

Тезисы XXV Юбилейной всероссийской школы ревматологов имени академика В.А. Насоновой «Целенаправленная и персонализированная терапия ревматических заболеваний: дорожная карта»

Алекситимия как фактор риска тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ревматоидным артритом

Башкова И.Б.^{1,2}, Мадянов И.В.^{1,3}

¹ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары; ²ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России, Чебоксары; ³ГАУ Чувашской Республики дополнительного профессионального образования «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашской республики, Чебоксары

Алекситимия, затрудняя осознание и вербализацию эмоций, способствует хронизации психоэмоционального стресса у пациентов с ревматоидным артритом (РА). Это, в свою очередь, является значимым фактором риска развития и усугубления тревожно-депрессивных расстройств, образуя порочный круг, где психические нарушения усиливают восприятие боли и ухудшают прогноз основного заболевания.

Цель исследования — изучение распространенности алекситимии у пациентов с РА, анализ связи между показателями алекситимии и симптомами тревоги и депрессии.

Материал и методы. В открытое неконтролируемое нерандомизированное одномоментное исследование было включено 72 пациента (из них 62 женщины) с достоверным диагнозом РА. Медиана возраста пациентов составила 52 [38,5; 59,0] года, продолжительности РА — 6 [1,8; 9,0] лет. Для исследования алекситимии использовалась русскоязычная версия Торонтской алекситимической шкалы (TAS-26); для скрининга психических расстройств у больных РА — госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты и обсуждение. Алекситимия была выявлена у 55,6% больных РА. Она статистически значимо чаще встречалась у пациентов с длительностью заболевания ≥ 2 года ($p=0,002$). Пациенты с «алекситимическим» типом личности по сравнению с пациентами без алекситимии имели значимо более высокие показатели тревоги (медиана — 7 [5; 10] против 5 [3; 8] соответственно; $p=0,014$) и депрессии (7 [5; 11] против 3,5 [1; 5]; $p=0,0001$) по HADS. Выявлена прямая корреляция счета по TAS-26 с уровнем тревоги ($r=0,295$, $p=0,013$) и депрессии ($r=0,497$, $p=0,0001$) по HADS.

У пациентов с алекситимией обнаружена сильная положительная связь между психологическими симптомами и объективными маркерами активности РА, в частности между счетом депрессии и продолжительностью утренней скованности ($r=0,77$, $p<0,0001$), числом болезненных суставов — ЧБС ($r=0,72$, $p<0,0001$), числом припухших суставов — ЧПС ($r=0,61$, $p<0,0001$), СОЭ ($r=0,41$, $p=0,01$), индексом активности DAS28 ($r=0,64$, $p<0,0001$); между счетом тревоги и ЧБС ($r=0,38$, $p=0,02$), ЧПС ($r=0,55$, $p=0,0004$), индексом DAS28 ($r=0,44$, $p=0,006$). Выявлена статистически значимая корреляция между уровнем СРБ и выраженностью психических проявлений депрессивной направленности независимо от наличия ($r=0,43$, $p=0,006$) или отсутствия ($r=0,37$, $p=0,046$)

алекситимии. В группе пациентов без алекситимии такие значимые корреляции между психическим состоянием и объективными показателями активности артрита отсутствовали. Кроме того, больные РА с «алекситимическим» типом личности были старше ($p=0,029$), имели более позднее начало заболевания ($p=0,049$). При отсутствии существенной разницы в длительности РА ($p=0,095$) у них имелась более высокая активность болезни по индексу DAS28 ($p=0,024$), артрит периферических суставов чаще носил эрозивный характер ($p=0,044$), чаще определялись рентгенологические изменения более высоких степеней в суставах ($p=0,013$), в 2 раза чаще регистрировались осложнения основного заболевания ($p=0,036$), при объективном осмотре выявлялось большее ЧПС ($p=0,008$), более высокие СОЭ и уровень СРБ ($p=0,004$ и $p=0,045$ соответственно). Не отмечено существенной разницы в уровне ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду в крови в зависимости от выраженности алекситимии. Пациенты с «алекситимическим» типом получали более высокие дозы метотрексата ($p=0,007$), им чаще проводилась комбинированная терапия синтетическими базисными противовоспалительными препаратами ($p=0,002$).

Заключение. Алекситимия является распространенным (55,6%) и клинически значимым феноменом при РА, выступая ключевым фактором риска развития тревожно-депрессивных расстройств. Специфичной для пациентов с алекситимией является сильная прямая корреляция выраженности психических симптомов с активностью РА, что создает порочный круг, отягощающий течение обоих состояний. Результаты исследования подтверждают необходимость рутинного скрининга алекситимии в ревматологической практике для выявления пациентов, нуждающихся в интегративном лечении с обязательным включением психотерапевтической и психофармакологической поддержки.

Контакты: Инна Борисовна Башкова;
innabashkova@yandex.ru

Клинико-эпидемиологическая характеристика и особенности терапии пациентов с подагрой в условиях первичного звена здравоохранения

Башкова И.Б.^{1,2}, Мадянов И.В.^{1,3}

¹ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары; ²ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России, Чебоксары; ³ГАУ Чувашской Республики дополнительного профессионального образования «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашской республики, Чебоксары

Цель — проведение ретроспективного анализа для оценки клинико-демографического профиля, структуры коморбидной патологии, качества диагностики и соответствия реальной

терапевтической практики современным клиническим рекомендациям у пациентов с подагрой, наблюдающихся на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Материал и методы. Проведено ретроспективное одномоментное исследование 125 пациентов (112 мужчин и 13 женщин) с диагнозом подагры, соответствующим критериям ACR/EULAR (2015), обратившихся в поликлинику.

