стационарных больных ревматологического отделения за 5 лет. Основанием для включения больных в группу исследования являлись верификации диагнозов.

#### **Результаты/обсуждение**

Всего за период 2006–2010 гг. пролечено 4716 больных с ревматологической патологией. Из общего количество больных 57,8% составили больные ревматоидным артритом (РА) и остеоартрозом (ОА). Мужчин – 1603 (34%), женщин – 3113 (66%), средний возраст 41,4 года. С целью изучения сопутствующей патологии все больные распределены на две группы: 1-я группа (n=1400) с метаболическими артропатиями (ОА, подагра) и 2-я группа (n=2074) с иммуновоспалительными артритами (РА, РеА и спондилоартриты). В подгруппе больных с метаболическими артропатиями наиболее частыми спутниками болезни были артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). АГ наблюдалась у 60,9% больных ОА и в 72,2% случаев при подагре. ИБС чаще наблюдалась у больных подагрой (37,8%) и в 33,2% случаев при ОА. В подгруппе больных с воспалительными артритами кардиоваскулярная патология чаще наблюдалась у больных РА: ИБС – 18,8% и АГ – 16,5%. Второе место по частоте занимает метаболический синдром, который в 53,3% случаев наблюдался у больных подагрой и в 45% при ОА. Замыкают тройку лидеров гастроэнтеропатии – при РА в 46,7%. Значительную распространенность гастроэнтеропатий среди обследованных пациентов, вероятно, можно объяснить бесконтрольным приемом нестероидных противовоспалительных средств в макси-

мальных терапевтических дозах, частым использованием более ульцерогенного индометацина и диклофенака, которые широко применяются в республике ввиду их доступности и низкой стоимости.

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, проведенный анализ терапевтической коморбидности ревматологической патологии показал ее высокую частоту. При организации медицинской помощи больным ревматологического профиля необходимо оценивать коморбидность, так как это приводит к применению большого числа лекарственных средств, что необходимо учитывать при выборе лечения и оценке его эффективности.

## **ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ**

Шукурова Ф.Н., Матчанов С.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

#### **Введение/цель**

Хроническая боль в суставах является ведущим симптомом псориатического артрита (ПсА). Вместе с тем основные характеристики боли этой этиологии (интенсивность, локализация, время возникновения, длительность и др.) не имеют строгой специфичности и часто схожи с другими заболеваниями суставов, что может приводить к диагностическим ошибкам и неправильному лечению. Цель – оценить интенсивность и характер боли при ПсА.

#### **Материал и методы**

Нами был оценен болевой симптом у 40 больных ПсА, с градацией его по суставам, вовлеченным в патологический процесс. Мы использовали разработанную нами анкету с нанесением десяти визуальных аналоговых шкал (ВАШ) длиной по 100 мм. Каждая шкала соответствовала конкретным суставам.

#### **Результаты/обсуждение**

У всех обследованных нами больных поражение суставов носило множественный характер. Поражение суставов возникало остро или подостро на фоне обширных кожных высыпаний. У больных отмечались ониходистрофия и онихолизис. У 29 пациентов наблюдалось вовлечение в патологический процесс дистальных межфаланговых суставов, пястно-фаланговых суставов. У 8 больных преимущественно были поражены коленные суставы. Необходимо отметить, что именно эти группы больных представляют наибольшую трудность при дифференциальной диагностике с ревматоидным артритом. Дистальная форма артрита наблюдалась у 5 больных, проксимальная – у 11, дистально-проксимальная – у 24 пациентов. У 12 пациентов болевой симптом при ПсА был минимальным (до 20 баллов по ВАШ) – в виде очень слабых, быстро проходящих артралгий. У 14 больных ПсА отмечались умеренные боли и некоторая скованность в суставах. По ВАШ болевой симптом составлял от 20 до 50 мм. В 8 случаях были зарегистрированы сильные боли (50–80 мм), причем сразу в нескольких суставах. Боли носили постоянный характер, усиливались при малейшем движении, что существенно ограничивало движения пациента. У 6 пациентов болевой симптом был резко выражен: очень сильные боли (80 мм и более по ВАШ) беспокоили больных даже в состоянии

покою. При этом чувство скованности наблюдалось и в видимо неизменных суставах.

#### **Выводы/заключение**

Нами отмечено, что сильные суставные боли встречались преимущественно у мужчин молодого возраста (25–35 лет). Болевой симптом при ПсА даже при слабой его выраженности сохраняет свое индикаторное значение для диагноза болезни в целом, поэтому должен всегда регистрироваться и изучаться с особой тщательностью.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕГО РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТОМ**

**Шукурова Ф.Н., Донаев Б.Б., Матчанов С.Х.**

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

#### **Введение/цель**

Изучение факторов риска раннего развития атеросклероза у больных ревматоидным артритом (РА).

#### **Материал и методы**

Изучены истории болезни и амбулаторные карты 137 больных РА, наблюдавшихся в 1-й клинике Ташкентской медицинской академии. Для оценки проявлений атеросклероза использовали данные эхокардиографии, ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) периферических сосудов, рентгенологических методов. Ранним развитием атеросклероза считали его проявление в возрасте до 55 лет.

#### **Результаты/обсуждение**

Развитие атеросклероза отмечено у 54 (45%) больных из всех пациентов, возраст проявления его признаков составлял от 25 до 68 лет (средний  $54 \pm 10$ ). У 37 (31%) больных признаки атеросклероза выявлены в возрасте до 55 лет. Значимыми факторами риска развития раннего АС оказались возраст, гиперлипидемия, артериальная гипертензия, менопауза для женщин, повышение уровня мочевой кислоты, более высокий уровень креатинина крови в конце наблюдения, средняя суточная доза преднизолона (ПЗ)  $\geq 15$  мг/сут и частота повышения уровня С-реактивного белка (СРБ). У пациентов с РА отмечались большая частота АГ, более низкий уровень компонента в конце наблюдения, проводилась более интенсивная терапия ПЗ, чем у больных без поражения сосудов ( $p < 0,05$ ).

#### **Выводы/заключение**

Таким образом, ранний атеросклероз развивается более чем у трети больных РА. Основными факторами риска преждевременного атеросклероза, помимо традиционных, являются РА, персистенция хронического воспаления, терапия ПЗ.

## **ИСТОРИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА И СПОНДИЛОАРТРИТОВ**

**Эрдес Ш.Ф.**

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

Развитие в середине прошлого века эпидемиологических исследований неинфекционных заболеваний

и осознание их важности для общества потребовали разработки клинических, рентгенологических и серологических критериев для диагностики ревматических заболеваний, в том числе анкилозирующего спондилита (АС). Первое рабочее совещание по этому вопросу было созвано Национальным институтом здоровья (США) в Бетезде, за которым в скором времени последовал второй симпозиум (Рим, 1960), организованный Советом международных медицинских научных организаций (Council for International Organisation of Medical Science) и спонсированный ВОЗ. На этой конференции были приняты первые критерии диагностики АС (Римские критерии АС, 1961), которые включали клинические признаки (боль и скованность в нижней части спины, продолжающиеся более 3 мес и не уменьшающиеся в покое; боль и скованность в грудном отделе позвоночника; ирит, иридоциклит в анамнезе; ограничение подвижности поясничного отдела позвоночника; ограничение экскурсии грудной клетки) и рентгенологический признак (сacroiliит). Однако они оказались не удовлетворительными и были пересмотрены на третьем симпозиуме в Нью-Йорке (США, 1966). «Нью-Йоркские критерии» (1966) уже были пригодны не только для клинической практики, но и для эпидемиологических исследований. В 1984 г. критерии были модифицированы (модифицированные Нью-Йоркские критерии, 1984) и в таком виде используются практически по настоящее время. В 2013 г., под эгидой Ассоциации ревматологов России (АРР), они были несколько модифицированы для возможности диагностики ранних форм болезни (русская версия модифицированных Нью-Йоркских критериев) и возможности использования в повседневной практике.

Больше всего «повезло» с критериями псориазического артрита. После первых критериев Молла и Райта 1973 г. было создано еще 11, в том числе и отечественные (1988), а последние – в 2008 г. (CASPAR).

После выделения группы серонегативных спондилоартритов (СпА) в 1974 г., в 1990 г. были созданы первые критерии для их классификации (критерии Amor), а в 1991 г. – критерии ESSG (специальной европейской группы по СпА). В 2009 г., после разработки новой классификации СпА, были представлены пересмотренные критерии, сначала для аксиального варианта болезни, а в 2011 г. – для преимущественно периферического СпА.

## **РОЛЬ РАННЕЙ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА: ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА И ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА**

**Эрдес Ш.Ф.**

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

Эффективность рано начатой терапии спондилоартритов (СпА) не ниже, чем при позднем ее начале, а длительность достигнутого результата значительно выше.

Стратегия терапии до достижения цели (T2T – Treat to target) уже получила широкое признание при ди-

абете, артериальной гипертензии и при наиболее распространенном воспалительном ревматическом заболевании – ревматоидном артрите. В настоящее время предпринимаются активные попытки их создания и при других ревматических заболеваниях. Работа по созданию подобных рекомендаций для СпА была начата в марте 2011 г. Однако этот процесс сильно затянулся по причине наличия ряда трудноразрешимых проблем: не была решена к этому времени проблема нозологической однородности СпА и имелось большое многообразие клинических проявлений болезни (аксиальные поражения, периферические артриты, энтезиты, дактилиты, системное воспаление, а также псориаз, увеит, воспалительные заболевания кишечника). Еще одной немаловажной проблемой является отсутствие четкого определения ремиссии при СпА. Ведь известно, что процессы воспаления и прогрессирования болезни протекают не одновременно, а последовательно, т. е. после стихания воспаления в определенной области аксиального скелета начинается процесс пролиферации костной ткани – прогрессирование болезни. Соответственно, можно ли состояние, когда при практически отсутствии воспаления происходит прогрессирование болезни, назвать ремиссией – большой вопрос.

После длительных согласований опубликована Программа Т2Т при СпА. Основным ее достижением является то, что выработано временное определение ремиссии СпА для практического использования – «отсутствие клинических и лабораторных данных, а также значимой воспалительной активности заболевания». Это позволяет ставить вполне конкретные цели с новых позиций для выработки стратегии терапии этого состояния.

## ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Юлчиева К.К., Хан Т.А., Матчанов С.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

### Введение/цель

Болезни сердечно-сосудистой системы являются основной причиной смертности среди пациентов с системной склеродермией (ССД). Цель – установить частоту поражения сердечно-сосудистой системы у пациентов с ССД, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии 1-й клиники Ташкентской медицинской академии (ТМА).

### Материал и методы

Проведен анализ 32 историй болезни женщин больных ССД, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии 1-й клиники ТМА. Средний возраст составил 34 года. Продолжительность заболевания составила в среднем 7 лет. Активность 2-й степени определена у 15 (46,9%) больных, 3-й степени – у 10 (31,2%), 1-й степени – у 7 (21,9%) человек.

### Результаты/обсуждение

Кардиальные жалобы предъявляли 21 больная (65,6%), в том числе на повышение артериального давления – 4 (19%), одышку – 3 (14,3%), боли в области сердца – 5 (23,9%), ощущение перебоев в работе сердце – 4 (19%), учащенное сердцебиение – 2 (9,5%), отеки – 2 (9,5%), сухой кашель – 1 (4,8%) пациенток. Всем паци-

ентам были выполнены инструментальные исследования: электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиоскопия (ЭхоКС). В 10 (31,2%) случаях ЭКГ-картина была интерпретирована как нормальная. Патологические изменения включали в себя нарушения ритма у 36,4% (8 человек), нарушения проводимости – у 31,8% (7 больных), признаки гипертрофии левого желудочка – у 18,9% (4 человек), признаки ишемии – у 13,6% (3 больных). При ЭхоКС наиболее часто обнаруживалось уплотнение аорты и створок аортального клапана – в 87,5% (28 человек), при этом в 60,7% (17 человек) оно сопровождается аортальной регургитацией.

### Выводы/заключение

Таким образом, поражение сердечно-сосудистой системы имеет большое распространение среди больных ССД. Частота и количество жалоб коррелируют с длительностью и активностью основного заболевания.

## СТРУКТУРИРОВАННАЯ ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ МОНИТОРИНГУ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Юрова Е.В.<sup>1</sup>, Якушин С.С.<sup>2</sup>, Савкина Н.П.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГБУ РО «Городская больница №5», Рязань, Россия;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

Минздрава России, Рязань, Россия;

<sup>3</sup>ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер», Рязань, Россия

### Введение/цель

Разработать и оценить эффективность структурированной программы обучения больных ревматоидным артритом (РА) самостоятельному мониторингу активности заболевания.

### Материал и методы

Включено 60 больных с достоверным диагнозом РА, соответствующим диагностическим критериям ACR/EULAR 2010 г. (52 женщины и 8 мужчин, средний возраст  $58,8 \pm 10,4$  года, медиана продолжительности РА 5 [2,75; 12] лет). Проводилось обучение больных самостоятельно оценивать болезненность и припухлость суставов по разработанной оригинальной методике «Структурированная программа обучения больных РА самостоятельному мониторингу активности заболевания». Обучение проводилось во время исходного визита и через месяц (2-й визит). Для контроля освоения навыков проводилась параллельная оценка количества болезненных и припухших суставов врачом и пациентом на 2-м визите и через 2 мес (3-й визит) от исходного визита. Анализ статистической значимости проводился с помощью критерия Мак-Немара (различия достоверны при  $p < 0,05$ ).

### Результаты/обсуждение

При параллельной оценке врачом и пациентом числа припухших суставов абсолютное совпадение было у 26 (43%) больных на 2-м визите, на 3-м визите – у 41 (68%) пациента ( $p=0,018$ ). Результаты определения количества болезненных суставов врачом и больным на 2-м визите совпадали в 20 (33%), на 3-м – в 36 (60%) случаях ( $p=0,003$ ).

### **Выводы/заключение**

Таким образом, применение структурированной программы позволяет больным РА правильно определять в 60% случаев болезненность и в 68% случаев припухлость суставов, что имеет важное значение в самоконтроле активности заболевания.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЕПАРАТА КЕТОПРОФЕН ГЕЛЬ В СРАВНЕНИИ С ПРЕПАРАТОМ ФАСТУМ® ГЕЛЬ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

**Яшина Е.М., Грунина Е.А.**

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия*

### **Введение/цель**

Для клинической практики вопрос о сопоставимости дженериков и оригинальных препаратов по силе действия является актуальным. Цель – оценка эффективности и безопасности терапии препаратом Кетопрофен, гель (ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов») у пациентов, страдающих вертеброгенными болями в шейном, грудном и/или поясничного отдела позвоночника, в сравнении с препаратом Фастум® гель (производства А. Менарини Фармасьютикал Индастриз Групп Лтд, Италия).

### **Материал и методы**

В исследование включено 60 больных, средний возраст  $55,1 \pm 11,8$  года: 47 (78,3%) женщин и 13 (21,7%) мужчин. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела. Исследуемая группа (n=30) в течение 14 дней использовала в качестве локальной терапии Ке-

топрофен гель, контрольная группа (n=30) Фастум® гель. Методы обследования включали опросник Освестри; оценку больным интенсивности боли при движении и при пальпации по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); оценку переносимости и характер нежелательных реакций; оценку эффективности терапии врачом и пациентом, которая проводилась на 15-й день лечения. Терапия считалась эффективной при уменьшении боли в покое более чем на 50% от первоначального значения по ВАШ.

### **Результаты/обсуждение**

В обеих группах интенсивность боли при движении постепенно снижалась, достоверных различий по группам не отмечено ( $p=0,63$ ). Частота снижения по ВАШ на 50% и более нарастала по мере лечения в обеих группах: от 13,3 и 20% на втором визите в группах Кетопрофена и Фастума® соответственно до 70 и 73,3% на 15-й день. Различия по группам не были достоверными. Оценка эффекта врачом и пациентом по группам не различалась и соответствовала успеху терапии в 90% случаев и более. Применение опросника Освестри выявило положительную динамику в обеих группах. При этом Кетопрофен гель показал себя не менее эффективным, чем Фастум® гель. Оба геля не вызывали повышения артериального давления, аллергических реакций отмечено не было.

### **Выводы/заключение**

Применение препарата Кетопрофен гель в терапии болевого синдрома у пациентов с остеохондрозом позвоночника вызывает снижение интенсивности болевого синдрома, а также улучшение функциональной активности. Сравнение препарата Кетопрофен гель с препаратом Фастум® гель не выявило достоверных различий в степени и скорости наступления положительного эффекта. Отсутствие серьезных нежелательных реакций и статистически достоверных изменений клинических параметров крови и мочи, а также артериального давления у пациентов обеих групп за время наблюдения свидетельствует о хорошей переносимости и безопасности препарата.



## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 3 С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ДЕСТРУКТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ</b> .....	3
<i>Авдеева А.С., Александрова Е.Н., Новиков А.А., Панасюк Е.Ю., Лукина Г.В., Черкасова М.В., Насонов Е.Л.</i>	
<b>РАЗЛИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДАЛИМУМАБА ПРИ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРЕПАРАТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И НАЛИЧИЯ АНТИТЕЛ К НЕМУ</b> .....	3
<i>Авдеева А.С., Александрова Е.Н., Новиков А.А., Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Черкасова М.В., Насонов Е.Л.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЗИТИВНОГО ПО АНТИТЕЛАМ К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ (АЦЦП) РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА</b> .....	4
<i>Авдеева О.С., Юнина Т.А., Беляева Е.А.</i>	
<b>МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ</b> .....	4
<i>Алекперов Р.Т., Смирнов А.В., Торопцова Н.В., Черемухина Е.О.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНЫХ АУТОИММУННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ</b> .....	5
<i>Александрова Е.Н.</i>	
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ УПРУГОЭЛАСТИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВОЙСТВ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	5
<i>Антипова В.Н., Радайкина О.Г.</i>	
<b>ТРУДНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НА РАННЕЙ СТАДИИ (по данным когорты «РЕНЕССАНС»)</b> .....	6
<i>Асеева Е.А., Соловьев С.К., Решетняк Т.М., Клюквина Н.Г., Попкова Т.В., Кошелева Н.М., Лисицына Т.А., Панафидина Т.А., Герасимова Е.В., Середавкина Н.В., Кондратьева Л.В., Цанян М.Э., Матьянова Е.В., Завальская М.В., Лопатина Н.Е., Тарасова Г.М., Федина Т.П., Евсикова М.Д., Сажина Е.Г., Глухова С.И., Насонов Е.Л.</i>	
<b>НЕОБРАТИМЫЕ ОРГАНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ (РЕНЕССАНС)</b> .....	6
<i>Асеева Е.А., Соловьева Е.С., Решетняк Т.М., Клюквина Н.Г., Попкова Т.В., Кошелева Н.М., Лисицына Т.А., Панафидина Т.А., Герасимова Е.В., Середавкина Н.В., Кондратьева Л.В., Цанян М.Э., Матьянова Е.В., Завальская М.В., Лопатина Н.Е., Тарасова Г.М., Федина Т.П., Евсикова М.Д., Сажина Е.Г., Глухова С.И., Соловьев С.К., Насонов Е.Л.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРИОТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА</b> .....	7
<i>Афанасьева Т.Л., Гетагазов М.Э.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СУСТАВАХ</b> .....	7
<i>Ахтямов И.Ф., Лапина С.А., Мясоутова Л.И., Гильмутдинов И.Ш., Хаертдинов И.С.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	8
<i>Ахтямов И.Ф., Лапина С.А., Мясоутова Л.И., Гильмутдинов И.Ш., Афанасьева М.А., Хаертдинов И.С.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА</b> .....	8
<i>Ахунова М.Ф., Каримова Г.Н., Шукурова С.М., Хамроева З.Д.</i>	
<b>ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ВИРАЖИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА</b> .....	9
<i>Баймолдина Ж.К.</i>	
<b>ПЕРВИЧНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2006–2012 гг.</b> .....	9
<i>Баймухамедов Ч.Т., Оспанова Ж.А., Исаходжаев Ш.Б.</i>	
<b>АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ В ОДНОЙ ИЗ ПОЛИКЛИНИК ГОРОДА ШЫМКЕНТА ЗА 2011–2013 гг.</b> .....	10
<i>Баймухамедов Ч.Т., Махмудов Ш.А., Абдурахманов Ш.А.</i>	
<b>СТЕРОИДНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	10
<i>Баймухамедова Р.О.</i>	
<b>СТРУКТУРА БОЛЕЗНЕЙ ПАЦИЕНТОВ ЧАСТНОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА</b> .....	10
<i>Баймухамедова М.К., Баймухамедов Ч.Т., Оспанова Ж.А.</i>	

