

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

Modern Rheumatology Journal

# СОВРЕМЕННАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ Издаётся с 2007 г.

Издаётся при научной поддержке ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой»

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

**А.М. Лила**, *д.м.н., профессор, Москва, Россия*

## Научный руководитель

**Е.Л. Насонов**, *академик РАН, профессор, Москва, Россия*

## Ответственный секретарь

**О.Н. Егорова**, *к.м.н., Москва, Россия*

## Научный редактор

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

## Редактор выпуска

**Т.В. Дубинина**, *д.м.н., Москва, Россия*

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Е.И. Алексеева**, *д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, Москва, Россия*

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

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

**Е.И. Бялик**, *д.м.н., профессор, Москва, Россия*

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

**А.И. Дубиков**, *д.м.н., профессор, Владивосток, Россия*

**Т.В. Дубинина**, *д.м.н., Москва, Россия*

**И.А. Зборовская**, *д.м.н., профессор, Волгоград, Россия*

**Е.Г. Зоткин**, *д.м.н., Москва, Россия*

**А.Е. Каратеев**, *д.м.н., Москва, Россия*

**Т.В. Коротаева**, *д.м.н., Москва, Россия*

**С.В. Лапин**, *к.м.н., Санкт-Петербург, Россия*

**Л.В. Лучихина**, *д.м.н., Москва, Россия*

**Г.В. Лукина**, *д.м.н., профессор, Москва, Россия*

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

**Т.А. Раскина**, *д.м.н., профессор, Кемерово, Россия*

**А.П. Ребров**, *д.м.н., профессор, Саратов, Россия*

**С.О. Салугина**, *д.м.н., Москва, Россия*

**Н.В. Торопцова**, *д.м.н., Москва, Россия*

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

## ИНОСТРАННЫЕ ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ

**Г. Амитал**, *профессор, Израиль*

**А. Баланеску**, *профессор, Румыния*

**Л.Г. Гроппа**, *профессор, Кишинев, Молдова*

**Е. Кухарж**, *профессор, Польша*

**Г.А. Тогизбаев**, *профессор, Казахстан*

**И. Эртенли**, *профессор, Турция*

## EDITOR-IN-CHIEF

**A.M. Lila**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

## Scientific supervisor

**E.L. Nasonov**, *academician of the Russian Academy of Sciences, Professor, Moscow, Russia*

## Executive Secretary

**O.N. Egorova**, *MD, PhD, Moscow, Russia*

## Scientific Editor

**Yu.A. Olyunin**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

## Number Editor

**T.V. Dubinina**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

## CO-EDITORS

**E.I. Alekseeva**, *MD, DSc, Corr. Member of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia*

**L.I. Alekseeva**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**B.S. Belov**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**E.I. Byalik**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**E.A. Galushko**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**A.I. Dubikov**, *MD, DSc, Vladivostok, Russia*

**T.V. Dubinina**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**I.A. Zborovskaya**, *MD, DSc, Volgograd, Russia*

**E.G. Zotkin**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**A.E. Karateev**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**T.V. Korotaeva**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**S.V. Lapin**, *MD, PhD, Saint-Petersburg, Russia*

**L.V. Luchikhina**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**G.V. Lukina**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**T.V. Popkova**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**T.A. Raskina**, *MD, DSc, Kemerovo, Russia*

**A.P. Rebrov**, *MD, DSc, Saratov, Russia*

**S.O. Salugina**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**N.V. Toroptsova**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

**N.A. Shostak**, *MD, DSc, Moscow, Russia*

## FOREIGN MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD

**H. Amital**, *MD, Israel*

**A. Balanesku**, *MD, Romania*

**L.G. Groppa**, *MD, DSc, Chisinau, Moldova*

**E. Kucharz**, *MD, PhD, Poland*

**G.A. Togizbaev**, *MD, Kazakhstan*

**I. Ertenli**, *MD, Turkey*

Предпечатная подготовка ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции:  
115093, Москва, Партийный пер.,  
д. 1, корп. 58, оф. 45,  
ООО «ИМА-ПРЕСС»  
Телефон: (495) 926-78-14  
e-mail: info@ima-press.net;  
podpiska@ima-press.net

Электронная версия журнала — на сайте издательства ООО «ИМА-ПРЕСС»: <http://mrj.ima-press.net>;

в Научной электронной библиотеке: <http://www.elibrary.ru>

При перепечатке материалов ссылка на журнал обязательна.

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов. Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

ПИ № ФС 77-28 869 от 25 июля 2007 г.

Подписной индекс в каталоге «Роспечать»: 70678

2019, том 13, **1**

Современная ревматология.  
2019;13(S1):1-44

Подписано в печать  
14.10.2019

Отпечатано

в типографии

«Принт Хаус»

Тираж 3000 экз.

**Тезисы Ежегодной  
научно-практической конференции  
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой  
«Современная ревматология –  
эволюция взглядов: pro et contra»,  
Москва, 24–26 октября 2019 г.**

**СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ИХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ**

Агафонова Е.М., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Румянцева Д.Г., Эрдес Ш.Ф.

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

**Введение/цель**

Воспалительное поражение тазобедренных суставов (ТБС) – коксит – является одной из наиболее частых причин ранней инвалидизации больных с аксиальным спондилоартритом (аксСпА). Коксит при этом заболевании диагностируется обычно поздно, когда уже имеются необратимые изменения сустава, требующие хирургического вмешательства. Цель исследования – сопоставить динамику клинических проявлений коксита с данными рентгенологического исследования ТБС у пациентов с аксСпА.

**Материал и методы**

В исследование включено 62 пациента с диагнозом аксСпА (критерии ASAS 2009 г.), с длительностью воспалительной боли в спине  $\leq 5$  лет, в возрасте  $\leq 45$  лет, наблюдавшихся  $\geq 2$  лет и имевших обзорные снимки костей таза за весь период наблюдения. Диагноз коксита устанавливался на основании клинических признаков – наличия ингинальной боли и/или ограничения движений в ТБС. Выраженность боли оценивалась в каждом ТБС по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ). Рентгенограммы оценивали два эксперта, которые определяли стадию BASRI-hip для каждого сустава. Средний возраст больных на момент включения составил  $29,2 \pm 6,4$  года, средняя длительность болезни –  $23,8 \pm 16,2$  мес, позитивными по HLA-B27 были 92% больных. Соотношение мужчин и женщин составляло 1,2 : 1.

**Результаты/обсуждение**

Исходно клинические признаки коксита выявлены у 35 (56%) пациентов, а через 2 года динамического наблюдения – у 13 (21%). При включении в исследование из 62 больных только у одного (2%) были выявлены рентгенологические изменения в ТБС (BASRI-hip = 2). В течение периода наблюдения рентгенологическое прогрессирование коксита обнаружено в 37% случаев, а число пациентов, имевших рентгенологические признаки коксита, увеличилось до 13 (21%). Рентгенологическое прогрессирование коксита достоверно чаще выявлялось у мужчин, чем у женщин ( $p < 0,05$ ). Из 35 пациентов, исходно отмечавших боль в ТБС, у 16 (45,7%) отмечено рентгенологическое прогрессирование коксита, причем через год наблюдения боль в ТБС сохранялась только у 7, а через 24 мес болевые ощущения отмечались лишь у 4 из них. У 9 пациентов со стойкой болью в ТБС не отмечено рентгенологического прогрессирования коксита в течение всего периода наблюдения. Из 27 больных, не испытывавших на момент включения боли в ТБС, у 7 (26%) выявлены рентгенологические изменения в ТБС.

**Выводы/заключение**

Клинические признаки коксита выявляются у половины больных с ранним аксСпА. Боль в ТБС при аксСпА только в 50% случаев сопровождается рентгенологическим прогрессированием, а у 12% пациентов коксит протекает бессимптомно.

**ОЦЕНКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КОКСИТА У ПАЦИЕНТОВ С АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ**

Агафонова Е.М., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Румянцева Д.Г., Эрдес Ш.Ф.

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

**Введение/цель**

Патология тазобедренного сустава (ТБС) при анкилозирующем спондилите (АС) в России выявляется в 50% случаев. Быстро прогрессирующий коксит в РФ зарегистрирован как показание для назначения ГИБП, однако методы оценки прогрессирования не разработаны. Цель исследования – разработать метод оценки рентгенологического прогрессирования коксита при аксиальных спондилоартритах (аксСпА).