Результаты и обсуждение. Подагра диагностировалась у мужчин в 9,5 раза чаще, чем у женщин (соответственно в 89,6 и 9,4% случаев; $p < 0,001$). Медиана возраста больных составила 56 [46; 63] лет, длительности болезни – 6 [4; 11] лет, а возраста дебюта – 47 [38; 56] лет, без значимых межполовых различий. Более чем у трети мужчин (35,7%) первый острый приступ развился в возрасте до 40 лет, а у каждой 4-й женщины (23,1%) – в репродуктивном периоде. «Классическая» манифестация подагры с артрита I плюснефалангового сустава наблюдалась в 60,8% случаев. В течение первого года болезни у подавляющего большинства (81,6%) пациентов наблюдался рецидив артрита. Медиана промежутка времени от появления первых симптомов до установления диагноза подагры – 4 [2; 6] года. Поляризационная микроскопия синовиальной жидкости применялась лишь у 12% пациентов. К моменту установления диагноза у каждого 4-го (24,0%) пациента уже имелись рентгенологические признаки не только подкожных, но и внутрикостных тофусов.

Исходный уровень мочевой кислоты (МК) в дебюте был высоким: медиана – 564,0 [500,0; 657,0] мкмоль/л. К моменту исследования он статистически значимо снизился, но оставался существенно выше целевого – 476,5 [403,2; 550,0] мкмоль/л ($p < 0,0001$). Большинство пациентов (87,2%) имели избыточную массу тела, при этом ожирение (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²) зафиксировано у 44,0%. Структура коморбидной патологии подтвердила тесную связь подагры с метаболическим синдромом: артериальная гипертензия выявлена в 72,8% случаев, дислипидемия – в 63,2%, патология почек – в 48,8% (включая хроническую болезнь почек ≥ 3 -й стадии в 23,9%), метаболически ассоциированная жировая болезнь печени – в 30,4%. Нарушения углеводного обмена наблюдались у 26,4% больных. Каждый 6-й (16,0%) пациент имел в анамнезе инфаркт миокарда или инсульт.

Для купирования приступов подагрического артрита чаще всего использовались нестероидные противовоспалительные препараты (84%), крайне редко – колхицин (7,2%). Уратснижающая терапия была назначена лишь 71,2% больных: 80,9% из них принимали аллопуринол, 19,1% – фебуксостат. Целевой уровень МК был достигнут только в 33,7% наблюдений, причем при тофусной подагре – лишь в 13,0%. Эффективность фебуксостата в достижении целевых значений МК была в 2,36 раза выше, чем аллопуринола (70,6% против 29,8%; $p = 0,004$). Ни один пациент не получал аллопуринол в дозе > 300 мг/сут, и лишь 1 принимал фебуксостат в дозе 120 мг/сут.

Заключение. В реальной клинической практике первичного звена здравоохранения сохраняется критическая задержка диагностики подагры (в среднем – 4 года), нередко ведущая к выявлению болезни уже на стадии хронического артрита и тофусных поражений, крайне редко с целью верификации диагноза используется поляризационная микроскопия синовиальной жидкости (12%). Пациенты с подагрой составляют группу высокого кардиометаболического и почечного риска с почти универсальным наличием избыточной массы тела и

крайне высокой частотой артериальной гипертензии, дислипидемии и нарушения функции почек, что требует интегративного подхода к лечению. Существует значительный разрыв между клиническими рекомендациями и практикой долгосрочного ведения: уратснижающая терапия назначается не всем пациентам, а ее эффективность нивелируется повсеместным использованием неадекватно низких (субтерапевтических) доз препаратов, особенно аллопуринола. Фебуксостат продемонстрировал значительно более высокую эффективность в достижении целевого уровня МК в условиях реальной практики по сравнению с аллопуринолом.

Для улучшения прогноза необходимы образовательные мероприятия для врачей первичного звена, направленные на улучшение ранней диагностики подагры, обучение принципам титрации доз уратснижающих препаратов до достижения цели лечения и формирование навыков комплексной терапии коморбидных состояний.

Контакты: Инна Борисовна Башкова;
innabashkova@yandex.ru

Клинический случай: развитие лекарственной волчанки у пациентки с сочетанием псориатического артрита и язвенного колита

Иванова Ю.Ю.¹, Борисова М.А.¹, Лукина Г.В.^{1,2}

¹ГБУЗ города Москвы «Московский клинический научный центр им. акад. А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва; ²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

Ингибиторы фактора некроза опухоли α (иФНО α) широко применяются в ревматологии и гастроэнтерологии. Одним из возможных осложнений данной терапии может быть развитие лекарственно-индуцированной волчанки (ЛВ) – аутоиммунного феномена, имеющего сходные клинические и лабораторные проявления с идиопатической системной красной волчанкой.

Представлено наблюдение ЛВ у пациентки 40 лет с псориатическим артритом (ПсА) и язвенным колитом (ЯК), получавшей инфликсимаб (ИНФ) и адалимумаб (АДА).

Пациентка с 2009 г. наблюдалась у ревматолога с диагнозом ПсА, принимала нестероидные противовоспалительные препараты с положительным эффектом. В 2023 г. появились жалобы на повышение температуры тела до 38° С, боль в животе, кровь в стуле. При обследовании: повышение СОЭ до 71 мм/ч, СРБ до 33,4 мг/л, по результатам фиброколоноскопии (ФКС) – эндоскопическая картина неспецифического ЯК. Гастроэнтерологом установлен диагноз: ЯК, хронически рецидивирующее течение, тотальное поражение. Назначен преднизолон 30 мг/сут на 5 дней с последующей отменой, салофальк 4 г/сут, пена с месалазином – с неполным положительным эффектом. С июля 2024 г. по апрель 2025 г. получала терапию ИНФ 300 мг внутривенно – в/в (из расчета 5 мг/кг), наблюдалась положительная динамика патологии кишечника (по данным ФКС – ремиссия).