<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ГЕНЕРИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ЛЕФЛУНОМИДА ЭЛАФРЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ (РОССИЙСКОЕ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) . . .</b>	<b>11</b>
<i>Балабанова Р.М., Дубинина Т.В., Горячев Д.В.</i>	
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ (2010–2012) . . . . .</b>	<b>12</b>
<i>Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ СЕРДЦА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (2010–2012) . . .</b>	<b>12</b>
<i>Балабанова Р.М., Эрдес Ш.Ф., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ И УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D (25-ГВД) У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. . . . .</b>	<b>12</b>
<i>Банку И., Десятникова Е., Гроппа Л.</i>	
<b>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА . . . . .</b>	<b>13</b>
<i>Баранов Е.В., Парамонова О.В., Маслакова Л.А., Левкина М.В., Хортиева С.С.</i>	
<b>УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕЙРОБОРРЕЛИОЗОМ . . . . .</b>	<b>13</b>
<i>Баранова Н.С., Спириг Н.Н., Баранов А.А., Абайтова Н.Е., Речкина О.П.</i>	
<b>ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ КАСПАЗ 3, 6, 9 ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ . . . . .</b>	<b>14</b>
<i>Барышева О.Ю., Малышева И.Е., Везикова Н.Н., Марусенко И.М., Выбач М.В., Топчиева Л.В., Курбатова И.В.</i>	
<b>ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПО ВОПРОСАМ ОСТЕОПОРОЗА . . . . .</b>	<b>14</b>
<i>Башкова И.Б., Безлюдная Н.В., Гоголин А.В., Тарасов А.Н., Киселева И.Н., Сенькова О.В.</i>	
<b>ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОК С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ . . . . .</b>	<b>15</b>
<i>Башлакова Н.А., Тябут Т.Д.</i>	
<b>КАЧЕСТВЕННАЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОК С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ . . . . .</b>	<b>15</b>
<i>Башлакова Н.А.</i>	
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ЛЕКАРСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) . . . . .</b>	<b>16</b>
<i>Бекенова Г.Т., Мавлянов И.Р., Ризамухамедова М.З., Джурбаева Э.Р., Алимова Н.З., Матчанов С.Х.</i>	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИНХРОННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ . . . . .</b>	<b>16</b>
<i>Беликов О.А., Кнауб Н.В., Ночвай Е.Э., Лушпаева Ю.А.</i>	
<b>ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ ДЕНОСУМАБА . . . . .</b>	<b>17</b>
<i>Белоконь Я.В., Беляева Е.А.</i>	
<b>ИНФОРМИРОВАННОСТЬ И ОБРАЩАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ . . . . .</b>	<b>17</b>
<i>Беляева Е.А.</i>	
<b>ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ СТРОНЦИЯ РАНЕЛАТОМ . . . . .</b>	<b>17</b>
<i>Беляева Е.А.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АССОЦИИРОВАННЫХ С АНТИНУКЛЕАРНЫМИ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИМИ АНТИТЕЛАМИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ . . . . .</b>	<b>18</b>
<i>Беляева И.Б., Чудинов А.Л.</i>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛА ПРИ ЛЮПУС-НЕФРИТЕ . . . . .</b>	<b>18</b>
<i>Беркелиева М.М.</i>	
<b>СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ И БЕЗ НЕГО . . . . .</b>	<b>19</b>
<i>Бестаев Д.В., Новиков А.А., Александрова Е.Н., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л.</i>	
<b>КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ. . . . .</b>	<b>19</b>
<i>Богмат Л.Ф., Шевченко Н.С., Демьяненко М.В.</i>	
<b>НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА . . . . .</b>	<b>20</b>
<i>Болотских А.В., Михайлова Д.М., Белова Ю.С., Семченкова М.Ю., Погодина М.В., Кречикова Д.Г., Гераськина Т.М., Михалик Д.С.</i>	
<b>СОМАТОТИПИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ЖЕНЩИН С КОМОРБИДНОСТЬЮ ОСТЕОАРТРОЗА И ОСТЕОПОРОЗОМ . . .</b>	<b>20</b>
<i>Большакова Т.Ю., Капустина Е.В., Шарайкина Е.П.</i>	

<b>НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ У БОЛЬНЫХ РАННИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКОЙ КОГОРТЫ</b> .....	21
<i>Бочкова А.Г., Губарь Е.Е., Румянцева О.А., Дубинина Т.В., Демина А.В., Шубин С.В., Годзенко А.А., Тюхова Е.Ю., Смирнов А.А., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ЭТАНЕРЦЕПТОМ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ</b> .....	21
<i>Бочкова А.Г., Румянцева О.А., Тюхова Е.Ю., Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>ИСХОДНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РАННИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКОЙ КОГОРТЫ</b> .....	22
<i>Бочкова А.Г., Губарь Е.Е., Румянцева О.А., Дубинина Т.В., Демина А.В., Шубин С.В., Годзенко А.А., Тюхова Е.Ю., Смирнов А.А., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>ИЗУЧЕНИЕ АГРЕССИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	22
<i>Бурлай О.С., Грехов Р.А.</i>	
<b>ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ</b> .....	23
<i>Бусалаева Е.И., Лохова А.В.</i>	
<b>ПОКАЗАТЕЛИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ</b> .....	23
<i>Вайсман Д.Ш., Сальникова Т.С., Сороцкая В.Н.</i>	
<b>ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И ОСТЕОПОРОЗАХ ПРИ МЕЖДУНАРОДНЫХ СРАВНЕНИЯХ</b> .....	24
<i>Вайсман Д.Ш., Сороцкая В.Н., Балабанова Р.М.</i>	
<b>СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ</b> .....	24
<i>Валеева Ф.В., Нуруллина Г.И.</i>	
<b>ДИНАМИКА УРОВНЯ С-ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПОСЛЕ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ</b> .....	25
<i>Валеева Ф.В., Нуруллина Г.И.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГОНАРТРОЗА ОТЕЧЕСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ РУСВИСК</b> .....	25
<i>Васькова Н.В., Лесняк О.М.</i>	
<b>СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА СРЕДИ КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ РУССКОЙ И БУРЯТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ</b> .....	26
<i>Верхотурова С.В., Аксенова Т.А., Царенок С.Ю., Панина Е.С.</i>	
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ДЕПОНИРОВАНИЯ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АРТРИТОМ</b> .....	26
<i>Владимиров С.А., Елисеев М.С., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ИНТЕРЛЕЙКИН 10 – ИНФОРМАТИВНЫЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ</b> .....	27
<i>Войнова Ю.В., Козлова Л.К.</i>	
<b>КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБАНГИИТОМ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)</b> .....	27
<i>Воронина Н.В., Тушко С.Н., Слуцкая Н.П., Староверова Ю.К., Попова Е.С.</i>	
<b>ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ АКТИВНОГО АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТАЛЛ</b> .....	28
<i>Гайдукова И.З., Ребров А.П., Поддубный Д.А.</i>	
<b>ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С РОДИТЕЛЯМИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНЫХ АРТРИТАХ У ДЕТЕЙ</b> .....	28
<i>Гареева Г.Р., Малиевский В.А.</i>	
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОТЕРАПИИ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ГОНАРТРОЗЕ</b> .....	29
<i>Гетагазов М.Э., Афанасьева Т.Л.</i>	
<b>КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ АКТИВНОСТИ, КОЛИЧЕСТВА И АНТИТЕЛ К ЦЕРУЛОПЛАЗМИНУ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	29
<i>Гонтарь И.П., Емельянова О.И., Маслакова Л.А., Баранов Е.В., Зборовская И.А.</i>	
<b>ЗНАЧЕНИЕ МАССЫ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	29
<i>Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В., Кондратьева Л.В., Олисаева Д.Р., Колмакова Д.С., Черкасова М.В., Александрова Е.Н., Демин Н.В., Смирнов А.В., Насонов Е.Л.</i>	