**Материал и методы**

Было обследовано 175 больных из когорты КоРСАР (Когорта Раннего СпондилоАртрита), сформированной в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, с диагнозом аксСпА (критерии ASAS 2009 г.), с длительностью воспалительной боли в спине  $\leq 5$  лет; возраст  $\leq 45$  лет. В анализ были включены данные по 62 пациентам, наблюдавшимся  $\geq 2$  лет и имевших обзорные снимки костей таза во время включения в когорту и через 2 года после начала наблюдения. Средний возраст 62 больных на момент включения в когорту составил  $29,2 \pm 6,4$  года, средняя длительность заболевания –  $23,8 \pm 16,2$  мес, мужчин было 32, а женщин 30, большинство (92%) были позитивными по HLA-B27.

**Результаты/обсуждение**

Для оценки прогрессирования коксита был разработан показатель – суммарная стадия рентгенологического коксита (срК), которая рассчитывалась исходно и в динамике у каждого пациента, путем суммирования индекса BASRI-hip в левом и правом ТБС. В свою очередь, для расчета скорости прогрессирования рентгенологических изменений в ТБС за год применялась следующая формула:

$$\text{Скорость прогрессирования коксита} = (\text{срК}^2 - \text{срК}^1) \times 12 / \text{период наблюдения (в месяцах)},$$

где срК<sup>1</sup> – исходное значение срК, срК<sup>2</sup> – значение срК в динамике периода интереса. При включении в исследование скорость прогрессирования коксита в группе наблюдения составила в среднем 0,45 за год (условно было принято, что в начале заболевания у пациентов не было признаков поражения ТБС – срК=0); в течение первого года наблюдения – 0,54, а во второй год наблюдения – 0,1 за год, т. е. значительно замедлилась.

**Выводы/заключение**

Предложенная методика подсчета скорости прогрессирования коксита легко выполнима и применима в реальной практике, не приводит к дополнительным исследованиям и является экономически целесообразной. Данная методика позволяет следить за скоростью прогрессирования рентгенологического коксита у пациентов с аксСпА на всем протяжении болезни.

### НЕЙРОПАТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ БОЛИ У БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

Аксенова Т.А.<sup>1,2</sup>, Томских В.В.<sup>1</sup>, Мухорданова С.А.<sup>1</sup>,  
Школина Л.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита, Россия;

<sup>2</sup>НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Чита»,  
Чита, Россия

#### Введение/цель

Под нейропатической болью подразумевают боль, вызванную повреждением или дисфункцией нервной системы, преимущественно вследствие феномена центральной сенситизации. Дорсопатии характеризуются преимущественно скелетно-мышечной болью, данные о распространенности нейропатической боли у данной группы пациентов немногочисленны. Цель исследования – выявить частоту и клинические взаимосвязи нейропатического компонента боли у больных с дорсопатиями.

#### Материал и методы

Проведено одномоментное поперечное обследование 142 больных с дорсопатиями. Средний возраст пациентов составил  $55,8 \pm 15,4$  года (от 25 до 90 лет). Большинство (54,9%) составляли лица женского пола. Для скрининга нейропатической боли применялся опросник DN4, при наборе  $\geq 4$  баллов у пациента диагностировалась нейропатическая боль. В данном случае проводился углубленный опрос с использованием опросника PainDETECT. Интенсивность боли в спине оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), учитывалось число сопутствующих заболеваний и индекс коморбидности Чарстона.

#### Результаты/обсуждение

Нейропатическая боль выявлена у 17,6% больных (согласно опроснику PainDETECT все пациенты набрали  $>19$  баллов, в среднем  $24,8 \pm 4,9$  балла). Для дальнейшего анализа баллов больные были разделены на две группы: с нейропатической болью (группа 1) и без нее (группа 2). Интенсивность боли по ВАШ в 1-й группе составила  $5,8 \pm 1,9$  см, во 2-й –  $3,14 \pm 1,48$  см ( $p=0,0000001$ ). Общее число сопутствующих заболеваний у пациентов 1-й группы составило  $7,1 \pm 2,1$ , а во 2-й –  $5,51 \pm 2,07$  ( $p=0,03$ ). Грыжи межпозвоночных дисков различной локализации имели 84% больных ( $n=21$ ) 1-й группы и 41,9% ( $n=49$ ) 2-й группы ( $p=0,0001$ ). С увеличением возраста респондентов частота наличия нейропатической боли увеличивалась, выявлена корреляционная взаимосвязь между наличием нейропатической боли и возрастом ( $\gamma=0,22$ ;  $p=0,035$ ), грыжей межпозвоночного диска ( $\gamma=0,69$ ;  $p=0,0000001$ ), остеоартритом крупных или мелких суставов ( $\gamma=0,33$ ;  $p=0,02$ ), числом сопутствующих заболеваний ( $\gamma=0,35$ ;  $p=0,005$ ), а также индексом коморбидности Чарстона ( $\gamma=0,27$ ;  $p=0,002$ ).

#### Выводы/заключение

При дорсопатиях частота выявления нейропатической боли составляет 17,6%. Выявлена взаимосвязь между нейропатической болью и наличием у больного грыжи межпозвоночного диска, остеоартрита, а также числом сопутствующих заболеваний, индексом коморбидности Чарстона, возрастом пациента.

### ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Алиева К.К., Ахмедова Н.А., Хужаев Р.Б.

Ташкентская медицинская академия,  
Ташкент, Узбекистан

#### Введение/цель

Определение факторов развития остеопении и остеопороза у женщин фертильного возраста.

#### Материал и методы

Обследована 161 женщина в возрасте от 25 до 45 лет с сохраненным менструальным циклом. Всем пациенткам выполнялась ультразвуковая денситометрия с последующей остеоденситометрией поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости. Остеопения позвоночника выявлена у 38 (23,6%) женщин, остеопороз – у 1 (0,6%), нормальные показатели минеральной плотности кости – у 122 (75,8%) женщин. Из этой группы были выбраны 25 женщин с остеопенией в позвоночнике, которые составили основную группу. При этом 25 женщины с нормальными показателями минеральной плотности кости составили группу контроля. Производилось антропометрическое измерение основных показателей: рост, масса тела, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Определялось содержание кальция в сыворотке крови. Проводилась оценка факторов, способных влиять на аккумуляцию костной ткани в молодом возрасте и скорость ее снижения в последующем: курение, употребление алкоголя, наличие переломов в анамнезе у родителей, частота встречаемости переломов позвоночника, шейки бедренной кости и дистального отдела предплечья у самих участников исследования.

#### Результаты/обсуждение

Анализ относительной частоты встречаемости факторов риска в группах с остеопенией и нормой показал, что женщины в группе с остеопенией достоверно чаще имели низкие массу тела, рост и индекс массы тела.

В основной группе содержание кальция в сыворотке крови было достоверно ниже по сравнению с группой контроля. Частота курения оказалась выше в группе лиц с остеопенией позвоночника, однако не было отмечено различий по этому показателю в группах женщин с остеопенией и нормой в шейке бедренной кости. Переломы позвоночника, и/или шейки бедренной кости, и/или дистального отдела предплечья в анамнезе в группе с остеопенией имели место у 8 (32%) человек. У женщин с нормальной плотностью кости переломы в анамнезе отмечали 7 (28%) человек, у 18 (72%) женщин указаний на наличие переломов в анамнезе не было. На наличие переломов перечисленных выше локализаций в анамнезе у родителей указывали 48% женщин из основной группы. В группе контроля отягощенный семейный анамнез по переломам у родителей имели 28% женщин. Различия между двумя группами были статистически достоверными ( $p<0,05$ ). Таким образом, достоверные различия между группами сравнения были получены по показателям массы тела и индекса массы тела, минеральной плотности кости в позвоночнике, частоте встречаемости переломов у родителей, концентрации кальция.

#### Выводы/заключение

Выявление и оценка факторов, определяющих развитие остеопенического синдрома у молодых женщин, позволит

прогнозировать возрастное развитие остеопороза, а значит, своевременно проводить необходимые профилактические и лечебные мероприятия.

### ЗАВИСИМОСТЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ ИНФЛИКСИМАБА ОТ ЕГО СУММАРНОЙ ДОЗЫ

Аронова Е.С.<sup>1</sup>, Лукина Г.В.<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup>ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

#### Введение/цель

Проанализировать зависимость клинического и анти-деструктивного эффекта от суммарной дозы инфликсимаба (ИНФ) у больных ревматоидным артритом (РА).

#### Материал и методы

В проспективное исследование включено 135 пациентов с достоверным РА, наблюдавшихся в течение года. Всем пациентам был назначен ИНФ в дозе 3 мг/кг по стандартной схеме. Во время каждого визита проводилась оценка клинических (число болезненных и припухших суставов) и лабораторных показателей (уровень С-реактивного белка, СОЭ), определение качества жизни согласно опросникам HAQ. В качестве первичного критерия оценки терапевтического эффекта ИНФ использовалась динамика суммарного показателя активности болезни DAS28. Динамическая оценка состояния суставов проводилась по методу Sharp в модификации van der Heijde. Результат лечения у всех пациентов оценивался на 54-й неделе от начала лечения (в том числе у не завершивших годовой курс терапии ИНФ). Пациенты были разделены на три группы: 1) пациенты (n=63), получившие ≤4 инфузий ИНФ (в среднем 2,5); 2) пациенты (n=31), получившие 5–7 инфузий ИНФ (в среднем 5,8); 3) пациенты (n=41), получившие ≥8 инфузий ИНФ (в среднем 8,8).

#### Результаты/обсуждение

В начале исследования в каждой группе у большинства пациентов отмечалась высокая активность по оценке DAS28 (DAS28 >5,1): в 1-й группе – 69%, во 2-й группе – 86,6%, в 3-й группе – 62,1%. Умеренная активность (3,2 < DAS28 ≤5,1) отмечалась в 1-й группе у 31% больных, во 2-й – у 13,4%, в 3-й – у 37,9%. У всех больных отмечалось быстрое (уже на 14-й неделе лечения) и достоверное (p<0,05) снижение активности РА. Уменьшение активности по сравнению с ее исходным уровнем оставалось достоверным также через 54 нед после начала лечения. К концу наблюдения средний уровень DAS28 в 1-й группе оказался достоверно выше, чем в двух других группах. Между 2-й и 3-й группами достоверных различий в этот период наблюдения не выявлено. При дифференцированной оценке активности РА внутри каждой группы через 54 нед наблюдения наибольший процент пациентов с высокой лабораторной активностью отмечался в 1-й группе (36,4%), в третьей группе было больше пациентов с низкой лабораторной активностью (включая пациентов в состоянии ремиссии по критерию DAS28), чем в остальных группах (53,9% по сравнению с 27,3% в 1-й группе и с 50% во 2-й группе). Количество ремиссий во 2-й и 3-й группах оказалось сопоставимо (28,6 и 23,1% соответственно), что пре-

вышало показатели 1-й группы (18,2%). За 54 нед наблюдения у пациентов 1-й группы отмечалось достоверно большее рентгенологическое прогрессирование по Шарпу, чем у больных 2-й и 3-й групп.

#### Выводы/заключение

Низкая суммарная доза ИНФ способна вызвать длительный клинический эффект, но существенно не тормозит суставную деструкцию. Между 2-й и 3-й группами достоверных различий в степени рентгенологического прогрессирования не обнаружено.

### ПЕРЕНОСИМОСТЬ ТЕРАПИИ ИНФЛИКСИМАБОМ БОЛЬНЫМИ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ)

Аронова Е.С.<sup>1</sup>, Лукина Г.В.<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup>ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

#### Введение/цель

Оценить переносимость терапии инфликсимабом (ИНФ) у больных ревматоидным артритом (РА) в реальной клинической практике.

#### Материалы и методы

В годовое исследование включено 135 пациентов (114 женщин и 21 мужчина) с диагнозом РА, достоверным по критериям Американской коллегии ревматологов (1987). В качестве базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) 105 пациентов получали метотрексат 7,5–25 мг/нед (в среднем 10,8 мг/нед), 23 пациента – другие БПВП, в том числе лефлуномид 20 мг/сут, сульфасалазин 2 г/сут, плаквенил 200 мг/сут, а также их комбинации. Семи больным ИНФ назначался без сопутствующих БПВП; 69 пациентов, помимо ИНФ, получали глюкокортикоиды в средней дозе 6,9±2,9 мг/сут в пересчете на преднизолон. Выбыли из исследования в связи с первичной или вторичной неэффективностью ИНФ 22,2% пациентов.

#### Результаты/обсуждение

Нежелательные явления (НЯ) были зарегистрированы у 28,1% больных. Относительно частыми НЯ были инфузионные реакции, наблюдавшиеся в процессе введения препарата у 15 пациентов (т.е. в 11,1% случаев). НЯ, не требовавшие отмены препарата, были зарегистрированы у 4 (2,9%) пациентов. У 19 (14,1%) пациентов отмечались серьезные НЯ, потребовавшие отмены ИНФ, и в одном случае зафиксирована гибель пациентки по причине, не связанной с лечением ИНФ (декомпенсация хронической почечной недостаточности вследствие вторичного амилоидоза). Среди серьезных НЯ с наибольшей частотой встречались аллергические и анафилактикоидные реакции (у 8 пациентов). Второе место по частоте возникновения занимали серьезные инфекционные осложнения на фоне терапии ИНФ, отмечавшиеся у 7 (5,2%) пациентов. У двух пациенток (1,5%) мы наблюдали кардиологические симптомы на фоне инфузии ИНФ или вскоре после нее. В двух случаях (1,5%) отмена ИНФ была связана с кожным поражением. У одной больной после 7-й инфузии появились псориатические бляшки в области локтевых суставов, которые в дальнейшем не прогрессировали. У другой пациентки после второй инфузии развились симметричные

язывы нижних третей голени. Достоверно больший процент НЯ отмечался на фоне сочетанной терапии лефлуноmidом и ИНФ (37,5%) как по сравнению с группой, получавшей комбинацию метотрексата и ИНФ ( $p=0,01$ ), так и с группой монотерапии ИНФ ( $p=0,06$ ). Между группами монотерапии ИНФ и сочетанной терапии (ИНФ + метотрексат) достоверных различий в частоте возникновения НЯ не выявлено ( $p=0,4$ ).

#### Выводы/заключение

По данным нашего исследования можно констатировать удовлетворительную переносимость терапии ИНФ. ИНФ безопасен для применения в реальной клинической практике, однако перед назначением терапии следует информировать пациентов о рисках возникновения НЯ и необходимости осмотра ревматологом перед каждым введением препарата.

#### ПРИЧИНЫ ОТМЕНЫ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПЕРВЫЙ ГОД ТЕРАПИИ

Аронова Е.С., Муравьев Ю.В.

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

#### Введение/цель

Оценить выживаемость терапии у больных, впервые получающих ингибиторы фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО $\alpha$ ): этанерцепт, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаба пэгол – или другие генно-инженерные биологические препараты (ГИБП): ритуксимаб, абатацепт, тоцилизумаб, – и выявить предикторы прекращения терапии в течение первого года терапии.

#### Материал и методы

В ретроспективное исследование включены 53 пациента, которым были впервые назначены ГИБП в период с 2010 по 2018 г., с диагнозами: ревматоидный артрит (88,7%), анкилозирующий спондилит (9,4%) и псориатический спондилит (1,9%). Среди них было 10 мужчин и 43 женщины в возрасте от 18 лет до 71 года, медиана [25-й; 75-й перцентили] составили 38,0 [29,5; 56,0] года. Препараты группы ингибиторов ФНО $\alpha$  были назначены 34 больным, другие ГИБП (ритуксимаб, абатацепт и тоцилизумаб) – 19 больным.

#### Результаты/обсуждение

В первый год с момента начала лечения терапия была прекращена у 70,6% больных, получавших препараты группы ингибиторов ФНО $\alpha$ , и у 57,9% больных, получавших другие ГИБП [относительный риск (ОР) 1,22; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,79–1,89]. Максимальный срок наблюдения составил 7 лет (один случай в группе ингибиторов ФНО $\alpha$ ). Причинами прекращения терапии в обеих группах являлись первичная и вторичная неэффективность препарата (68%), развитие нежелательных реакций (20,8%) и административные моменты (11,2%), частота их между обеими группами статистически не различалась. Мы проанализировали основные демографические показатели и пришли к выводу, что пол, возраст и нозологический диагноз не являются предикторами отмены ГИБП в обеих группах в течение первого года лечения.