В апреле 2025 г. у пациентки развились артрит лучезапястных, коленных суставов, лихорадка до 39° С. В анализах крови: Hb – 11,3 г/дл, л. – $3,43 \cdot 10^9$ /л (с относительным нейтрофилезом 80,8% и абсолютной лимфопенией $0,54 \cdot 10^9$ /л), тр. – $321 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 80 мм/ч, общий белок – 77,1 г/л, альбумин – 31,0 г/л, аланинаминотрансфераза – 34,1 Ед/л, ас-

партатаминотрансфераза – 26,7 Ед/л, гаммаглотамилтранспептидаза – 41,3 Ед/л, СРБ – 108,94 мг/л, прокальцитонин – 0,02 нг/мл. При УЗИ органов брюшной полости выраженных структурных и воспалительных изменений тонкой и толстой кишок не выявлено, при ФКС отмечалась ремиссия воспалительного процесса в прямой кишке.

В июне 2025 г. в связи с обострением артрита ИНФ был отменен и назначен АДА по стандартной схеме: в первое введение – 160 мг подкожно (п/к), через 2 нед – 80 мг п/к, далее – по 40 мг п/к каждые 2 нед. Однако самочувствие продолжало ухудшаться: прогрессировал артрит, сохранялась фебрильная лихорадка.

В сентябре 2025 г. пациентка была госпитализирована в отделение ревматологии ГБУЗ города Москвы «Московский клинический научный центр им. акад. А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы».

При поступлении сохранялась фебрильная лихорадка, отмечались артрит лучезапястных, II–IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, II–III пястно-фаланговых суставов левой кисти, двусторонний ахиллобурсит. В анализах крови: Нв – 12,3 г/дл, эр. – $4,07 \cdot 10^{12}$ /л, тр. – $332 \cdot 10^9$ /л, л. – $3,30 \cdot 10^9$ /л (с абсолютной лимфопенией $1,08 \cdot 10^9$ /л), повышение СОЭ до 62 мм/ч, СРБ до 25,8 мг/л. По данным оценки суточной протеинурии белок в моче отсутствовал, в общем анализе мочи изменений не выявлено. В ходе обследования обращали на себя внимание выраженное повышение титра АНФ Нер₂ до 1:2560 (ядерное гомогенное + ядерное мелкокрапчатое свечение), уровня антител к двуспиральной ДНК до 52,3 МЕ/л (норма – до 18 МЕ/л), положительная прямая проба Кумбса.

Рентгенография таза: признаки двустороннего сакроилиита III стадии по Kellgren–Lawrence. УЗИ тазобедренных суставов: признаков коксита не выявлено. Магнитно-резонансная томография позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений: активный спондилит и сакроилиит отсутствовали. УЗИ кишечника: воспалительных изменений тонкой и толстой кишок не выявлено. УЗИ плевральных полостей: признаков плеврита не обнаружено. Эхокардиография: перикардит отсутствовал.

Таким образом, учитывая развитие иммунологических и гематологических нарушений, фебрильную лихорадку, состояние расценено как проявление ЛВ. Было принято решение об отмене АДА и проведении пульс-терапии метилпреднизолоном 500 мг №3. На фоне лечения наблюдался положительный эффект в виде купирования артрита, лихорадки, снижения уровня воспалительных маркеров, нивелирования гематологических и иммунологических нарушений. В декабре 2025 г. пациентке был назначен упадацитиниб по 15 мг/сут под клинико-лабораторным контролем с последующей оценкой эффективности через 12 нед.

Заключение. ЛВ – редкое, но возможное осложнение терапии иФНОα, о чем следует помнить врачу-ревматологу в реальной клинической практике.

Контакты: Юлия Юрьевна Иванова;
romanchuk-1994@bk.ru

Сравнительный анализ коморбидной патологии у пациентов с ревматоидным артритом и анкилозирующим спондилитом Мальшенко О.С.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово

Интерес к коморбидным состояниям при ревматоидном артрите (РА) и анкилозирующем спондилите (АС) обусловлен их влиянием на течение и прогноз ревматического заболевания, качество жизни и выбор тактики лечения.

Цель исследования – сравнение частоты и структуры коморбидной патологии у пациентов с РА и АС.

Материал и методы. Проанализировано 130 историй болезни пациентов с РА (95 – женщин, 35 – мужчин, средний возраст – $47 \pm 6,6$ года) и 86 – с АС (27 женщин и 59 мужчин, средний возраст – $44 \pm 7,4$ года). Влияние сопутствующей патологии на отдаленный прогноз оценивалось с помощью индекса коморбидности Charlson.

Результаты и обсуждение. При РА у 93,0% (n=122) пациентов имелась сочетанная патология: у 24,5% (n=30) выявлено 1, у 28,6% (n=35) – 2, у 46,7% (n=57) – ≥ 3 сопутствующих заболеваний. При АС сопутствующие заболевания зарегистрированы в 83,7% (n=72) случаев: в 36% (n=31) – 1, в 14% (n=12) – 2, в 33,7% (n=29) – ≥ 3 . Индекс Charlson от 1 до 2 баллов определялся у 78,5% (n=102) больных РА и у 77,9% (n=69) пациентов с АС (p=0,067), от 3 до 4 баллов – соответственно у 19,2% (n=25) и 20,9% (n=18), p=0,064 и >5 баллов – у 2,3% (n=3) и 1,2% (n=1).

У пациентов с РА ведущее место в структуре коморбидности занимали заболевания пищеварительной системы, которые наблюдались в 79,2% (n=103) случаев. На втором месте стояли сердечно-сосудистые заболевания – ССЗ (у 48,5%, n=63), среди которых наиболее часто встречалась артериальная гипертензия – АГ (у 36,9%, n=48). Хронический пиелонефрит в сочетании с мочекаменной болезнью имелся у 27,6% (n=36) пациентов, остеопороз – у 20,0% (n=26).