<b>ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ЖИРОВОЙ МАССЫ ТЕЛА, УРОВНЕЙ АДИПОЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ .....</b>	<b>30</b>
<i>Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В., Кондратьева Л.В., Фомичева О.А., Новикова Д.С., Новиков А.А., Демин Н.В., Смирнов А.В., Александрова Е.Н., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА .....</b>	<b>31</b>
<i>Горячева С.А., Погребная М.В., Войцеховский В.В., Приходько О.Б., Ерёменко С.И., Фомина О.П., Куцына З.А., Попова В.А., Белованская М.В., Таран А.А.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ .....</b>	<b>31</b>
<i>Гриднева Р.И., Закиров М.М., Ковешникова Н.А., Кондрыкинский Е.Л., Початкова Г.И., Житенева А.И., Хомарова Е.В.</i>	
<b>СИСТЕМНЫЙ ВАРИАНТ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С СИНДРОМОМ СДАВЛЕНИЯ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ) .....</b>	<b>32</b>
<i>Гриднева Р.И., Закиров М.М., Ковешникова Н.А., Кондрыкинский Е.Л., Початкова Г.И.</i>	
<b>РЕВМАТИЧЕСКИЕ «МАСКИ» ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ .....</b>	<b>32</b>
<i>Гриднева Р.И., Закиров М.М., Ковешникова Н.А., Кондрыкинский Е.Л.</i>	
<b>ВАРИАНТЫ БОЛИ И СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. ....</b>	<b>33</b>
<i>Громова М.А., Мясоедова С.Е.</i>	
<b>БОЛЬ В СУСТАВАХ, ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И АФФЕКТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ .....</b>	<b>33</b>
<i>Громова О.А., Синеглазова А.В.</i>	
<b>СНИЖЕНИЕ КОСТНОЙ МАССЫ У БОЛЬНЫХ РАННИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ .....</b>	<b>34</b>
<i>Губарь Е.Е., Бочкова А.Г., Смирнов А.В., Тюхова Е.Ю., Дубинина Т.В., Дёмина А.Б., Годзенко А.А., Румянцева О.А., Шубин С.В., Глухова С.И., Урумова М.М., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ КЛИНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ РАННИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ .....</b>	<b>34</b>
<i>Губарь Е.Е., Смирнов А.В., Тюхова Е.Ю., Дубинина Т.В., Дёмина А.Б., Годзенко А.А., Румянцева О.А., Шубин С.В., Глухова С.И., Урумова М.М., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОВЕРКА РОССИЙСКОЙ ВЕРСИИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ НЬЮ-ЙОРКСКИХ КРИТЕРИЕВ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА .....</b>	<b>35</b>
<i>Губарь Е.Е., Бочкова А.Г., Смирнов А.В., Тюхова Е.Ю., Дубинина Т.В., Дёмина А.Б., Годзенко А.А., Румянцева О.А., Шубин С.В., Глухова С.И., Урумова М.М., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ СИНВИСКА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ .....</b>	<b>35</b>
<i>Гулиева Г.И., Ягода А.В.</i>	
<b>АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ .....</b>	<b>36</b>
<i>Гульнева М.Ю., Носков С.М., Малафеева Э.В.</i>	
<b>МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ДЛЯ ПЦР-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ИНФОРМАТИВНЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ .....</b>	<b>36</b>
<i>Гусева И.А., Сорока Н.Е., Крылов М.Ю., Самаркина Е.Ю., Демидова Н.В., Лучихина Е.Л., Александрова Е.Н., Новиков А.А., Панасюк Е.Ю., Авдеева Е.А., Федоренко Е.В., Аронова Е.С., Лукина Г.В., Болдырева М.Н., Трофимов Д.Ю., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОАРТРОЗА .....</b>	<b>37</b>
<i>Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н.</i>	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ .....</b>	<b>37</b>
<i>Гусейнов Н.И., Гусейнова Н.Н.</i>	
<b>РЕВМАТОИДНЫЕ ПРИЗНАКИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ТАЛАССЕМИЕЙ .....</b>	<b>37</b>
<i>Гусейнова Т.Г., Шадлинская Р.В.</i>	
<b>ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ .....</b>	<b>38</b>
<i>Даминов Ш.Н., Назарова К.Х., Расулова Н.Х., Усмонова З.И.</i>	
<b>ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ .....</b>	<b>38</b>
<i>Демин Н.В., Торопцова Н.В., Насонов Е.Л., Кораблев В.М., Кострицкий А.В., Садиков П.В.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА У ЭТНИЧЕСКИХ АЗЕРБАЙДЖАНЦЕВ .....</b>	<b>39</b>
<i>Джафарова А.Р., Алекберова З.С.</i>	

<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭТАНЕРЦЕПТА В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)</b> .....	39
<i>Дильманова Д.С., Исаева Б.Г.</i>	
<b>МОЖНО ЛИ БОЛЬНЫМ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ ЗАНИМАТЬСЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ?</b> .....	40
<i>Дубинина Т.В., Кузяков С.Н., Подряднова М.В., Красненко С.О., Сухарева М.Л., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПОТРЕБНОСТЬЮ И НАЗНАЧЕНИЕМ ПРОТИВООСТЕОПОРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РОССИИ</b> .....	40
<i>Дыдыкина И.С., Веткова Е.С., Подворотова М.М., Таскина Е.А., Смирнов А.В., Синенко А.А., Раскина Т.А., Пешехонов Д.В., Мясоедова С.Е., Заводовский Б.В., Дыдыкина П.С., Петрова Е.В., Жигулин В.В., Алексеева Л.И., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ ПРОТИВООСТЕОПОРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОЦЕНКИ РИСКА МАЛОТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РОССИИ</b> .....	41
<i>Дыдыкина И.С., Веткова Е.С., Подворотова М.М., Таскина Е.А., Смирнов А.В., Синенко А.А., Раскина Т.А., Пешехонов Д.В., Мясоедова С.Е., Заводовский Б.В., Дыдыкина П.С., Петрова Е.В., Жигулин В.В., Алексеева Л.И., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ДИНАМИКЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ</b> .....	41
<i>Дыдыкина И.С., Алексеева О.Г., Смирнов А.В., Петрова Е.В., Подворотова М.М., Дыдыкина П.С., Таскина Е.А., Веткова Е.С., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ РИТУКСИМАБА НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТИ ЧЕРЕЗ 24 МЕС ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	42
<i>Дыдыкина П.С., Дыдыкина И.С., Девятайкина А.Ю., Лукина Г.В., Смирнов А.В., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ПАННИКУЛИТ ВЕБЕРА–КРИСЧЕНА: КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ</b> .....	42
<i>Егорова О.Н., Белов Б.С., Раденска-Лоповок С.Г., Савушкина Н.М., Пушкова О.В.</i>	
<b>КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА</b> .....	43
<i>Елисюткина С.В., Беляева Е.А.</i>	
<b>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АНТИТЕЛОГЕНЕЗА К ЦЕРУЛОПЛАЗМИНУ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ</b> .....	43
<i>Емельянова О.И., Парамонова О.В., Морозова Т.А., Королик О.Д., Черкесова Е.Г.</i>	
<b>ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ</b> .....	44
<i>Ефременкова Л.Н., Якименко Е.А., Кравчук О.Е., Иващенко В.В.</i>	
<b>ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	44
<i>Жигулина А.И., Тыренко В.В.</i>	
<b>ДЛИТЕЛЬНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ</b> .....	45
<i>Журавлева М.О., Климова О.П.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	45
<i>Иванов Д.В., Макаров С.А., Павлов В.П., Макаров М.А., Логунов А.Л., Каратеев Д.Е., Амирджанова В.Н.</i>	
<b>СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Г. СЕМЕЙ</b> .....	46
<i>Иванова Р.Л., Горемыкина М.В., Какенова М.</i>	
<b>СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В КАЗАХСТАНЕ НА ПРИМЕРЕ Г. СЕМЕЙ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДАННЫХ ЕРІ 116387)</b> .....	46
<i>Иванова Р.Л., Омарбекова Ж.Е., Горемыкина М.В.</i>	
<b>ДИНАМИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ЛЮЗАП, ДИРОТОН, ЭНАП У БОЛЬНЫХ С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</b> .....	47
<i>Иванова К.В., Майко О.Ю.</i>	
<b>HLA-B51 И СЕМЕЙНАЯ АГРЕГАЦИЯ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА ЭТНИЧЕСКИХ ДАГЕСТАНЦЕВ</b> .....	47
<i>Измаилова Ф.И., Гусева И.А., Алекберова З.С.</i>	
<b>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И ОСТЕОАРТРОЗОМ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА</b> .....	48
<i>Исаева Б.Г., Исаева С.М.</i>	
<b>СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА</b> .....	48
<i>Ищенко Д.А., Вельтищев Д.Ю., Лисицына Т.А., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф., Алекберова З.С.</i>	

<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ</b> .....	<b>49</b>
<i>Кадочникова Е.Ю., Алексеева Л.И., Ходырев В.Н., Ершова О.Б., Попова Т.А., Лесняк О.М.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ТОЦИЛИЗУМАБА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СИСТЕМНОГО ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА</b> .....	<b>49</b>
<i>Каледа М.И., Никишина И.П.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АБАТАЦЕПТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	<b>50</b>
<i>Канонирова М.А., Лукина Г.В., Сигидин Я.А., Аронова Е.С., Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Насонов Е.Л.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОАРТРОЗА У ЖЕНЩИН С КОМОРБИДНОСТЬЮ ОСТЕОАРТРОЗА И ОСТЕОПОРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И КОНСТИТУЦИИ</b> .....	<b>50</b>
<i>Капустина Е.В., Большакова Т.Ю., Шарайкина Е.П., Чупахина В.А.</i>	
<b>ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ» (TREAT TO TARGET)</b> .....	<b>51</b>
<i>Каратеев Д.Е., Орлова Е.В., Денисов Л.Н., Булгакова Н.А.</i>	
<b>ЧАСТОТА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ</b> .....	<b>51</b>
<i>Каримова Г.Н., Шукурова С.М., Хамроева З.Д.</i>	
<b>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ</b> .....	<b>52</b>
<i>Каримова Г.Н., Шукурова С.М., Шодиев Б.Р.</i>	
<b>МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ</b> .....	<b>52</b>
<i>Карпова О.Г., Ребров А.П.</i>	
<b>ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНОЙ ТЕРАПИИ</b> .....	<b>52</b>
<i>Карпова О.Г., Ребров А.П.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ СДВИГОВ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ</b> .....	<b>53</b>
<i>Касимова М.Б.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ ANTI-ФНО-ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С УВЕИТАМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> .....	<b>53</b>
<i>Катаргина Л.А., Слепова О.С., Денисова Е.В., Старикова А.В., Любимова Н.В., Осипова Н.А., Петровская М.С.</i>	
<b>ГОНАРТРОЗ: ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ 5-ЛЕТНЕМ ПРОСПЕКТИВНОМ НАБЛЮДЕНИИ</b> .....	<b>54</b>
<i>Кашеварова Н.Г., Зайцева Е.М., Смирнов А.В., Пушкова О.В., Демин Н.В., Алексеева Л.И., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ БАЗИСНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ И ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ</b> .....	<b>54</b>
<i>Кириллова И.Г., Новикова Д.С., Попкова Т.В., Корсакова Ю.О., Горбунова Ю.Н., Маркелова Е.И., Волков А.В., Колмакова Д.С., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л.</i>	
<b>АНТИТЕЛА К ГЛИКОПРОТЕИНУ 2 У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> .....	<b>55</b>
<i>Кобец Ю.Г., Волкова М.В., Кундер Е.В., Генералов И.И., Роггенбук Д.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ ИНТЕРЛЕЙКИНА (КАНАКИНУМАБ) У ДЕТЕЙ С TRAPS- И NIDS-СИНДРОМАМИ</b> .....	<b>55</b>
<i>Козлова А.Л., Мамзерова Е.С., Масчан А.А., Щербина А.Ю.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ СТРОНЦИЯ РАНЕЛАТОМ И БИСФОСФОНАТАМИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ВТОРИЧНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	<b>56</b>
<i>Колупаева И.В., Чушникова Н.Н., Симонова О.В.</i>	
<b>СОДЕРЖАНИЕ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ 9 И КОМПЛЕКСА ММП9/ТИМП2 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ</b> .....	<b>56</b>
<i>Комендантова Н.С., Кулаков Ю.В., Синенко А.А., Лукьянов П.А.</i>	
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НОВЫХ КРИТЕРИЕВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НА РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ</b> .....	<b>57</b>
<i>Конева О.А., Овсянникова О.Б., Старовойтова М.Н., Черёмухина Е.О., Ананьева Л.П.</i>	
<b>ДИНАМИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ</b> .....	<b>58</b>
<i>Королева М.В., Раскина Т.А., Дыдыкина И.С., Малышенко О.С.</i>	