#### Выводы/заключение

Наибольшая частота прекращения терапии отмечается в течение первого года с момента начала лечения, что обу-

словливает необходимость наблюдения за пациентами в этот период. Основной причиной отмены ГИБП является их недостаточная эффективность. Между группами ингибиторов ФНО $\alpha$  и другими ГИБП частота прекращения терапии статистически не различалась. Пол, возраст и нозологический диагноз не являются предикторами ранней отмены ГИБП в обеих группах.

#### УВЕИТ DE NOVO НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЮВЕНИЛЬНЫХ АРТРИТОВ – 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Арсеньева С.В., Никишина И.П., Костарева О.М., Шаповаленко А.Н., Каледя М.И.

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

#### Введение/цель

Применение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) в лечении ювенильных артритов (ЮА) существенно улучшило эффективность терапии и возможность достижения ремиссии, однако у некоторых пациентов может наблюдаться развитие увеита *de novo* как «парадоксальный» эффект ГИБП. Цель исследования – оценить частоту возникновения увеита *de novo* у пациентов с ЮА на фоне применения ГИБП, выявить предикторы развития увеита и/или особенности клинических проявлений в когорте пациентов детского отделения ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой.

#### Материал и методы

В ретроспективное исследование включено 915 пациентов с ЮА, получавших ГИБП и наблюдавшихся в клинике в период 2004–2018 гг.

#### Результаты/обсуждение

Среди 915 пациентов, получавших терапию ГИБП, выявлено 28 (3%) случаев увеита *de novo* (12 мальчиков и 16 девочек); чаще всего его развитие ассоциировалось с приемом этанерцепта (26 случаев из 357 назначений, 7,3%, 2,94 случая на 100 пациенто-лет); 1/132 – абатацепта (0,027 на 100 пациенто-лет) и 1/281 – адалимумаба (0,12 на 100 пациенто-лет). Не наблюдалось случаев развития увеита *de novo* на фоне применения других ГИБП. Развитие увеита на фоне терапии этанерцептом наблюдалось в различные сроки после начала терапии; в среднем  $18,5 \pm 12,6$  мес (Me 16,5). Развитие увеита *de novo* на фоне приема абатацепта было зарегистрировано после 5 мес терапии у девочки, получавшей до этого инфликсимаб. У одного мальчика с ранним дебютом ЮА (в возрасте 18 мес) развился увеит *de novo* после 71 мес применения адалимумаба на фоне общего ухудшения, пациент был успешно переключен на терапию абатацептом. Согласно Классификации ЮА (ILAR) 17 (60,7%) пациентов относились к категории распространенного олигоартрита, 2 (7%) – персистирующего олигоартрита, 2 (7%) – энтезит-ассоциированного артрита (с последующим развитием ювенильного анкилозирующего спондилита); 7 (25%) – РФ-негативного полиартрита. Средний возраст дебюта ЮА составил  $4,5 \pm 3,9$  года; 25 больных из 28 имели высокую лабораторную активность заболевания (уровень С-реактивного белка  $54 \pm 23$  мг/л; СОЭ  $41 \pm 19$  мм/ч) и тяжелый артрит до назначения ГИБП. При этом к моменту развития увеита большинство пациентов (24 из 28) достигли 90–100%

улучшения по критериям Американской коллегии ревматологов (ACR). 18 из 28 пациентов имели АНФ, 14/28 – HLA-B27, 6 пациентов – сочетание обоих признаков. Средний возраст развития увеита –  $10,3 \pm 5,6$  года. Длительность терапии ГИБП до развития увеита  $22,9 \pm 16,9$  мес (Me 20,5). Увеит развивался в более ранние сроки у пациентов с сочетанием позитивности по АНФ и HLA-B27 (в среднем через 10,7 мес), против 27,4 и 21,6 мес при наличии только АНФ или HLA-B27 соответственно. 25 из 28 (89%) пациентов получали метотрексат в средней дозе  $11,5 \text{ мг/м}^2$  в неделю. Во всех случаях развития увеита *de novo* была осуществлена замена ГИБП.

#### Выводы/заключение

Результаты 15-летнего наблюдательного исследования показали, что увеит *de novo* является редким нежелательным явлением на фоне применения ГИБП, которое можно рассматривать не столько как осложнение ГИБП-терапии, сколько как естественное течение заболевания. Развитие увеита *de novo* характерно для субтипов ЮА, предрасположенных к развитию увеита, причем у всех пациентов – с высокой активностью артрита в дебюте и очень хорошим ответом на терапию по критериям ACR. Развитие увеита *de novo* чаще отмечалось при применении этанерцепта, что может рассматриваться как парциальная эффективность препарата при наличии увеита и/или высокого риска его манифестации.

### РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И ПОДАГРА: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

#### В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Баймухамедов Ч.Т.

*Медицинский центр болезней суставов,  
Шымкент, Казахстан*

#### Введение/цель

В пожилом возрасте часто возникают случаи сочетанного течения нескольких заболеваний. Болезни могут быть коморбидными (сопутствующими), конкурентными и вызывать дополнительные трудности в дифференциальной диагностике (ДД). Ревматоидный артрит (РА) – наиболее распространенный аутоиммунный воспалительный артрит у взрослых. В связи с ростом средней продолжительности жизни все чаще встречается РА с дебютом после 60 лет – РА пожилых (РАП). ДД при РАП часто представляет серьезную проблему, учитывая наличие коморбидных заболеваний. Часто необходимо проводить ДД с подагрой, также широко распространенной нозологией в старшем возрасте.

#### Материал и методы

Проведен анализ литературы за последние 20 лет, где описывались случаи сочетанного течения РА и подагры. Сделана попытка систематизировать варианты сочетания двух патологий, обозначить возможные причины диагностических ошибок. Приведены сложные для ДД клинические случаи сочетаний двух нозологий, описана рентгенологическая и ультразвуковая диагностика обоих заболеваний. Предлагается собственный вариант возможных критериев диагностики РАП.

#### Результаты/обсуждение

Проблемы во «взаимоотношениях» РА и подагры могут возникать в следующих основных случаях. 1. Подагра «симулирует» РА, гипердиагностика РА, поздняя диагно-

стика подагры. 2. РА симулирует подагру, гипердиагностика подагры, поздняя диагностика РА. 3. Сочетание РА и подагры. Сочетание можно в свою очередь условно разделить также на три основных варианта: А. Совместное течение двух болезней (одновременное). Б. Присоединение РА на фоне имеющейся подагры. В. Присоединение подагры на фоне РА. При всех вариантах есть типичные ошибки, о которых необходимо помнить при диагностике заболеваний. К сожалению, действующие критерии Американской коллегии ревматологов / Европейской антиревматической лиги (ACR/EULAR) для РА (2010) в пожилом возрасте часто приводят к гипер- и гиподиагностике, особенно при раннем РАП. Рентгенологическое исследование не всегда может помочь в диагностике, так как нет четких различительных критериев эрозивного поражения для РА и подагры.

#### Выводы/заключение

Есть достаточно серьезные трудности при ДД РАП и подагры. Ситуация усугубляется распространенной в пожилом возрасте бессимптомной гиперурикемией, частым наличием ложноположительного ревматоидного фактора, возможным полиартралгическим вариантом подагры с поражением кисти, несовершенством существующих критериев диагностики РА. Вероятно, для более точной диагностики РАП необходима разработка отдельных критериев. Обнаружению антител к циклическому цитруллин-ированному пептиду должна придаваться большая диагностическая ценность, чем ревматоидному фактору. Возможно, необходимо введение показателей с отрицательной диагностической ценностью, по примеру критериев подагры (гиперурикемия, нахождение кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости, наличие онкозаболеваний в анамнезе). Необходимо учитывать современные инструментальные методы, которые могут помочь в диагностике РРА.

### ФАКТОРЫ РИСКА КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Буханова Д.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Соловьев С.К., Ананьева Л.П., Попкова Т.В., Глухова С.И.

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

#### Введение/цель

Цель исследования – изучение спектра, частоты и факторов риска коморбидных инфекций (КИ) у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) и системной склеродермией (ССД) среди пациентов, госпитализированных в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в ходе ретроспективного одномоментного исследования с историческим контролем.