У пациентов с АС также наиболее часто регистрировались заболевания пищеварительной системы – у 76,7% (n=66). ССЗ отмечены у 41,9% (n=36) больных, из них 39,5% (n=34) страдали АГ. Заболевания почек имелись у 9,3% (n=8) больных, остеопороз – у 32,5% (n=28).

При сравнительном анализе структуры и частоты заболеваний пищеварительной системы при РА и АС статистически значимых различий не выявлено. ССЗ регистрировались чаще при РА, чем при АС (в 48,5 и 41,8% случаев соответственно; p=0,037). Наблюдались значимые различия по частоте АГ: она чаще наблюдалась при АС (в 39,5% случаев) и реже – при РА (в 36,9%), p=0,041, что, вероятно, обусловлено длительным приемом средних и высоких доз нестероидных противовоспалительных препаратов в качестве «базисной терапии» АС. Заболевания почек чаще отмечались при РА, чем при АС (соответственно в 27 и 9,3% случаев; p=0,022). Остеопороз, напротив, более часто выявлялся при АС, чем при РА (соответственно в 32,2 и 20% наблюдений; p=0,047).

Заключение. Несмотря на различия в патогенезе РА и АС, отдаленный прогноз, определяемый как ревматическим заболеванием, так и сопутствующей патологией, существенно не различался. Сопутствующая патология является важным компонентом, влияющим на тактику ведения больных.

Контакты: Ольга Степановна Мальшенко;
malysenko.mos@yandex.ru

Недифференцированный артрит – возможности верификации диагноза*Мальшенко О.С.**ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово*

Недифференцированный артрит (НДА) – воспалительное поражение одного или нескольких суставов, которое не может быть отнесено к какой-либо определенной нозологической форме, поскольку не соответствует классификационным критериям ревматоидного артрита (РА) или какого-либо другого заболевания. НДА может выступать в качестве первичного диагноза раннего артрита или являться нозологической формой суставного процесса у конкретного пациента на протяжении многих лет. НДА – диагноз исключения, что, в свою очередь, приводит к позднему началу обоснованного лечения.

Цель исследования – оценить возможность верификации диагноза у пациентов с НДА.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 74 историй болезни пациентов с диагнозом НДА. Под наблюдением находилось 48 женщин и 26 мужчин, средний возраст – 50,6±4,3 года. Всем больным проведено комплексное лабораторно-инструментальное обследование по стандарту заболевания суставов неясного генеза.

Результаты и обсуждение. К моменту включения в исследование средняя длительность суставной патологии равнялась 2,5±3,2 года. При дальнейшем наблюдении у 45 (60,8%) больных не удалось верифицировать диагноз, а у 29 (39,2%) диагноз НДА был уточнен. Во всех случаях наблюдались признаки артрита и повышение лабораторных показателей активности заболевания: уровня СРБ (в среднем до 30,8±2,9 мг/л) и СОЭ (до 26,2±1,9 мм/ч). Позитивность по ревматоидному фактору (РФ) выявлена у 26 (35%), по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – у 22 (29,7%), по HLA-B27 – у 8 (10,8%) пациентов.

В соответствии с современными диагностическими критериями верифицированы следующие заболевания: РА – у 10 (13,5%) больных, из них 9 были позитивны по РФ и АЦЦП; анкилозирующий спондилит (АС) – у 8 (10,8%), у 4 (50%) из них выявлен HLA-B27; остеоартрит (ОА) – у 4 (5,4%); подагрический артрит – у 3 (4,4%); псориагический артрит (ПсА) – у 1 (1,4%); антифосфолипидный синдром (АФС) – у 1 (1,4%); туберкулез костей – у 1 (1,4%) и ВИЧ – у 1 (1,4%). ОА, ПсА и АФС были обнаружены только у женщин, а подагрический артрит, туберкулез костей и ВИЧ – исключительно у мужчин.

Заключение. Наиболее частыми исходами НДА были РА и АС, которые верифицированы у 18 (24,3%) больных. Более половины пациентов продолжили наблюдаться с диагнозом НДА. Диагностика НДА представляет значительные трудности и требует тщательного дифференцированного подхода.

Контакты: Ольга Степановна Мальшенко;
malyschenko.mos@yandex.ru

Клинико-лабораторная характеристика пациентов с ревматической полимиалгией в ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»*Арсеньев Е.В., Зоткин Е.Г.**ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва*

Ревматическая полимиалгия (РПМ) – иммуновоспалительное ревматическое заболевание, развивающееся у лиц старше 50 лет и характеризующееся скованностью и болью в области плечевого и тазового пояса. Для установления диагноза РПМ существуют диагностические критерии Bird и классификационные критерии ACR/EULAR 2012 г. Однако, несмотря на наличие классификационных критериев, диагностика РПМ в реальной клинической практике остается сложной, что связано с ограниченной специфичностью критериев и отсутствием специфических лабораторных маркеров. Для определения активности РПМ разработан индекс активности – PMR-AS (Polymyalgia Rheumatica Activity Score), который используется в зарубежных клинических исследованиях и клинической практике, но реже применяется в отечественной ревматологии. В связи с этим представляет интерес анализ клинико-лабораторных характеристик пациентов с РПМ с применением PMR-AS, наблюдавшихся в специализированном ревматологическом центре.

Цель исследования – проанализировать клинико-лабораторные особенности пациентов с РПМ в условиях специализированного ревматологического центра.