<b>СТРАТЕГИЯ T2T (ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ) ПРИ РАННЕМ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕМАРКА).....</b>	<b>58</b>
<i>Коротаева Т.В., Логинова Е.Ю., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСТЕКИНУМАБА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ, ТОРПИДНЫХ К ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ <math>\alpha</math>.....</b>	<b>59</b>
<i>Корсакова Ю.Л., Пчелинцева А.Е., Годзенко А.А., Станислав М.Л., Денисов Л.Н., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ .....</b>	<b>59</b>
<i>Корягина Н.В., Мясоедова С.Е., Громова М.А.</i>	
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ ТОЦИЛИЗУМАБОМ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫДЕЛЯТЬ ПОДТИП СИСТЕМНОГО ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С НИЗКОЙ АКТИВНОСТЬЮ И ВОЗМОЖНОСТЬЮ ДОСТИЖЕНИЯ БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕМИССИИ .....</b>	<b>60</b>
<i>Костик М.М., Масалова В.В., Дубко М.Ф., Снегирева Л.С., Чикова И.А., Исупова Е.А., Бучинская Н.В., Гайдар Е.В., Калашникова О.В., Часнык В.Г.</i>	
<b>РАЗРАБОТКА КРИТЕРИЕВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ СИСТЕМНЫМ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ.....</b>	<b>60</b>
<i>Костик М.М., Дубко М.Ф., Масалова В.В., Снегирева Л.С., Чикова И.А., Исупова Е.А., Бучинская Н.В., Гайдар Е.В., Калашникова О.В., Часнык В.Г.</i>	
<b>КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА. ....</b>	<b>61</b>
<i>Красненко С.О., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В., Смирнов А.В., Урумова М.М.</i>	
<b>СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ В СМОЛЕНСКЕ .....</b>	<b>61</b>
<i>Кречикова Д.Г.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ФЕТАЛЬНЫХ ХОНДРОЦИТОВ БОЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....</b>	<b>62</b>
<i>Криворучко Н.А., Рахимбекова Г.А., Зарипова Л.Н., Туребеков З.Т.</i>	
<b>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗРАСТА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....</b>	<b>62</b>
<i>Кропотина Т.В., Морова Н.А., Гудинова Ж.В.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИРЕЗОРБТИВНОЙ ТЕРАПИИ БИСФОСФОНАТАМИ ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ АССОЦИИРОВАНА С РАЗНЫМИ ГЕНОТИПАМИ ПОЛИМОРФИЗМОВ МОНОЦИТАРНОГО ХЕМОАТТРАКТАНТНОГО БЕЛКА 1 И РЕЦЕПТОРА ХЕМОКИНА 5 .....</b>	<b>63</b>
<i>Крылов М.Ю., Гусева И.А., Никитинская О.А., Самаркина Е.Ю., Торопцова Н.В.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНФЛИКСИМАБОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ .....</b>	<b>63</b>
<i>Кузнецова Н.А., Колотова Г.Б.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ .....</b>	<b>64</b>
<i>Кулова Л.А., Бурдули Н.М., Бурдули Н.Н.</i>	
<b>ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ .....</b>	<b>64</b>
<i>Кулчинова Г.А., Мамасаидов А.Т.</i>	
<b>УРОВНИ IP10, RANTES, MIP1<math>\beta</math> и MХБ КАК ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....</b>	<b>65</b>
<i>Кунст М.А., Якупова С.П., Ризванов А.А., Хайбуллина С.Ф., Абдракипов Р.З., Протопопов М.С.</i>	
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СТРОНЦИЯ РАНЕЛАТА В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА .....</b>	<b>65</b>
<i>Лапина С.А., Мясоутова Л.И., Васильев А.Г.</i>	
<b>РЕМИССИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ – ЧТО ДАЛЬШЕ? ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В РЕМИССИИ .....</b>	<b>66</b>
<i>Лапина С.А., Мясоутова Л.И., Мухина Р.Г., Васильев А.Г.</i>	
<b>ВЗАИМОПОНИМАНИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ КАК ИНСТРУМЕНТ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ (РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПЦИИ T2T CONNECT) .....</b>	<b>66</b>
<i>Лапина С.А., Мясоутова Л.И., Сухорукова Е.В., Мухина Р.Г.</i>	
<b>ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОАРТРОЗА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....</b>	<b>67</b>
<i>Лебец И.С., Шевченко Н.С., Кашкалда Д.А., Нелина И.Н.</i>	

<b>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ 104 ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В КОГОРТЕ «РЕНЕССАНС»</b> .....	<b>67</b>
<i>Летунович М.В., Асеева Е.А., Амирджанова В.Н., Соловьев С.К., Глухова С.И., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ОСТЕОАРТРОЗ У ПОДРОСТКОВ: ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ</b> .....	<b>68</b>
<i>Летяго А.В., Лебец И.С., Шевченко Н.С., Матвиенко Е.В., Евсеева З.Н.</i>	
<b>КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ МЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ СУСТАВОВ КИСТЕЙ</b> .....	<b>68</b>
<i>Леушина Е.А., Симонова О.В.</i>	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПИАСКЛЕДИН В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b> .....	<b>69</b>
<i>Лищук О.В., Даничкина Н.Г.</i>	
<b>СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ И МИНИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОГО ОСМОТРА И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С РАННИМ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПО ПРИНЦИПАМ TREAT TO TARGET (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕМАРКА)</b> .....	<b>69</b>
<i>Логинова Е.Ю., Кортаева Т.В., Северинова М.В., Мисюк А.С., Волков А.В., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л.</i>	
<b>КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ</b> .....	<b>70</b>
<i>Лященко М.А., Грехов Р.А., Харченко С.А., Сулейманова Г.П., Бурлай О.С.</i>	
<b>РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОЦИЛИЗУМАБА ПРИ СИСТЕМНОМ ВАРИАНТЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА</b> .....	<b>70</b>
<i>Малиевский В.А., Гареева Г.Р., Шабанова А.Т., Первушина Е.П., Хасанова А.А., Каленова Э.В., Нуриахметова А.Ж., Сапронова Л.Ю.</i>	
<b>АНТИ-В-КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ В-КЛЕТОЧНОЙ АКТИВАЦИИ</b> .....	<b>71</b>
<i>Мамасаидов А.Т., Кулчинова Г.А., Сакибаев К.Ш., Эшбаева Ч.А.</i>	
<b>НОВЫЙ ПОДХОД К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ УРОГЕННЫМ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ</b> ...	<b>71</b>
<i>Мамедов Р.Ф., Гусейнов Н.И.</i>	
<b>ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ И ВЕЛИЧИНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН</b> .....	<b>72</b>
<i>Марусенко И.М., Пашкова И.Г., Везикова Н.Н.</i>	
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	<b>72</b>
<i>Маслинская Л.Н., Башлакова Н.А., Тябут Т.Д., Буглова А.Е.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДО ЗАЧАТИЯ НА ЕЕ ДИНАМИКУ В РАЗНЫЕ ТРИМЕСТРЫ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ</b> .....	<b>73</b>
<i>Матьянова Е.В., Кошелева Н.М., Алекберова З.С., Насонов Е.Л.</i>	
<b>МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ</b> .....	<b>73</b>
<i>Мирзабекова Ж.А., Туртаева А.Е., Дастанов Д., Кудайберген Г.А.</i>	
<b>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ КУПИРОВАНИИ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ</b> .....	<b>74</b>
<i>Михневич Э.А., Алексейчик С.Е., Мытник Е.А., Головки Т.Г., Кручина Н.А.</i>	
<b>ФАКТОРЫ РИСКА ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ КУПИРОВАНИИ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ</b> .....	<b>74</b>
<i>Михневич Э.А., Артишевская Н.И., Мытник Е.А.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АБАТАЦЕПТОМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	<b>75</b>
<i>Мнацакян С.Г., Хрипунова И.Г., Урусова Ф.И., Орехова Н.В., Хрипунова А.А.</i>	
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ</b> .....	<b>75</b>
<i>Мукагова М.В., Елисеев М.С.</i>	
<b>РОЛЬ ФЕРРИТИНА ПРИ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА ВЗРОСЛЫХ</b> .....	<b>76</b>
<i>Муравьев Ю.В., Хлабощина В.Н., Лебедева В.В., Кашикова Л.Н., Мисюк А.С., Феклистов А.Ю.</i>	
<b>ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПОДКОЖНОГО НАЗНАЧЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА БОЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	<b>76</b>
<i>Муравьев Ю.В., Гриднева Г.И., Каратеев Д.Е.</i>	