#### Материал и методы

В исследование включены 62 больных СКВ и 61 – ССД. Все больные были опрошены врачом-исследователем с заполнением соответствующей анкеты. Дополнительную информацию получали при анализе медицинской документации. Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы Statistica 10.0 для Windows (StatSoft Inc., США). Средний возраст пациентов с СКВ на момент включения в исследование составлял  $36,25 \pm 14,16$  года, длительность заболевания –

158,75±132,52 мес. Большую часть когорты составляли женщины (95,1%) со средней (40,4%) активностью заболевания, острым (59,5%) по дебюту течением заболевания. Наиболее частыми органными патологиями в рамках СКВ были поражение почек (29,0%) и легких (20,9%). У 10 пациенток сопутствующим диагнозом был антифосфолипидный синдром (АФС), у 5 – синдром Шегрена. Средний возраст у пациентов с ССД на момент включения в исследование составлял 51,25±12,41 года, длительность заболевания – 157,25±140,6 мес. Большую часть когорты составляли женщины (91,6%) с диффузной (66,6%) формой заболевания. Патология легких в виде интерстициального поражения легких (ИПЛ) отмечалась у 41,4% пациентов.

#### Результаты/обсуждение

Риск пневмоний у пациентов с СКВ значимо нарастал в связи с развитием основного заболевания [относительный риск (ОР) 17; 95% доверительный интервал (ДИ) 2,34–123,4;  $p < 0,001$ ]. При остром по дебюту течения СКВ пневмонии встречались значимо чаще, чем среди пациентов с подострым и хроническим течением (ОР 4,41; 95% ДИ 1,12–17,35;  $p = 0,009$ ). Аналогичная значимая взаимосвязь для гриппа и гриппоподобного заболевания получена при проведении корреляционного анализа по Спирмену ( $r = 0,31$ ;  $p = 0,031$ ). Наличие СКВ ассоциировалось с повышенным риском заболеваемости герпес-вирусной инфекцией (ОР 11,0; 95% ДИ 1,46–82,3;  $p = 0,004$ ), а также инфекциями кожи и мягких тканей в виде флегмон и абсцессов ( $p = 0,012$ ). Отмечено значимое повышение вероятности инфицирования кожных покровов при наличии АФС (ОР 11,25; 95% ДИ 3,5–49,9;  $p = 0,001$ ). Анализ влияния терапии СКВ показал, что суммарная доза ЦФ имела значимую ассоциацию с частотой развития острого бронхита ( $r = 0,415$ ;  $p = 0,043$ ) и инфекциями, обусловленными вирусом простого герпеса ( $r = 0,57$ ;  $p = 0,003$ ). Значимой ассоциации частоты инфекций с возрастом больных СКВ и другими факторами риска не наблюдали.

У пациентов с ССД нарастание частоты инфицирования кожных покровов отмечалось после дебюта заболевания (ОР 19; 95% ДИ 2,6–137,5;  $p < 0,001$ ). Частота инфекций верхних дыхательных путей значимо увеличивалась при наличии фонового ИПЛ (33,3 и 15,6% соответственно;  $p = 0,039$ ). Выявлены значимая ассоциация НЗ-инфекции с диффузной формой заболевания ( $p = 0,039$ ) и значимая взаимосвязь суммарной дозы ЦФ, составляющей  $\geq 20$  г, с развитием инфицированных язв ( $p = 0,006$ ) и цистита ( $p = 0,025$ ).

#### Выводы/заключение

Полученные нами данные свидетельствуют о нарастании риска различных КИ после дебюта СКВ и ССД, а также о связи отдельных инфекций с клиническими характеристиками ревматического заболевания. Таким образом, можно сделать вывод о необходимости постоянного мониторинга КИ, а также проведения профилактических мероприятий, направленных на предотвращение возникновения КИ у этих пациентов, в том числе вакцинации.

#### ИЗМЕНЕНИЯ ТИТРОВ АНТИЯДЕРНЫХ АНТИТЕЛ, АССОЦИИРОВАННЫХ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ, НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ

Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Глухова С.И., Черкасова М.В., Алексанкин А.П.  
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия  
Введение/цель

Антитела, ассоциированные с системной склеродермией (ССД): антиядерный фактор (АНФ), антитела к анти-топоизомеразе-1 (Scl-70), антицентромерные антитела (АЦА) – присутствуют у большинства больных. Их рассматривают главным образом как диагностический маркер, но не для оценки активности заболевания или эффективности проводимой терапии. В то же время есть исследования, в которых было отмечено снижение титра антител на фоне терапии ритуксимабом (РТМ) у пациентов с ССД. Однако в данных работах было небольшое число пациентов (12 и 8 человек), что обуславливает интерес исследования этого вопроса на большей группе больных.

#### Материал и методы

В данное исследование было включено 88 пациентов с ССД. Сбор данных осуществлялся проспективно. Средний период наблюдения составил 27 [12; 42] мес. Средний возраст – 47 [17; 71] лет, женщин было 73 (83%), диффузная форма отмечалась у 50 (57%) пациентов. Средняя длительность болезни составила 5,9±4,8 года, суммарная доза РТМ – 2,9±1,1 г. Все пациенты получали преднизолон в дозе 11,7±4,4 мг, иммуносупрессантами лечены 42% больных. Результаты представлены в виде средних значений, медианы, верхнего и нижнего квартилей.

#### Результаты/обсуждение

В динамике на фоне терапии кожный счет снизился с 11,21±9,33 до 6,19±4,74 ( $p < 0,001$ ). Индекс активности заболевания снизился с 2,9±1,74 до 1,36±1,15 ( $p < 0,001$ ). Форсированная жизненная емкость легких увеличилась с 76,35±19,65 до 84,37±21,04 ( $p < 0,001$ ), диффузионная способность легких – с 45,56±17,72 до 47,62±16,96 ( $p = 0,019$ ). Абсолютное количество В-клеток снизилось с 0,224±0,19 до 0,0175±0,058 ( $p = 0,0001$ ). Доза преднизолона снизилась с 11,7±4,4 до 9,2±3,2 мг ( $p = 0,000001$ ). Иммуносупрессанты в динамике получали 49% больных, так как некоторым из них они были назначены впервые одновременно с РТМ. При оценке эффективности терапии у 96% пациентов был позитивный эффект. Исходно положительный титр АНФ был выявлен у 92% больных и варьировал в пределах: 1/320 у 11 пациентов, 1/640 – у 46 пациентов, 1/1280 – у 24 пациентов. Положительные Scl-70 выявлены в 75% случаев, трое больных были положительны по АЦА. Средний титр Scl-70 – 125±89 ед/мл (0,1–200). Титр антител АНФ снизился с 1/640 (медиана) [25-й перцентиль – 1/640; 75-й перцентиль – 1/1280] до 1/320 (медиана) [25-й перцентиль – 1/320; 75-й перцентиль – 1/640] ( $p < 0,001$ ). Титр АЦА не изменился. Титр Scl-70 снизился с 125,02±89,12 до 108,6±86,89 ( $p = 0,007$ ). Была обнаружена умеренная положительная статистически значимая корреляция между АНФ и Scl-70 ( $r = 0,403$ ). Выявлена статистически значимая корреляция между кожным счетом и АНФ ( $r = 0,26$ ;  $p = 0,014$ ).

**Выводы/заключение**

В нашем исследовании, выполненном на большой группе больных, показано достоверное снижение уровней АНФ и Scl-70 на фоне длительной комплексной терапии, включившей РТМ. Снижение титров антиядерных аутоантител ассоциировалось со снижением уровня В-клеток, кожного счета, индекса активности заболевания, увеличением дыхательных объемов. Снижение уровней аутоантител становится очевидным при достаточно длительном лечении. Можно полагать, что динамика титров АНФ и Scl-70 может быть полезной для оценки эффективности длительной комплексной терапии, включающей РТМ.

**УРОВЕНЬ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА  
ПРЕДШЕСТВЕННИКА МОЗГОВОГО  
НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА  
И ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА–МЕДИИ  
БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ  
У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ И РАЗВЕРНУТОЙ  
СТАДИЕЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

Герасимова Е.В., Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В.,  
Черкасова М.В., Маркелова Е.И., Новикова Д.С.  
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт  
ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

**Введение/цель**

Повышенные значения N-концевого фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) являются независимым предиктором смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных ревматоидным артритом (РА). Ряд исследований свидетельствует об ассоциации NT-proBNP с развитием атеросклеротического поражения артерий у больных РА и в общей популяции. Цель исследования – сопоставить уровень NT-proBNP с толщиной комплекса интима–медиа (КИМ) брахиоцефальных артерий (БЦА) у пациентов с разной длительностью РА.