Материал и методы. В ретроспективно-проспективное исследование включено 25 пациентов с достоверным диагнозом РПМ, установленным в соответствии с критериями ACR/EULAR 2012 г., наблюдавшихся амбулаторно в ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» (НИИР им. В.А. Насоновой). У всех пациентов оценивали клинические проявления заболевания, лабораторные показатели воспалительной активности (СРБ и СОЭ), определяли индекс активности заболевания PMR-AS. Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики и корреляционный анализ Спирмена; различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 69,0±8,6 года, преобладали женщины (72%). В дебюте заболевания выявлены высокие показатели воспалительной активности: средний уровень СРБ – 50,9±31,3 мг/л, СОЭ – 48,0±20,2 мм/ч. Индекс PMR-AS до начала терапии глюкокортикоидами (ГК) равнялся в среднем 21,3±5,9 балла; высокая активность заболевания отмечена у 72% пациентов, умеренная – у 28%. У всех пациентов наблюдались боль и скованность в плечевом поясе, периферический артрит выявлен в 16% случаев. Установлена положительная корреляция между значениями PMR-AS и уровнем СРБ ($p=0,62$; $p < 0,001$). Средняя стартовая доза ГК составила 15,6±5,2 мг/сут в пересчете на преднизолон. У 16% пациентов с сочетанием РПМ и гигантоклеточного артериита применялись дозы ГК ≥ 20 мг/сут. Метотрексат в качестве стероид-сберегающего препарата получали 64% пациентов, у 2 больных проводилась терапия олокизумабом в дозе 64 мг 1 раз в 4 нед с хорошей положительной динамикой. Через 4 нед после начала терапии ГК у 100% больных достигнута низкая активность заболевания (среднее значение PMR-AS – 4,4±3,2 балла), а у 84% ($n=21$) – также нормализация уровня

СРБ. После снижения дозы ГК до <5 мг/сут обострение зафиксировано у 36% ($n=9$) больных.

Заключение. Пациенты с РПМ, наблюдавшиеся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, характеризуются типичным клиническим фенотипом заболевания и высокой воспалительной активностью в дебюте, что соответствует данным международными когорт. Индекс PMR-AS демонстрирует значимую корреляцию с лабораторными маркерами воспаления и может рассматриваться как надежный инструмент оценки активности заболевания в клинической практике. Применение ГК в стандартных дозах обеспечивает быстрое достижение низкой активности заболевания у большинства пациентов, однако высокая частота обострений при снижении дозы до <5 мг/сут подчеркивает необходимость использования стероид-сберегающих подходов и дальнейшей оптимизации терапии РПМ.

Контакты: Евгений Владимирович Арсенев;
evgeniyarsenjev@yandex.ru

Процессы ремоделирования костной ткани у пациентов с анкилозирующим спондилитом, получающих ингибиторы интерлейкина 17

Шостак М.С., Лейнеман Я.А., Мазуров В.И.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

При анкилозирующем спондилите (АС) в позвоночнике одновременно активируются два противоположных процесса ремоделирования костной ткани: патологическое образование новой кости в кортикальной зоне позвонка и избыточная потеря костной ткани в центральной его части. В связи с этим диагностика остеопороза и остеопении у пациентов с АС затруднена.

Цель исследования – оценить корреляции между изменениями уровней биомаркеров остеопролиферации/остеорезорбции и изменениями плотности костной ткани по данным инструментальных методов у пациентов с АС, получающих ингибиторы ИЛ17 (иИЛ17).

Материал и методы. Пациенты с установленным диагнозом АС прошли комплексное обследование в ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. Были рассчитаны индексы BASDAI и ASDAS. До начала и через 1 год терапии иИЛ17 (без дополнительного приема витамина D и препаратов кальция) исследовалось содержание СРБ; остеокальцина (ОК); β -CrossLaps (β -СТх); N-концевого пропептида проколлагена I типа (PINP). Минеральную плотность костной ткани (МПКТ) измеряли методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате DEXA Scan DX 10 (Израиль). Выполняли компьютерную томографию (КТ) позвоночника (Toshiba Aquilion 64), МПКТ определяли на основании денситометрических данных по единицам Хаунсфилда в области одного позвонка.

Результаты и обсуждение. В исследование включено 30 мужчин (средний возраст – $43,2 \pm 9,2$ года, длительность заболевания – $17,1 \pm 7,8$ года). 76% пациентов были позитивны по HLA-B27. У 15 пациентов имелась II, у 9 – III, у 6 – IV рентгенологическая стадия АС. Индекс BASDAI составил в среднем $41,8 \pm 7,8$, BASFI – $47,9 \pm 10,9$, MASES – $2,6 \pm 1,7$. Ранее не получали генно-инженерные биологические препараты 68% пациентов. Время между установлением диагноза

и началом терапии иИЛ17 – в среднем $7,4 \pm 3,8$ года. К концу первого года лечения 70% пациентов достигли ремиссии, а 30% – низкой активности заболевания.

За период наблюдения уровни ОК и PINP существенно не изменились; выявлено статистически значимое снижение концентрации β -СТх ($p < 0,05$), она коррелировала с изменениями КТ-денситометрической плотности трабекулярной кости в структуре позвонка ($p < 0,05$). КТ-денситометрическая плотность кортикального слоя существенно не изменилась, динамики МПКТ по данным DEXA Scan DX не выявлено.

Заключение. Терапия иИЛ17 характеризуется не только уменьшением воспаления в позвоночнике при АС, но и снижением изначально повышенной концентрации маркера остеорезорбции (β -СТх).

Контакты: Михаил Степанович Шостак;
shastik2004@mail.ru

Терапия абатацептом приводит к улучшению параметров, оцениваемых самим пациентом с помощью опросника RAPID3

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

¹ГБУЗ города Москвы «Московский клинический научный центр им. акад. А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва; ²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва; ³ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Параметры, оцениваемые самим пациентом (ПОСП), лежат в основе определения ответа на лечение у больных ревматоидным артритом (РА). ПОСП включают оценку пациентом функционального состояния, общую оценку активности болезни, боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и другие параметры. RAPID3 – инструмент для оценки статуса больных РА. ПОСП, определяемые с помощью RAPID3, позволяют получить дополнительную информацию об эффективности проводимого лечения и персонализировать подходы к терапии.