<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОЦИЛИЗУМАБА ПРИ АА-АМИЛОИДОЗЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ. . . . .</b>	<b>76</b>
<i>Муравьев Ю.В., Алексеева А.В., Александрова Е.Н., Кашикова Л.Н.</i>	
<b>ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ, СТАВШИХ ВЗРОСЛЫМИ. . . . .</b>	<b>77</b>
<i>Муравьева Н.В., Муравьев Ю.В.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА БОЛИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ДЕЗАДАПТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ . . . . .</b>	<b>77</b>
<i>Муслимова Е.В., Якупова С.П., Якупов Э.З., Саковец Т.Г.</i>	
<b>ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА . . . . .</b>	<b>78</b>
<i>Мухаммадиева С.М., Ризамухамедова М.З., Курбанова Ш.Р.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА И РИСК ПЕРЕЛОМОВ И ПАДЕНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ . . . . .</b>	<b>78</b>
<i>Мясоедова С.Е., Рубцова О.А., Карманова В.Б., Корягина Н.В., Васильева Н.В.</i>	
<b>ОТНОШЕНИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА К АНКИЛОЗИРУЮЩЕМУ СПОНДИЛИТУ: ВОПРОСЫ ВЗАИМОПОНИМАНИЯ. . . . .</b>	<b>79</b>
<i>Мясоедова Л.И., Лапина С.А., Мухина Р.Г., Афанасьева М.А.</i>	
<b>ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПОДАГРЕ . . . . .</b>	<b>79</b>
<i>Набиева Н.А., Зияева Ф.К., Джуроева Э.Р., Матчанов С.Х.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ АМЛОДИПИНА НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ . . . . .</b>	<b>80</b>
<i>Назарова К.Х., Нурмухамедова Н.С., Усмонова З.И.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ . . . . .</b>	<b>80</b>
<i>Наушцева М.С., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Муравьев Ю.А., Александрова Е.Н., Новиков А.А.</i>	
<b>КОМОРБИДНАЯ ИНФЕКЦИЯ В РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. . . . .</b>	<b>81</b>
<i>Некрасова Н.В.</i>	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННЕЙ СТАДИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ. . . . .</b>	<b>81</b>
<i>Несмеянова О.Б., Богданова Е.А., Синелазова А.В., Богданова Л.Б., Богданов А.А.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ТЕЧЕНИЕ КОЖНОГО И СУСТАВНОГО СИНДРОМОВ . . . . .</b>	<b>82</b>
<i>Никитин А.В., Евстратова Е.Ф., Горбатов М.Ф., Барсукова Н.А.</i>	
<b>РОЛЬ И МЕСТО ОРТЕЗОТЕРАПИИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЫ . . . . .</b>	<b>82</b>
<i>Никитин С.Е.</i>	
<b>МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. . . . .</b>	<b>83</b>
<i>Никитина Н.М., Нам И.Ф., Ребров А.П.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РАЗНЫЕ ГОДЫ НАБЛЮДЕНИЯ . . . . .</b>	<b>83</b>
<i>Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Ребров А.П.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ . . . . .</b>	<b>84</b>
<i>Никитина Н.М., Романова Т.А., Александрова Н.Л., Ребров А.П.</i>	
<b>РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДЕЛИ FRAX® . . . . .</b>	<b>84</b>
<i>Никитинская О.А., Торопцова Н.В.</i>	
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТЕОПОРОЗОМ В ФЕДЕРАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ (г. Чебоксары) . . . . .</b>	<b>85</b>
<i>Николаев Н.С., Безлюдная Н.В., Башкова И.Б., Черкасова И.В., Дербенева О.И.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ МНОГОПАРАМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛАБОРАТОРНЫХ БИОМАРКЕРОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА. . . . .</b>	<b>85</b>
<i>Новиков А.А., Александрова Е.Н., Герасимов А.Н., Каратеев Д.Е., Попкова Т.В., Лучихина Е.Л., Насонов Е.Л.</i>	

<b>КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В РАМКАХ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕМАРКА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ).....</b>	<b>86</b>
<i>Новикова Д.С., Попкова Т.В., Кириллова И.Г., Горбунова Ю.Н., Маркелова Е.И., Фомичева О.А., Новиков А.А., Александрова Е.Н., Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ .....</b>	<b>86</b>
<i>Октябрьская И.В., Беляева И.Б., Ташлыков В.А.</i>	
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУММАРНЫХ ИНДЕКСОВ АКТИВНОСТИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТАТУСА БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ .....</b>	<b>87</b>
<i>Олюнин Ю.А., Федина Т.П., Никишина Н.Ю., Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДВУХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: 6-МЕСЯЧНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ .....</b>	<b>87</b>
<i>Орлова Е.В., Каратеев Д.Е., Кочетков А.В., Денисов Л.Н., Можар Т.Е., Кузяков С.Н.</i>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧЕТЫРЕХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ У БОЛЬНЫХ РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....</b>	<b>88</b>
<i>Орлова Е.В., Каратеев Д.Е., Кочетков А.В., Денисов Л.Н.</i>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРЕХ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭРОЗИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СУСТАВОВ КИСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....</b>	<b>88</b>
<i>Осиянц Р.А., Каратеев Д.Е., Панасюк Е.Ю., Лукина Г.В., Смирнов А.В., Мирович О.В., Глухова С.И., Александрова Е.Н., Волков А.В., Насонов Е.Л.</i>	
<b>АРТРОДЕЗИРОВАНИЕ ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА I ПАЛЬЦА РЕВМАТОИДНОЙ СТОПЫ: ВЫБОР МЕТОДА, ОСЛОЖНЕНИЯ, ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ .....</b>	<b>89</b>
<i>Павлов В.П., Хренников Я.Б.</i>	
<b>К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ КРИОГЛОБУЛИНЕМИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА .....</b>	<b>89</b>
<i>Паскарь-Негреску А.Г., Гроппа Л.Г., Кябуру Л.И., Булгак-Чепой Д.В.</i>	
<b>ТУБУЛЯРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ И СВЯЗЬ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА .....</b>	<b>90</b>
<i>Патрикеева Д.А., Ребров А.П.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ.....</b>	<b>90</b>
<i>Патрикеева Д.А., Ребров А.П.</i>	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА (МАБТЕРЫ) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ .....</b>	<b>91</b>
<i>Патрикеева И.М., Евенко А.Ю., Лушпаева Ю.А.</i>	
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ, ЭРОЗИВНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В СУСТАВАХ КИСТЕЙ И СТОП И ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНКОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....</b>	<b>91</b>
<i>Петрова Е.В., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В., Подворотова М.М., Таскина Е.А., Дыдыкина П.С., Насонов Е.Л.</i>	
<b>КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ПЕРЕЛОМАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА И ПОЗВОНКОВ .....</b>	<b>92</b>
<i>Петрова Е.В., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В., Подворотова М.М., Таскина Е.А., Дыдыкина П.С., Веткова Е.С., Алексеева О.Г., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ НА КОСТНУЮ ТКАНЬ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ .....</b>	<b>92</b>
<i>Петрова Е.В., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В., Подворотова М.М., Таскина Е.А., Дыдыкина П.С., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ .....</b>	<b>93</b>
<i>Плесовская И.В., Ильиных Е.И., Ермолина А.А.</i>	
<b>ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ РИТУКСИМАБ И БАЗИСНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ .....</b>	<b>93</b>
<i>Погожева Е.Ю., Амирджанова В.Н., Макаров С.А.</i>	
<b>ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ .....</b>	<b>94</b>
<i>Погребная М.В., Горячева С.А., Куцына З.А., Фомина О.П., Ерёменко С.И., Приходько О.Б., Третьякова Н.А., Федулова Е.А., Попова В.А., Федосеева О.С.</i>	
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЙЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ .....</b>	<b>94</b>
<i>Погребная М.В., Горячева С.А., Куцына З.А., Фомина О.П., Ерёменко С.И., Федулова Е.А., Попова В.А., Таран А.А., Белованская М.Н.</i>	

<b>ПАТОЛОГИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	<b>95</b>
<i>Подряднова М.В., Балабанова Р.М., Дубинина Т.В., Урумова М.М., Пушкова О.В., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ С АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b> .....	<b>95</b>
<i>Подряднова М.В., Балабанова Р.М., Урумова М.М., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА С ТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ</b> .....	<b>96</b>
<i>Подряднова М.В., Эрдес Ш.Ф., Балабанова Р.М.</i>	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФЛИКСИМАБА В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ.</b> .....	<b>96</b>
<i>Поздеева Л.М.</i>	
<b>РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ</b> .....	<b>96</b>
<i>Польская И.И., Марусенко И.М., Везикова Н.Н.</i>	
<b>УРОВЕНЬ ВИСФАТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ</b> .....	<b>97</b>
<i>Полякова Ю.В., Симакова Е.С., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В., Ковех А.А.</i>	
<b>РИТУКСИМАБ В СРАВНЕНИИ С ИНГИБИТОРАМИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ <math>\alpha</math> В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА</b> .....	<b>97</b>
<i>Протопопов М.С., Лапина С.А., Абдулганиева Д.И., Мясоутова Л.И., Афанасьева М.А., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РИТУКСИМАБА И ИНГИБИТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ <math>\alpha</math> В ПОДАВЛЕНИИ АКТИВНОГО САКРОИЛИИТА, ВЫЯВЛЕННОГО С ПОМОЩЬЮ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ, У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ</b> .....	<b>98</b>
<i>Протопопов М.С., Лапина С.А., Закиров Р.Х., Абдулганиева Д.И., Мясоутова Л.И., Сухорукова Е.В., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ И НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ</b> .....	<b>98</b>
<i>Протопопов М.С., Лапина С.А., Абдулганиева Д.И., Мясоутова Л.И., Абдракипов Р.З., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЭТАНЕРЦЕПТОМ НА ДИНАМИКУ УРОВНЯ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 3 И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПОСЛЕДНЕЙ В ДОСТИЖЕНИИ ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	<b>99</b>
<i>Пчелинцева А.О., Жорняк А.П., Иониченок Н.Г., Панасюк Е.Ю., Черкасова М.В., Денисов Л.Н.</i>	
<b>ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ ПОВЫШЕНИЯ</b> .....	<b>99</b>
<i>Радайкина О.Г., Антипова В.Н.</i>	
<b>ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ИНЪЕКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ОБЛАСТИ ПЛЕЧА</b> .....	<b>100</b>
<i>Разин В.Н., Беляева Е.А.</i>	
<b>ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ НАБЛЮДЕНИЯ</b> .....	<b>100</b>
<i>Раскина Т.А., Аверкиева Ю.В.</i>	
<b>МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВНЕПОЗВОНОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У МУЖЧИН</b> .....	<b>101</b>
<i>Раскина Т.А., Пирогова О.А., Малышенко О.С., Фанасков В.Б.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТА ТОНЗИЛГОН Н КАК ИММУНОКОРРЕКТОРА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОВТОРНОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ</b> .....	<b>101</b>
<i>Рахманова В.Р., Ризамухамедова М.З., Матчанов С.Х., Джураева Э.Р.</i>	
<b>СТРАТЕГИИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ – ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ. РЕЗУЛЬТАТЫ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ</b> .....	<b>102</b>
<i>Ребров А.П., Гайдукова И.З., Акулова А.И., Апаркина А.В.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ СПОНДИЛОАРТРИТОВ У ЛИЦ РАЗНОГО ПОЛА. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОГРЕСС</b> .....	<b>102</b>
<i>Ребров А.П., Гайдукова И.З., Апаркина А.А., Акулова А.И., Спицына М.Ю.</i>	
<b>КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ: ПРОБЛЕМА ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЙ?</b> .....	<b>103</b>
<i>Ребров А.П., Гайдукова И.З.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ТАКРОЛИМУСА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	<b>103</b>
<i>Ризамухамедова М.З., Ахмедова Н.А., Курбанова Ш.Р., Бекенова Г.Т., Данаев Б.Б.</i>	