**Материал и методы**

Обследовано 96 больных РА (73 женщины и 23 мужчины), из них 57 пациентов с ранней стадией РА (длительность заболевания  $\leq 12$  мес), не получающих базисные противовоспалительные препараты (БПВП), и 39 – с развернутой стадией РА ( $> 12$  мес) с неэффективностью терапии БПВП. В исследование не включались пациенты, имеющие хроническую сердечную недостаточность. Медиана возраста больных РА составила 56 [46; 61] лет. Активность РА была высокой: DAS28 – 5,8 [5,2; 6,4] балла. Глюкокортикоиды (ГК) получали 52%, нестероидные противовоспалительные препараты – 75% пациентов с развернутой стадией РА. Группы больных с ранней и развернутой стадиями заболеваниями не различались по возрасту, полу, активности заболевания (DAS28). Концентрацию NT-proBNP определяли в сыворотке крови методом электрохемилюминесценции Elecsys proBNP II (Roche Diagnostics, Швейцария). Уровень NT-proBNP  $\geq 100$  пг/мл считали повышенным.

**Результаты/обсуждение**

Медиана концентрации NT-proBNP у пациентов с РА составила 90,8 [48,8; 144,7] пг/мл. Уровень NT-proBNP позитивно коррелировал с возрастом ( $r=0,44$ ;  $p<0,01$ ), концентрацией С-реактивного белка (СРБ) ( $r=0,22$ ;  $p=0,01$ ), максимальной толщиной КИМ ( $r=0,41$ ;  $p<0,01$ ). Увеличение концентрации NT-proBNP  $\geq 100$  пг/мл определено

у 56% больных с ранним РА и 26% – при развернутой стадии РА ( $p<0,01$ ). У больных с ранним РА концентрация NT-proBNP была выше, чем у пациентов с развернутой стадией РА (118,9 [64,2; 185,5] и 73,4 [41,2; 100,7] пг/мл соответственно;  $p<0,01$ ). Корреляции уровня NT-proBNP с возрастом ( $r=0,59$ ), концентрацией СРБ ( $r=0,34$ ) и толщиной КИМ ( $r=0,41$ ;  $p<0,05$  во всех случаях) оставались значимыми только при ранней стадии РА. У больных с развернутой стадией РА ассоциаций между NT-proBNP с возрастом, уровнем СРБ и толщиной КИМ БЦА выявлено не было.

**Выводы/заключение**

У пациентов с ранней стадией РА чаще определялись высокие уровни NT-proBNP по сравнению с больными с развернутой стадией заболевания. Выявленные в группе больных с ранним РА повышенные значения NT-proBNP, коррелирующие с уровнем СРБ, могут быть проявлением активности заболевания. Ассоциация NT-proBNP с толщиной КИМ БЦА может свидетельствовать о возможной роли данного биомаркера в прогрессировании атеросклеротического поражения периферических артерий у пациентов с ранним РА. У больных РА с развернутой стадией заболевания, получающих БПВП и ГК, связь между толщиной КИМ БЦА и уровнем NT-proBNP не выявлена.

**ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ  
БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ  
НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ПОЛИГЛУТАМАТОВ  
МЕТОТРЕКСАТА В ЭРИТРОЦИТАХ**

Гриднева Г.И., Муравьев Ю.В.

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

**Введение/цель**

Для получения хорошего и умеренного лечебного эффекта метотрексата (МТ) у больных ревматоидным артритом (РА) необходимо, чтобы достигнутый (целевой) уровень тетраглутамата метотрексата (МТПГ<sub>4</sub>) в эритроцитах был  $\geq 22,5$  нмоль/л. Влияние индивидуальных особенностей больных (возраста, индекса массы тела, объема эритроцитов) на этот показатель неизвестно. Цель исследования – оценить влияние индивидуальных особенностей больных РА на целевой уровень МТПГ<sub>4</sub> и концентрацию других МТПГ.

**Материал и методы**

В исследование включены 60 больных РА (26 мужчин и 44 женщины), соответствующих критериям Американской коллегии ревматологов / Европейской антиревматической лиги (ACR/EULAR) 2010 г. и получавших МТ  $\geq 20$  мг/нед парентерально в течение  $\geq 12$  нед. К больным старшей возрастной категории отнесены 24 женщины старше 55 лет и 7 мужчин старше 60 лет (группа 1;  $n=31$ ), остальные больные составили группу 2 ( $n=29$ ). Синтез стандартов полиглутаматов МТ проводили непосредственно из субстанции МТ производства европейской фармации и глутаминовой кислоты (Sigma Ald, Канада). Значимые для анализа полиглутаматы (МТПГ<sub>2</sub>, 3, 4) определяли в эритроцитах методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием. Объем эритроцитов рассчитывали как произведение MCV [средний объем эритроцита в кубических микрометрах (мкм) или фемтолитрах (фл)] на количество эритроцитов в 1 мкл].

**Результаты/обсуждение**

У больных группы 1 концентрация МТПГ<sub>2</sub>, МТПГ<sub>3</sub> и МТПГ<sub>4</sub> составила 9,0 [4,0; 8,3], 16,1 [9,0; 16,6], 24,7 [20,8; 30,2] нмоль/л, в группе 2 – соответственно 7,5 [4,1; 9,0], 16,0 [9,9; 20,0], 23,8 [17,5; 29,2] нмоль/л. Различия являлись статистически незначимыми. Больные обеих групп не различались по длительности лечения МТ, разовой и кумулятивной дозам МТ, количеству эритроцитов; в группе 1 хороший и умеренный ответ на терапию отмечен у 9 (29%), в группе 2 число ответивших на терапию составило 19 (65%;  $p=0,01$ ). Средний показатель индекса массы тела в группе 1 составил  $29\pm 6$  кг/м<sup>2</sup>, в группе 2 –  $25\pm 4$  кг/м<sup>2</sup> ( $p=0,0064$ ). Доза МТ, рассчитанная на 1 м<sup>2</sup> поверхности тела, была выше в группе 2 ( $12,6\pm 2,2$  мг, нежели в группе 1 –  $11,3\pm 2$  мг;  $p=0,02$ ).

**Выводы/заключение**

1. Достижение целевого уровня МТПГ<sub>4</sub> не зависело от индивидуальных особенностей (возраста, индекса массы тела, объема эритроцитов) больных РА. 2. Применение более высокой дозы МТ в группе 2 не сопровождалось нарастанием концентрации МТПГ<sub>2,3,4</sub> по сравнению с группой 1.

### ВЛИЯНИЕ СПОНДИЛОАРТРИТА НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С HLA-B27-АССОЦИИРОВАННЫМ УВЕИТОМ

Годзенко А.А.<sup>1</sup>, Разумова И.Ю.<sup>2</sup>, Гусева И.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней» Минобрнауки России, Москва, Россия;

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

**Введение/цель**

HLA-B27-ассоциированный передний увеит (HLA-B27 ПУ) может быть самостоятельным заболеванием или частью системного воспалительного процесса, например спондилоартрита (СПА). Различия в иммунопатогенезе и течении изолированного HLA-B27 ПУ и связанного со СПА в фокусе исследований последних лет. Цель исследования – сравнить частоту осложнений HLA-B27 ПУ у пациентов со СПА и без СПА.

**Материал и методы**

Обследованы 189 пациентов с HLA-B27 ПУ, наблюдавшихся в ФГБНУ «НИИ глазных болезней» в течение 10 лет. Помимо стандартного офтальмологического обследования пациентам по показаниям проводили компьютерную периметрию, ультразвуковое исследование глаз, оптическую когерентную томографию сетчатки и зрительного нерва, флюоресцентную ангиографию глазного дна и электрофизиологические исследования. У всех пациентов активно выявлялись клинические признаки СПА, рентгенологические или МРТ-признаки сакроилита.