Цель работы – проанализировать влияние терапии абатацептом (АБЦ) на показатели RAPID3 у пациентов с РА.

Материал и методы. В исследование, проведенное в ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», был включен 91 пациент с РА и неадекватным ответом на синтетические базисные противовоспалительные препараты (в основном метотрексат – 70%, $n=64$) или генно-инженерные биологические препараты (51,6%, $n=47$). Большинство пациентов составляли женщины среднего возраста с высокой активностью заболевания (среднее значение DAS28 – $5,1 \pm 1,0$), позитивные по ревматоидному фактору (72,5%, $n=66$) и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (77%, $n=70$), получавшие АБЦ внутривенно (в/в) в дозе 10 мг/кг. Каждые 12 нед оценивались эффективность терапии с помощью индексов DAS28, RAPID3, функциональный статус по индексу HAQ.

Результаты и обсуждение. Лечение АБЦ привело к значительному снижению активности заболевания. После 12 мес терапии более половины пациентов находились в ремиссии и имели низкую активность заболевания по DAS28 (65,7%, $n=35$). До начала лечения по индексу RAPID3 у 67,4% ($n=58$) пациентов отмечалась высокая, у 31,4% ($n=27$) – средняя, у

1,2% (n=1) – низкая активность заболевания. После 3 мес лечения 15% (n=12) пациентов имели низкую активность заболевания и 5% (n=4) достигли ремиссии. После 6 мес увеличилось число пациентов с низкой активностью болезни (22%, n=15) и ремиссией (13%, n=9). К 12 мес наблюдения число пациентов с ремиссией было максимальным (21%, n=11). Общая оценка активности заболевания пациентом и уровень боли по ВАШ после 12 мес лечения снизились на 50% (медиана – 30 [10; 40] мм в обоих случаях). Терапия АБЦ значительно улучшала функциональное состояние больных, через 12 мес выраженное и умеренное улучшение по индексу HAQ было зарегистрировано у 39 и 21% больных соответственно.

Заключение. Лечение АБЦ обеспечивало снижение активности по индексам DAS28 и RAPID3, а также положительную динамику ПОСП, оцениваемых по RAPID3, включая уменьшение боли по ВАШ и оценки активности заболевания пациентом, а также улучшение функционального состояния больных РА.

Контакты: Мария Александровна Борисова;
mrs.mbrs@yandex.ru

Факторы неблагоприятного исхода тотального эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов при ревматоидном артрите

*Хлабошина В.Н., Нестеренко В.А., Полищук Е.Ю.,
Бялик В.Е., Бялик А.А.*

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

Тотальное эндопротезирование (ТЭ) остается методом выбора при терминальной стадии поражения коленного (КС) и тазобедренного (ТБС) суставов у пациентов с ревматоидным артритом (РА). Однако на сегодня перечень факторов, определяющих возможный неудовлетворительный результат операции при РА, четко не определен.

Цель исследования – изучить особенности течения РА в российской популяции и выявить факторы, связанные с неблагоприятным исходом ТЭ КС и ТБС у больных РА с терминальным поражением суставов.

Материал и методы. В проспективное исследование включено 350 пациентов с достоверным РА, перенесших ТЭ ТБС/КС в 2022–2024 гг. Непосредственно перед операцией были проведены комплексное ревматологическое, травматологическое, лабораторное и инструментальное обследования, а также анкетирование для оценки особенностей течения и степени активности РА, фармакологического анамнеза, функционального статуса, психоэмоционального состояния. Результаты лечения анализировали в раннем послеоперационном периоде (наличие осложнений), через 3, 6 и 12 мес после операции (развитие хронической послеоперационной боли – ПОБ, – оценка функционального статуса). Полученные данные обработаны с применением методов статистического анализа.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов преобладали женщины (n=279, 79,7%). Средний возраст – 57,2±14,1 года. У большинства больных наблюдались признаки воспалительной активности перед операцией (среднее значение DAS28-СРБ – 3,6±1,1) и серьезные нарушения функции (среднее значение HAQ – 1,5±0,6). Более чем у 25% больных РА перед ТЭ имелись симптомы дисфункции ноцицептивной

системы и психоэмоциональные нарушения. Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде не отличалась от общепопуляционной (p>0,05). При оценке результатов ТЭ через 12 мес недостаточный функциональный результат был связан с умеренной/высокой воспалительной активностью на момент проведения операции (p=0,023), исходно выраженными функциональными нарушениями (HAQ >2; p=0,049) и использованием лефлуномида (p=0,005). С развитием и сохранением ПОБ через 12 мес после операции были ассоциированы: DAS28-СРБ >5,1, повышение СОЭ и уровня СРБ, симптомы невропатической боли (PainDETECT≥18), центральная сенситизация (CSI ≥40), признаки фибромиалгии (FIRST ≥6), депрессия и тревога (HADS ≥8), катастрофизация (PCS ≥21), выраженная утомляемость (≥7) и нарушения функции (HAQ ≥2), операция на КС (p<0,05). С помощью пошаговой множественной логистической регрессии была создана прогностическая модель ПОБ. Также на основании полученных данных предложен алгоритм предупреждения развития ПОБ после ТЭ КС или ТБС.

Заключение. Наиболее значимыми предикторами неудовлетворительного функционального результата и развития ПОБ через 12 мес после ТЭ КС/ТБС оказались: сохранение признаков воспалительной активности РА непосредственно перед операцией, выраженные функциональные (HAQ >2) и психоэмоциональные нарушения.