<b>ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА 1377 С&gt;Т ГЕНА РЕЦЕПТОРА КАЛЬЦИТОНИНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОПОРОЗОМ</b> .....	<b>104</b>
<i>Ризамухамедова М.З., Каримов Х.Я., Бобоев Н.М., Бобоев К.Т., Ибрагимов З.З., Резванов А.С., Махкамов М.М.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ РЕБАМИПИДА ПРИ ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	<b>104</b>
<i>Ризамухамедова М.З., Бекенова Г.Т., Курбанова Ш.Р., Валиева С.М., Сулаймонова Н.М.</i>	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМ ВАРИАНТОМ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА, ОСЛОЖНЕННОГО СИНДРОМОМ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ</b> .....	<b>105</b>
<i>Родионовская С.Р., Никишина И.П., Алакаева И.Б., Каледа М.И., Цымбал И.Н.</i>	
<b>ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА</b> .....	<b>105</b>
<i>Роскидайло А.А., Макаров С.А., Макаров М.А., Логунов А.Л., Асин Б.А., Павлов В.П., Амирджанова В.Н.</i>	
<b>ОСТЕОПОРОЗ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ</b> .....	<b>106</b>
<i>Ротару Л., Гроппа Л., Агаки С., Руссу Е.</i>	
<b>ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ МЕТОТРЕКСАТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ</b> .....	<b>106</b>
<i>Рохлина Ф.В., Новик Г.А.</i>	
<b>ВОЗМОЖНО ЛИ ВОССТАНОВИТЬ ПОТЕРЯННУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФЛИКСИМАБА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ?</b> .....	<b>107</b>
<i>Румянцева О.А., Бочкова А.Г., Корсакова Ю.Л., Соловьев С.К., Александрова Е.Н., Черкасова М.В., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ЭТАНЕРЦЕПТА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ</b> .....	<b>107</b>
<i>Румянцева О.А., Бочкова А.Г., Тюхова Е.Ю., Губарь Е.Е., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> .....	<b>108</b>
<i>Рыбников А.В., Бялик Е.И., Решетняк Т.М., Макаров С.А., Семёнова М.Н., Сатыбалдыева М.А.</i>	
<b>СТРУКТУРА КОМОРБИДНОСТИ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ</b> .....	<b>108</b>
<i>Рымбаева Т.Х., Иванова Р.Л.</i>	
<b>ДИНАМИКА УРОВНЯ С-ТЕРМИНАЛЬНЫХ ПЕРЕКРЕСТНЫХ ТЕЛОПЕПТИДОВ КОЛЛАГЕНА II ТИПА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТОМ И ЕГО КОМБИНАЦИЕЙ С ГЛЮКОЗАМИН ГИДРОХЛОРИДОМ</b> .....	<b>109</b>
<i>Савелова Е.Е., Майко О.Ю.</i>	
<b>ВОЗМОЖНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА</b> .....	<b>109</b>
<i>Саидов Ё.У., Махмудов Х.Р., Халилова Д.А., Назаров Б.Д., Шодиев Б.Р.</i>	
<b>ТЕРАФЛЕКС: ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ В ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА</b> .....	<b>110</b>
<i>Сакибаев К.Ш., Оморалиева Ч.Ш.</i>	
<b>КАРДИОЛИПИНЗАВИСИМАЯ В-КЛЕТОЧНАЯ АКТИВАЦИЯ И ЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ</b> .....	<b>110</b>
<i>Сакибаев К.Ш., Мамасаидов А.Т.</i>	
<b>РОССИЙСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА 1 КАНАКИНУМАБА (Ilaris®) У ДЕТЕЙ С АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> .....	<b>111</b>
<i>Салугина С.О., Федоров Е.С., Кузьмина Н.Н.</i>	
<b>СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА MUSCLE–WELLS В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ – ДОЛГИЙ ПУТЬ К ДИАГНОЗУ</b> .....	<b>111</b>
<i>Салугина С.О., Федоров Е.С., Кузьмина Н.Н., Евсикова М.Д., Алекберова З.С.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> .....	<b>112</b>
<i>Сальникова Т.С., Сороцкая В.Н.</i>	
<b>РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ</b> .....	<b>112</b>
<i>Сарычев А.М., Шовкун Л.А.</i>	
<b>ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ХОНДРОГАРД ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ</b> .....	<b>113</b>
<i>Сахибов У.М., Матчанов С.Х., Набиева Д.А.</i>	

<b>ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОК С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА</b> .....	113
<i>Светлова М.С., Никитина М.В.</i>	
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОНДРОГАРДА В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ</b> .....	113
<i>Светлова М.С.</i>	
<b>НЕУТОЧНЕННЫЙ АРТРИТ КАК ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	114
<i>Сизова Л.В.</i>	
<b>ВЛИЯНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ МЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ СУСТАВОВ КИСТЕЙ</b> .....	114
<i>Симонова О.В., Леушина Е.А.</i>	
<b>ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ АОРТЫ И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ</b> .....	115
<i>Синеглазова А.В., Богданова Е.А., Несмеянова О.Б.</i>	
<b>КАРОТИДНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ</b> .....	115
<i>Синеглазова А.В., Харьковская А.Н., Несмеянова О.Б., Никольская Е.П.</i>	
<b>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РЕАКТИВНОГО АРТРИТА</b> .....	116
<i>Сиротко О.В., Литвяков А.М.</i>	
<b>ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ ТРОМБАНГИИТ: ЛЕЧЕНИЕ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b> .....	116
<i>Скрябина Е.Н., Волкова Е.Д.</i>	
<b>СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА</b> .....	117
<i>Скупова О.В., Спиваковский Ю.М., Кадура А.А.</i>	
<b>ЧТО ЧАСТО СКРЫВАЕТСЯ ЗА ДИАГНОЗОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ СПОНДИЛОАРТРИТ</b> .....	117
<i>Сорока Н.Ф., Тетерюков А.А.</i>	
<b>РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ ВЧЕРА И СЕГОДНЯ</b> .....	118
<i>Сорока Н.Ф., Костюк С.А.</i>	
<b>КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ</b> .....	118
<i>Сорока Н.Ф., Талако Т.М., Полещук Н.Н., Рубаник Л.В., Асташонок А.Н., Дейкун Д.А., Ермолович М.А., Князева О.Р.</i>	
<b>СМЕРТНОСТЬ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2000–2010 гг.</b> .....	119
<i>Сороцкая В.Н., Вайсман Д.А., Балабанова Р.М.</i>	
<b>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПО ПРИЧИНЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b> .....	119
<i>Сороцкая В.Н., Вайсман Д.Ш., Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>ДОСТОВЕРНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ОТ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У ЖИТЕЛЕЙ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ</b> .....	120
<i>Сороцкая В.Н., Вайсман Д.Ш.</i>	
<b>РАЗРАБОТКА АССОРТИМЕНТНЫХ ПЕРЕЧНЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ</b> .....	120
<i>Спичак И.В., Дерезглазова Ю.С.</i>	
<b>ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> ...	121
<i>Стародубцева И.А., Васильева Л.В., Никитин А.В.</i>	
<b>ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНГИБИТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА 1 В ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ БАЗИСНОГО ЛЕЧЕНИЯ</b> .....	121
<i>Стародубцева И.А.</i>	
<b>КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА</b> .....	122
<i>Степаненко Н.Ю., Шелепина Т.А., Никишина И.П.</i>	
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ОРЛИСТАТОМ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ И ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ</b> .....	122
<i>Стребкова Е.А., Соловьева И.В., Шарипова Е.П., Мкртумян А.М., Алексеева Л.И.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ</b> .....	123
<i>Султанова М.Х., Касьмова М.Б., Абдуазизова Н.Х.</i>	

<b>СЕМЕЙНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА</b> .....	123
<i>Султанова М.Х., Касымова М.Б., Сагатов Д.Р.</i>	
<b>ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ ГАПТОГЛОБИНА И ИЗОАНТИГЕНОВ СИСТЕМЫ АВ0 У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ</b> .....	123
<i>Султанова М.Х., Касымова М.Б., Зияева Ф.К.</i>	
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУБПОПУЛЯЦИЙ В-ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ МЕТОДОМ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОФЛУОРИМЕТРИИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> .....	124
<i>Супоницкая Е.В., Алексанкин А.П., Александрова Е.Н., Авдеева А.С., Панафидина Т.А., Верижникова Ж.Г., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ФИБРОНЕКТИН КАК ВОЗМОЖНЫЙ МАРКЕР ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ</b> .....	124
<i>Таова М.Х., Таова Е.Х.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ТО «ТУЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»)</b> .....	125
<i>Таран К.Б., Сальникова Т.С., Сороцкая В.Н.</i>	
<b>ФАКТОРЫ РИСКА, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С РАЗВИТИЕМ ОСТЕОПОРОЗА В ШЕЙКЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	125
<i>Таскина Е.А., Подворотова М.М., Дыдыкина П.С., Петрова Е.В., Дёмин Н.В., Смирнов А.В., Дыдыкина И.С., Алексеева Л.И., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ФАКТОРЫ РИСКА, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С РАЗВИТИЕМ ОСТЕОПОРОЗА В ПОЗВОНОЧНИКЕ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	126
<i>Таскина Е.А., Подворотова М.М., Дыдыкина П.С., Петрова Е.В., Дёмин Н.В., Смирнов А.В., Дыдыкина И.С., Алексеева Л.И., Насонов Е.Л.</i>	
<b>МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> .....	126
<i>Толмачева С.Р., Сильницкая Л.Е., Красноруцкая Н.Д.</i>	
<b>ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕНОСУМАБА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ «ПРИОРИТЕТ»)</b> ....	127
<i>Торопцова Н.В., Юренина С.В., Скрипникова И.А., Рожинская Л.Я., Мановицкая А.В., Мусаева Т.М., Нурлыгаянов Р.З., Мустаев Р.М.</i>	
<b>ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПРОТИВООСТЕОПОРЕТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	127
<i>Торопцова Н.В., Никитинская О.А., Феклистов А.Ю.</i>	
<b>ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ</b> ....	128
<i>Тураева Ф.Б., Юлчиева К.К., Хан Т.А., Матчанов С.Х.</i>	
<b>ПОКАЗАТЕЛИ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ</b> .....	128
<i>Туртаева А.Е., Примжарова Г.А., Кушекбаева А.Е.</i>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ГАСТРОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ</b> .....	128
<i>Туртаева А.Е., Сыздыкова Л.И., Исаева Б.Г.</i>	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИБАНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ</b> .....	129
<i>Тушко С.Н., Слуцкая Н.П., Староверова Ю.К., Лопушко И.В., Хабибрахман Е.П., Попова Е.С.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ</b> ...	129
<i>Удовика М.И.</i>	
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ БИЦИЛЛИНА-5 У БОЛЬНЫХ С ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗОМ</b> ....	130
<i>Ушакова М.А.</i>	
<b>СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ TRAPS-СИНДРОМА В РОССИИ</b> .....	130
<i>Фёдоров Е.С., Салугина С.О., Кузьмина Н.Н., Соболева М.К., Захарова Е.Ю.</i>	
<b>БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА У ДЕТЕЙ В РОССИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАБЛЮДЕНИЯ В ФЕДЕРАЛЬНОМ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ</b> .....	131
<i>Фёдоров Е.С., Кузьмина Н.Н., Салугина С.О., Алекберова З.С.</i>	
<b>УЛУЧШЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОЖИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА</b> .....	131
<i>Федотовских Г.В., Аскарлов М.Б., Шаймарданова Г.М., Ежеленко Т.Г.</i>	