**Результаты/обсуждение**

У 108 пациентов диагностированы различные варианты СПА: у 48 (44,4%) – анкилозирующий спондилит (АС), у 9 (8,3%) – реактивный артрит (РеА), у 9 (8,3%) – псориатический артрит (ПсА), у 2 (1,9%) – воспалительное заболевание кишечника (ВЗК), у 4 (3,7%) – ювенильный СПА, у 36 (33,3%) – недифференцированный СПА. У 81 пациента признаки СПА не были выявлены: у 11 (13,5%) диагностирован вирусный увеит, у 7 (8,6%) – бактериальная инфекция,

у 1 (1,2%) – рассеянный склероз, у 3 (3,7%) – псориаз, у 59 (72,8%) – идиопатический ПУ. Осложнения выявлены у 74 пациентов из 108 (68,5%) – 147 глаз в группе СПА и у 39 из 81 (48,1%) – 110 глаз в группе без СПА. Катаракта диагностирована в 89 (60,5%) из 147 глаз в группе СПА и 35 глазах (1,8%) в группе без СПА ( $p=0,0001$ ); глаукома – в 28 из 147 глаз (19,0%) в группе СПА и 8 из 110 глаз (7,3%) в группе без СПА ( $p=0,005$ ); синехии – в 24 (16,3%) и 8 (7,3%) соответственно ( $p=0,021$ ); деструкция стекловидного тела – в 59 (40,1%) и 26 (23,6%;  $p=0,005$ ). Макулопатия, атрофия зрительного нерва, лентовидная дегенерация роговицы, панувеит чаще наблюдались в группе СПА, но различия в сравнении с группой без СПА не были достоверны. Сочетание нескольких осложнений отмечено у 59 (40,1%) больных в группе СПА и у 31 (28,2%) в группе без СПА ( $p=0,03$ ).

**Выводы/заключение**

Осложнения HLA-B27 ПУ выявляются достоверно чаще у пациентов, имеющих СПА, в сравнении с пациентами без СПА, большинство из которых составляли больные с идиопатическим HLA-B27 ПУ. Полученные данные подтверждают влияние системного воспалительного заболевания на тяжесть увеита.

### ОЦЕНКА МУЛЬТИМОРБИДНОГО ПРОФИЛЯ (CIRS) ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ.

**ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Гордеев А.В., Галушко Е.А.,

Савушкина Н.М., Демидова Н.В.

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

**Введение/цель**

Оценить наличие и характер мультиморбидной патологии у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и ее влияние на активность заболевания.

**Материал и методы**

В исследование включено 117 пациентов с РА по критериям Американской коллегии ревматологов / Европейской антиревматической лиги (ACR/EULAR) 2010 г. (средний возраст –  $54,8\pm 14,8$  года), находившихся на обследовании и лечении в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в 2018–2019 гг. Медиана длительности болезни составила 5,0 [1,5; 9,5] года, среднее значение DAS28 –  $5,0\pm 1,3$ . Проанализированы документация и данные анамнеза с акцентом на сопутствующие заболевания. Для оценки профиля мультиморбидной патологии использовался кумулятивный индекс заболеваний CIRS (Cumulative Illness Rating Scale).

**Результаты/обсуждение**

Пациенты с РА имели высокий показатель спектра мультиморбидной патологии – сопутствующая патология выявлена в 96 случаях (82%). Медиана количества заболеваний у одного пациента – 2 [1; 4], среднее значение общего счета CIRS –  $6,7\pm 3,3$  балла, медиана – 2,5 [1; 6]. Число сопутствующих заболеваний, вынесенных в диагноз до использования CIRS, было значительно меньше (на 48%;  $p<0,01$ ), чем выявлено в проведенном исследовании. Наиболее часто в изучаемой когорте не диагностировалась хроническая болезнь почек, которая встречалась практически в половине наблюдений (42,5%), в среднем у каждого 3-го пациента не были обнаружены признаки метаболического синдрома (гипергликемия – у 29%, ожирение – у 13,5%) и хронической гипоксии (анемия, впервые вынесенная

в диагноз, верифицирована в 24% случаев). Обнаружена корреляция количественного эквивалента мультиморбидности со значениями клинико-лабораторных показателей активности РА, включая число болезненных суставов ( $r=0,39$ ;  $p<0,001$ ), общую оценку больного ( $r=0,37$ ;  $p=0,03$ ), общую оценку активности болезни врачом ( $r=0,37$ ;  $p<0,01$ ), индексы DAS28 ( $r=0,42$ ;  $p<0,001$ ), CDAI ( $r=0,37$ ;  $p<0,001$ ), SDAI ( $r=0,34$ ;  $p<0,001$ ), HAQ ( $r=0,34$ ;  $p<0,001$ ). Значение общего счета CIRS не различалось у пациентов с ранней и с развернутой или поздней стадиями заболевания:  $6,6\pm 3,5$  и  $6,7\pm 3,3$  соответственно ( $p=0,9$ ).

#### Выводы/заключение

Систематический скрининг мультиморбидности должен выполняться у всех пациентов с РА. Для оценки распространенности мультиморбидности и ее последствий целесообразно использовать шкалу CIRS.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА С ПОРАЖЕНИЕМ И БЕЗ ПОРАЖЕНИЯ ОСЕВОГО СКЕЛЕТА. ДАННЫЕ ОБЩЕРОССИЙСКОГО РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Губарь Е.Е.<sup>1</sup>, Логинова Е.Ю.<sup>1</sup>, Корсакова Ю.Л.<sup>1</sup>, Коротаяева Т.В.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1,2</sup>, Кудишина С.С.<sup>3</sup>, Седунова М.В.<sup>4</sup>, Бондарева И.Н.<sup>5</sup>, Умнова И.Ф.<sup>6</sup>, Приставский И.Н.<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

<sup>3</sup>КРАУЗ «Владивостокская клиническая больница №2», Владивосток, Россия; <sup>4</sup>ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург, Россия;

<sup>5</sup>ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева», Кемерово, Россия; <sup>6</sup>БУЗОО

«Областная клиническая больница», Омск, Россия

#### Введение/цель

В настоящее время имеются данные о более тяжелом течении псориатического артрита (ПсА) в случае вовлечения в воспалительный процесс осевого скелета. Цель исследования – сравнить клинические особенности двух групп больных ПсА: с вовлечением осевого скелета и без аксиального поражения.

#### Материал и методы

В Общероссийский регистр пациентов с ПсА включено 385 больных (172 мужчины и 213 женщин) из 27 регионов России. Диагноз ПсА соответствовал критериям CASPAR. Медиана возраста – 45 (20–80) лет, длительности заболевания – 3,4 (0,3–32) года. Всем больным, помимо стандартного клинического обследования, была выполнена рентгенография костей таза. Рентгенологический сакроилит (рСИ) устанавливался при наличии двустороннего СИ II стадии и выше или одностороннего СИ III стадии и выше по Kellgren. Выраженность энтезитов определяли с помощью энтезиального индекса LEI; тяжесть псориаза – по индексам BSA и PASI. Больные были разделены на две группы: 1-я группа – с признаками рСИ (214 больных; 55,6%), 2-я группа – без признаков рСИ (171 больной; 44,4%). Рассчитывали медиану (Ме) [25-й; 75-й перцентили], 95% доверительный интервал

(ДИ), отношение шансов (ОШ); при  $p<0,05$  различия статистически достоверны.

#### Результаты/заключение

Получены достоверные различия между группами: по числу болезненных суставов (ЧБС): в 1-й группе ЧБС – 9 [14; 18], во 2-й группе ЧБС – 6 [3; 12] ( $p=0,02$ ). По частоте выявления эрозий на рентгенограммах стоп: в 1-й группе они выявлены у 58 больных, во 2-й группе – у 29 больных; ОШ 1,8 (1,1–3,0). По выраженности энтезитов: в 1-й группе индекс LEI – 0 [0; 2], во 2-й группе – 0 [0; 1] ( $p=0,02$ ). По частоте дактилитов: в 1-й группе – у 71 больного; во 2-й группе – у 32 больных; ОШ 2,2 (1,3–3,5). По площади поражения кожи (BSA): в 1-й группе BSA  $<3\%$  – у 120 больных, BSA  $>3\%$  – у 94 больных; во 2-й группе BSA  $<3\%$  – у 114 больных, BSA  $>3\%$  – у 57 больных; ОШ 1,7 (1,03–2,4).