Контакты: Виктория Николаевна Хлабошина;
coral2008@mail.ru

Синдром Фелти, осложненный AA-амилоидозом

Русланова Н.М.¹, Евстигнеева Л.П.^{1,2}

*¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург;
²ГАЗУ Свердловской области «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург*

Представлен случай успешного лечения пациента с редкой формой ревматоидного артрита – синдромом Фелти, осложненным AA-амилоидозом.

Пациент Б., 69 лет, боль в суставах беспокоит с 1993 г., к врачам не обращался. В 2008 г. при УЗИ выявлено увеличение селезенки (площадь – 111 см²). В 2011 г. впервые обнаружена лейкопения (3200/мкл), в связи с чем проведена стерильная пункция, гемобластоз исключен. Далее длительно не наблюдался. С января 2017 г. по октябрь 2019 г. в анализах крови периодически регистрировалась лейкопения. Анализы мочи без изменений. С 2018 по 2019 г. – рецидивирующие острые инфекции. Получал антибактериальные препараты, отмечалось клиническое улучшение, но общее состояние постепенно ухудшалось: нарастала слабость, похудел на 40 кг, беспокоил жидкий стул. В декабре 2019 г. впервые обратился к ревматологу по поводу общей слабости и частых инфекций. Выявлены анемия, тромбоцитопения, агранулоцитоз 120/мкл, протеинурия 0,61 г/л; по данным компьютерной томографии – гепатоспленомегалия. Гематологом проведена трепанобиопсия и исключен гемобластоз.

При госпитализации в областной ревматологический центр: экссудативные изменения в суставах не выражены, небольшое ограничение подвижности в лучезапястных суставах; гепатоспленомегалия, СОЭ – 70 мм/ч, СРБ – 21,25 мг/л, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду – 220 Ед/мл, ревматоидный фактор – 170 МЕ/мл.

Рентгенография кистей и стоп: эрозивный артрит. За время госпитализации диарея участилась до 10 раз в сутки (воспалительное заболевание кишечника, псевдомембранозный колит исключены), суточная протеинурия до 16 г/сут (исключена и множественная миелома). Установлен диагноз РА, с учетом агранулоцитоза, гепатоспленомегалии, персистирующих инфекций одновременно диагностирован синдром Фелти. В связи с диареей и протеинурией заподозрен АА-амилоидоз. Проводилась терапия преднизолоном, ритуксимабом, филграстимом, однако должного прироста числа лейкоцитов не получено (при выписке лейкопения – 640/мкл). 29.04.2020 в связи со спленомегалией, стойким агранулоцитозом, отсутствием эффекта консервативной терапии проведены спленэктомия, биопсия почки и печени. При гистологическом исследовании выявлен АА-амилоидоз. После спленэктомии наблюдался небольшой прирост числа лейкоцитов (до 2200/мкл), но сохранялись нефротический синдром (протеинурия – 33,5 г/сут) и диарея. В августе 2020 г. начато лечение тоцилизумабом по 600 мг/мес с выраженным и быстрым эффектом. Число лейкоцитов увеличилось с 2060/мкл до 13 500/мкл, снизилась потеря белка с мочой, купирована диарея. На фоне лечения ингибитором интерлейкина 6 (иИЛ6) у пациента сохраняется хорошее самочувствие, отсутствуют признаки активности РА, стул стойко нормальный, уровень лейкоцитов в пределах нормы. Вместе с тем остается протеинурия. С октября 2020 г. и до конца 2025 г. уровень креатинина повысился с 124 до 225 мкмоль/л.

Заключение. Проведение спленэктомии привело к частичному восстановлению количества лейкоцитов, а лечение иИЛ6 – к полному восстановлению количества лейкоцитов и регрессу симптомов системного амилоидоза.

Контакты: Надежда Михайловна Русланова;
nadya.ruslanova@mail.ru

Анализ причин смерти у больных ревматоидным артритом с 2000 по 2025 г.

Русланова Н.М.¹, Евстигнеева Л.П.^{1,2}, Добрыдина Е.С.³
¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург; ²ГАУЗ Свердловской области «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург; ³ГБУЗ Свердловской области «Городская больница г. Каменск-Уральский», Каменск-Уральский

Цель исследования – изучить структуру причин смерти у пациентов с ревматоидным артритом (РА) в Каменск-Уральском городском округе и Каменском районе за период с января 2000 г. по декабрь 2025 г.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование медицинской документации пациентов с РА в Каменск-Уральском городском округе и Каменском районе, зарегистрированных в различных базах данных и умерших за 25 лет (с января 2000 г. по декабрь 2025 г.). Всего за указанный период выявлено 615 больных РА. Из них на 31.12.2025 живы 463 (75,3%), умерли 152 (24,7%). Причины смерти изучались на основании патологоанатомических заключений и данных Медицинского информационно-аналитического центра.

Результаты и обсуждение. С 2000 по 2025 г. в изучаемой выборке умерло 110 женщин (72,4%) и 42 мужчины (27,6%). Средний возраст умерших – 70,2±10,0 лет (женщин – 70,6±10,5 года, мужчин – 69,1±8,7 года).

При сравнении с ожидаемой продолжительностью предстоящей жизни в Российской Федерации у мужчин, достигших 60 лет, и женщин, достигших 55 лет, за период с 2005 г. по 2022 г. (по данным Федеральной службы государственной статистики) получены следующие результаты: из 29 мужчин, умерших в эти годы, у 22 (75,9%) продолжительность жизни была меньше, у 7 (24,1%) – больше ожидаемой, из 68 женщин – у 51 (75%) и 17 (25%) соответственно.