<b>ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) . . . . .</b>	<b>132</b>
<i>Филиппова Н.А., Торопова М.А., Воробьев Е., Тиранова М., Алексеевская Е.С.</i>	
<b>О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДАГРОЙ И ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК . . . . .</b>	<b>132</b>
<i>Хабижанова В.Б., Исаева Б.Г.</i>	
<b>ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ПОДАГРЕ . . . . .</b>	<b>133</b>
<i>Хабижанова В.Б., Раимбекова Б.К.</i>	
<b>БЕЗОПАСНОСТЬ ВНУТРИСУСТАВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КСЕФОКАМА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ В СОЧЕТАНИИ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА . . . . .</b>	<b>133</b>
<i>Хамроева З.Д., Каримова Г.Н., Шужурова С.М., Ахунова М.Ф.</i>	
<b>ПОРАЖЕНИЕ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ . . . . .</b>	<b>134</b>
<i>Хан Т.А., Юлчиева К.К., Тураева Ф.Б., Матчанов С.Х., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ . . . . .</b>	<b>134</b>
<i>Харисов Ж.Р., Атажонов О.Ж., Матчанов С.Х., Джураева Э.Р., Зияева Ф.К.</i>	
<b>ПРИМЕНЕНИЕ РИТУКСИМАБА ПРИ АНТИСИНТЕТАЗНОМ СИНДРОМЕ . . . . .</b>	<b>135</b>
<i>Хелковская-Сергеева А.Н., Антелава О.А., Олюнин Ю.А., Тарасова Г.М., Лопатина Н.Е., Пальшина С.Г., Сажина Е.Г., Никонорова Н.О., Конева О.А., Александрова Е.Н., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ . . . . .</b>	<b>135</b>
<i>Хестанова М.С., Тотров И.Н., Хетагурова З.В., Амбалова С.А.</i>	
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОПОРОЗА И РИСК ОСТЕОПОРЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ . . . . .</b>	<b>136</b>
<i>Хоранова Т.К., Болиева Л.З., Гагагонова Т.М.</i>	
<b>СТРУКТУРА БОЛЕЗНЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ . . . . .</b>	<b>136</b>
<i>Хоранова Т.К., Болиева Л.З., Гагагонова Т.М.</i>	
<b>СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ . . . . .</b>	<b>137</b>
<i>Храмов А.Э., Макаров М.А., Бялик Е.И., Макаров С.А., Павлов В.П.</i>	
<b>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ . . . . .</b>	<b>137</b>
<i>Храмов А.Э., Макаров М.А., Бялик Е.И., Макаров С.А., Павлов В.П.</i>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИПРОТЕЗНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ . . . . .</b>	<b>138</b>
<i>Храмов А.Э., Макаров М.А., Макаров С.А., Вардинова Г.Н., Павлов В.П., Амирджанова В.Н.</i>	
<b>СТРУКТУРА СУСТАВНО-МЫШЕЧНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ, ПРИНИМАЮЩИХ СТАТИНЫ . . . . .</b>	<b>138</b>
<i>Храмцова Н.А., Рачинская З.Ю.</i>	
<b>АЛЬБУМИНУРИЯ КАК ПРЕДИКТОР КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ . . . . .</b>	<b>139</b>
<i>Храмцова Н.А., Баканач Е.В.</i>	
<b>РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДОВ ГЛАЗНОГО ДНА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ . . . . .</b>	<b>139</b>
<i>Храмцова Н.А., Баканач Е.В.</i>	
<b>ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОЙКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА РЕВМАТОИДНОЙ СТОПЫ . . . . .</b>	<b>140</b>
<i>Хренников Я.Б., Павлов В.П.</i>	
<b>ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ДЕБЮТА И ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА . . . . .</b>	<b>140</b>
<i>Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А., Мнацаканян С.Г.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ХОНДРОПАТИИ (ПО ДАННЫМ АРТРОСКОПИИ) У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ . . . . .</b>	<b>141</b>
<i>Цветкова Е.С., Ионичёнок Н.Г., Олюнин Ю.А., Денисов Л.Н., Насонов Е.Л.</i>	
<b>ПОРАЖЕНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПО ДАННЫМ СКРИНИРУЮЩЕГО ОПРОСНИКА PEST (PSORIASIS EPYDEMIOLGY SCREENING TOOL) И РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ . . . . .</b>	<b>141</b>
<i>Чамурлиева М.Н., Логинова Е.Ю., Кортаева Т.В., Баткаев Э.А.</i>	
<b>НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ . . . . .</b>	<b>142</b>
<i>Черемухина Е.О., Алекперов Р.Т., Новикова Д.С., Ананьева Л.П.</i>	

<b>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА ИЗМЕНЕНИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ</b> .....	142
<i>Чернышева Т.В., Клементьева В.И., Ткаченко И.В.</i>	
<b>КООРДИНИРОВАННАЯ ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ В КРОВИ И СУСТАВНОМ ХРЯЩЕ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b> .....	143
<i>Четина Е.В., Макаров С.А., Кузин А.Н.</i>	
<b>ВОЛЧАНОЧНЫЙ НЕФРИТ У МУЖЧИН</b> .....	143
<i>Чиж К.А., Ягур В.Е., Достанко Н.Ю., Хидченко С.В., Сорока Н.Ф.</i>	
<b>МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> .....	144
<i>Чижевская И.Д., Беляева Л.М., Юрага Т.М.</i>	
<b>СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> .....	144
<i>Чижевская И.Д., Беляева Л.М., Довнар-Запольская О.Н., Васильева Н.А.</i>	
<b>ПАХИДЕРМОДАКТИЛИЯ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АРТРИТОВ.</b> .....	145
<i>Чикова И.А., Бучинская Н.В., Дубко М.Ф., Исупова Е.А., Костик М.М., Часнык В.Г.</i>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....	145
<i>Чушникова Н.Н., Колупаева И.В., Симонова О.В.</i>	
<b>АУТОИММУННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И АТЕРОСКЛЕРОЗ ПРИ СИСТЕМНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ</b> .....	146
<i>Шилкина Н.П., Дряженкова И.В.</i>	
<b>ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ</b> ...	146
<i>Шилова Л.Н., Трубенко Ю.А., Красильников А.Н., Чернов А.С., Мякишев М.В.</i>	
<b>ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПОНДИЛОАРТРИТОВ НА РАННЕЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ</b> ...	147
<i>Шилова Л.Н., Страхов А.В., Паньшина Н.Н., Бондаренко Е.А.</i>	
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГИБИТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА 1 В ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ГОНАРТРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИЕЙ.</b> .....	147
<i>Шишкина И.А., Немцов Б.Ф., Чичерина Е.Н.</i>	
<b>КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАЛИЧИЯ АНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.</b> .....	148
<i>Шостак Н.А., Клименко А.А., Демидова Н.А.</i>	
<b>УРОВНИ ЭКСТРАЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ ДНК И КОМПЛЕКСИРОВАННОГО С НЕЙ БЕЛКА В СЫВОРОТКЕ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ И АССОЦИИ С БИОМАРКЕРАМИ – УРОВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, СОЭ, УРОВНЕМ МЕТИЛИРОВАНИЯ И КОЛИЧЕСТВОМ ЛЕЙКОЦИТОВ.</b> .....	148
<i>Шубаева Н.О., Александрова Е.Н., Кузьмин В.А., Эрдес Ш.Ф., Урумова М.М., Сперанский А.И.</i>	
<b>КОМОРБИДНОСТЬ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА.</b> .....	149
<i>Шукурова С.М., Ахунова М.Ф., Абдуллоев М.Ф., Шодиев Б.Р.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ</b> .....	149
<i>Шукурова Ф.Н., Матчанов С.Х.</i>	
<b>ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕГО РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТОМ.</b> .....	150
<i>Шукурова Ф.Н., Донаев Б.Б., Матчанов С.Х.</i>	
<b>ИСТОРИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА И СПОНДИЛОАРТРИТОВ</b> ...	150
<i>Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>РОЛЬ РАННЕЙ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА: ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ И ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА И ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА.</b> .....	150
<i>Эрдес Ш.Ф.</i>	
<b>ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ</b> .....	151
<i>Юлчиева К.К., Хан Т.А., Матчанов С.Х.</i>	
<b>СТРУКТУРИРОВАННАЯ ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ МОНИТОРИНГУ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b> .....	151
<i>Юрова Е.В., Якушин С.С., Савкина Н.П.</i>	
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЕПАРАТА КЕТОПРОФЕН ГЕЛЬ В СРАВНЕНИИ С ПРЕПАРАТОМ ФАСТУМ® ГЕЛЬ В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ.</b> ...	152
<i>Яшина Е.М., Грунина Е.А.</i>	