Анализ структуры причин смерти, по данным протоколов вскрытий и справок о смерти, выявил, что диагноз РА как причина смерти был указан только у 10 (6,6%) больных. Основной причиной смерти (44 пациента, 28,9%) являлась ишемическая болезнь сердца (атеросклеротическая болезнь сердца, ишемическая кардиомиопатия, острый инфаркт миокарда). От злокачественных солидных опухолей умерли 18 (11,8%) пациентов, от цереброваскулярных заболеваний, в том числе от инсульта – 16 (10,5%), от новой коронавирусной инфекции (НКВИ) – 11 (7,2%), от заболеваний хирургического профиля (язвенная болезнь желудка, холангит, острая кишечная непроходимость, аппендицит с перитонитом, абсцесс почки, влажная гангрена нижней конечности, флегмона брюшной стенки, обструктивный пиелонефрит) – 9 (5,9%), от онкогематологических заболеваний (лейкоз, лимфома) – 5 (3,3%), от пневмонии, не связанной с НКВИ, – 5 (3,3%), от заболеваний печени (гепатит, цирроз печени) – 4 (2,6%), от внешних причин (отравление, травма) – 2 (1,3%). У 6 (3,9%) больных основной причиной смерти были заболевания почек. Другие причины смерти встречались реже.

Заключение. По данным официальной статистики, РА был причиной смерти всего у 6,6% пациентов. Основной причиной смерти у пациентов с РА являлась ишемическая болезнь сердца (28,9%), на втором месте стояли злокачественные опухоли, на третьем – цереброваскулярные заболевания. Средний возраст умерших больных РА – 71 год, при этом как у мужчин, так и у женщин в 75% случаев продолжительность жизни оказалась меньше ожидаемой.

Контакты: Надежда Михайловна Русланова;
nadya.ruslanova@mail.ru

Фенотип артрита и спондилоартрита у пациентов с дебютом заболевания до 18-летнего возраста при переводе во взрослую сеть и смена диагноза

Евстигнеева Л.П.¹, Долишная Е.О.²
¹ГАУЗ Свердловской области «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург; ²ГАУЗ Свердловской области «Городская клиническая больница №40», Екатеринбург

Одной из сложностей преемственности между детской и взрослой ревматологическими службами является необходимость смены кода МКБ при переводе ребенка во взрослую сеть, так как педиатрические формулировки не могут использоваться в системе статистического учета заболеваний взрослого населения. Своевременно назначенная активная терапия, в том числе генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП), оказывает успешное болезнь-модифицирующее действие, что еще в большей степени затрудняет установление точного нозологического диагноза во взрослом возрасте.

Цель работы – оценить проявления воспалительных заболеваний суставов и позвоночника и особенности формулировки диагноза в группе пациентов 18 лет с дебютом

болезни в детском и подростковом возрасте при их переводе во взрослую сеть.

Материал и методы. В исследование включено 96 пациентов, среди которых было 56 (58,3%) лиц женского и 40 (41,7%) лиц мужского пола, с диагнозом артрита или спондилоартрита (коды по МКБ: M08.0, M08.1, M08.3, M08.4, M09.0), установленным в возрасте до 18 лет, получавших терапию ГИБП в детском или подростковом возрасте при переходе во взрослую сеть. Клинико-лабораторные данные оценены как в период назначения ГИБП, так и на фоне лечения данными препаратами.

Результаты и обсуждение. В возрасте до 18 лет диагноз был классифицирован как M08.0 у 41 (42,7%), M08.1 у 37 (38,5%), M08.3 у 6 (6,3%), M08.4 у 8 (8,3%), M09.0 у 4 (4,2%) больных. Вовлечение суставов имелось у 91 (94,8%) пациента, в том числе моно- и олигоартрит артрит – у 42 (46,2%), полиартрит – у 48 (52,7%). Боль в спине отмечалась у 23 (24,0%) больных, у 12 из них она сочеталась с артритом. Энтезит как изолированный, так и в сочетании с другими проявлениями имелся у 24 (25,0%) больных. Псориаз, в том числе в семьях, выявлен у 11 (11,5%) пациентов. Ревматоидный фактор определялся у 7 (7,7%), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду – у 12 (19,7%), HLA-B27 – у 41 (63,0%) пациента. В детском возрасте антинуклеарный фактор выявлялся у 41 (48,8%), увеит – у 15 (15,6%), воспа-

лительное заболевание кишечника – у 3 (3,1%), сакроилиит – у 28 (44,4%), эрозивный артрит – у 9 (11,0%) больных.

Во взрослой сети диагноз был пересмотрен у всех пациентов, но только у 39 (40,6%) он соответствовал определенной нозологической форме: аксиальный спондилоартрит установлен у 8 (20,5%), периферический спондилоартрит – у 13 (33,3%), псориатический артрит – у 5 (12,8%), серонегативный ревматоидный артрит – у 7 (17,9%), серопозитивный ревматоидный артрит – у 6 (15,4%) пациентов. У остальных 57 (59,4%) больных диагноз невозможно было отнести к определенной нозологической форме, но по административным причинам диагноз должен быть уточнен и в большинстве случаев он был перекодирован в периферический спондилоартрит (n=26, 45,6%), реже – в другие диагнозы: серонегативный ревматоидный артрит (n=17, 29,8%), аксиальный спондилоартрит (n=10, 17,5%), серопозитивный ревматоидный артрит (n=3, 5,3%), псориатический артрит (n=1, 1,8%).

Заключение. Наблюдение пациентов с ювенильным началом болезни, которые получали ГИБП до достижения 18 лет, при переходе во взрослую сеть показало, что в 59,4% случаев диагноз после 18 лет не соответствует критериям заболевания во взрослом возрасте. Наиболее часто во взрослой сети диагноз заменяется на периферический спондилоартрит.

Контакты: Людмила Петровна Евстигнеева;
levstigneyeva@mail.ru