#### Выводы/заключение

У больных ПсА с признаками аксиального поражения выявляется большая тяжесть заболевания в целом: имеется более тяжелый эрозивный периферический артрит, чаще выявляются энтезиты и дактилиты, определяется большая площадь поражения кожи. Раннее выявление аксиального поражения необходимо для выбора правильной тактики лечения.

### ПОРАЖЕНИЕ ОСЕВОГО СКЕЛЕТА ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ПО ДАННЫМ ОБЩЕРОССИЙСКОГО РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ. АССОЦИАЦИЯ АКСИАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ С ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ХУДШИМ СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТОВ СОГЛАСНО ДАННЫМ ОПРОСНИКОВ

Губарь Е.Е.<sup>1</sup>, Логинова Е.Ю.<sup>1</sup>, Корсакова Ю.Л.<sup>1</sup>, Коротаяева Т.В.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1,2</sup>, Кудишина С.С.<sup>3</sup>, Седунова М.В.<sup>4</sup>, Бондарева И.Н.<sup>5</sup>, Умнова И.Ф.<sup>6</sup>, Приставский И.Н.<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

<sup>3</sup>КРАУЗ «Владивостокская клиническая больница №2», Владивосток, Россия; <sup>4</sup>ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург, Россия;

<sup>5</sup>ГБУЗ «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева», Кемерово, Россия; <sup>6</sup>БУЗОО «Областная клиническая больница», Омск, Россия

#### Введение/цель

Согласно современным данным, у больных с псориатическим артритом (ПсА) при вовлечении в воспалительный процесс осевого скелета наблюдается более высокая активность заболевания. Цель исследования – сравнить клинические особенности двух групп больных ПсА: с вовлечением осевого скелета и без аксиального поражения.

#### Материал и методы

В Общероссийский регистр пациентов с ПсА включено 385 больных (172 мужчины и 213 женщин) из 27 регионов России. Диагноз ПсА соответствовал критериям CASPAR. Медиана возраста – 45 (20–80) лет, длительности заболевания – 3,4 (0,3–32) года. Для определения активности ПсА использовали индексы DAPSA, DAS28,

BASDAI. Всем больным определяли общую оценку активности заболевания пациентом (ООЗП), оценку интенсивности боли пациентом (ОБП), а также общую оценку активности заболевания врачом (ОАЗВ) с помощью 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Функциональный статус пациента определяли с помощью опросника HAQ. У всех больных, помимо стандартного клинического обследования, определялся антиген HLA-B27, всем была выполнена рентгенография таза. Рентгенологический сакроилиит (рСИ) устанавливался при наличии двустороннего СИ II стадии и выше или одностороннего СИ III стадии и выше по Kellgren. Больные были разделены на две группы: 1-я группа – с признаками рСИ, 2-я группа – без признаков рСИ. Рассчитывали медиану (Ме) [25-й; 75-й перцентили], 95% доверительный интервал (ДИ), отношение шансов (ОШ); при  $p < 0,05$  различия статистически достоверны.

#### Результаты/обсуждения

В 1-ю группу включено 214 (55,6%) больных (106 мужчин и 108 женщин), во 2-ю группу – 171 (44,4%) больной (66 мужчин и 105 женщин). В 1-й группе возраст больных составлял 45 (20–80) лет, во 2-й группе – 46 (20–82) лет. Получены достоверные различия между группами: по носительству HLA-B27: в 1-й группе было выявлено 62 HLA-B27-позитивных больных и 64 HLA-B27-негативных, а во 2-й группе – 26 HLA-B27-позитивных и 52 HLA-B27-негативных; ОШ 1,9 (1,1–3,5). DAPSA в 1-й группе составлял 28,40 (15,65–43,65), во 2-й группе – 20,0 (12,45–30,0;  $p=0,00$ ). Индекс DAS28 в 1-й группе равнялся 4,3 (3,3–5,6), во 2-й группе – 4,05 (3,03–4,88;  $p=0,02$ ). BASDAI в 1-й группе – 1,6 (0–5,1), во 2-й группе – 0 (0–4,5;  $p=0,001$ ). ООЗП в 1-й группе – 56,5 (42,3–70,0), во 2-й группе – 50,0 (30,0–60,0;  $p=0,00$ ). ОБП в 1-й группе – 50,0 (40,0–70,0), во 2-й группе – 50,0 (20,5–58,8;  $p=0,00$ ). ОАЗВ: в 1-й группе – 54,0 (40,0–69,5), во 2-й группе – 40,0 (25,5–50,0;  $p=0,00$ ). Значения опросника HAQ в 1-й группе 1,0 (0,6–1,5), во 2-й группе – 0 (0–2,2;  $p=0,02$ ). Уровень СРБ в 1-й группе 0,9 (0,4–2,2) мг/дл, во 2-й группе – 0,8 (0,3–1,3) мг/дл ( $p=0,03$ ).

#### Выводы/ заключение

Рентгенологический СИ выявляется более чем у половины (55,6%) больных ПсА. Предиктором аксиального ПсА (аксПсА) является наличие антигена HLA-B27. У больных с аксПсА наблюдаются более высокая активность заболевания, более высокий уровень СРБ; отмечаются худшие результаты субъективной оценки пациентов согласно данным опросников.

#### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ РЕМИССИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Дворовкин А.Э., Один В.И.,

Тыренко В.В., Топорков М.М.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия

им. С.М. Кирова» Минобороны России,

Санкт-Петербург, Россия

#### Введение/цель

Одним из наиболее обсуждаемых вопросов современной ревматологии является понятие ремиссии в лечении ревматических заболеваний (РЗ). В настоящее время в тера-

пии многих РЗ применяется стратегия «лечения до достижения цели» (treat to target, T2T), которая позволила сформулировать новые цели и задачи в лечении ревматической патологии. Так, основной принцип T2T при анкилозирующем спондилите (АС) – это «достижение клинической ремиссии/отсутствия воспалительной активности патологии опорно-двигательного аппарата (артрита, энтезита, дактилита, аксиального поражения), принимая во внимание и внескелетные проявления». Современные подходы к лечению РЗ, в том числе применение генно-инженерных биологических препаратов, значительно расширили арсенал возможностей врача-ревматолога по выполнению стратегии T2T. В 2018 г. Экспертной группой по изучению спондилоартритов при Ассоциации ревматологов России были предложены определение, виды и критерии ремиссии при аксиальных спондилоартритах.

#### Материал и методы

Приводим клиническое наблюдение 37-летнего пациента К., военнотрудового по контракту, находящегося с 2017 г. под наблюдением врачей-ревматологов в клинике факультетской терапии им. С.П. Боткина Военно-медицинской академии. При первичном осмотре в ноябре 2017 г. пациент предъявлял жалобы на болевые ощущения и чувство утренней скованности в поясничном отделе позвоночника, а также боль в правом тазобедренном суставе (ТБС). В анамнезе – боль в грудном (с 2007 г.) и пояснично-крестцовом (с 2009 г.) отделах позвоночника. С 2014 г. – нарастание выраженности боли, приведшее к приему нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) мелоксикама. В ноябре 2014 г. – госпитализация в клинику факультетской терапии, установлен диагноз АС, HLA-B27-позитивный. По данным МРТ крестцово-подвздошных суставов – двусторонний сакроилиит. Назначенное лечение принимал нерегулярно. Ухудшение самочувствия отмечено в октябре 2017 г., когда развился острый иридоциклит правого глаза, проходил лечение у офтальмолога с положительным эффектом. Помимо поражения глаз, во время очередной госпитализации в клинику факультетской терапии в ноябре 2017 г. выявлен двусторонний коксит. Вышеперечисленные обстоятельства послужили причиной для назначения пациенту комбинированной терапии в виде: НПВП, сульфасалазина 1 г/сут с последующим повышением до 2 г/сут и инициации лечения ингибиторами фактора некроза опухоли  $\alpha$  (иФНО $\alpha$ ) – голимумабом. Первичная переносимость иФНО $\alpha$  удовлетворительная, с апреля-мая 2018 г. пациент отметил выраженное улучшение общего самочувствия в виде купирования боли в поясничном отделе позвоночника и ТБС. Индексы активности от мая 2018 г.: BASDAI – 0, ASDAS-COЭ – 0,5. В связи с сохранением низкой активности в июне – декабре 2018 г. с начала 2019 г. пациент постепенно переведен на удлинённый интервал введения голимумаба (каждые 5 нед вместо 4 нед) с сохранением стойкой клинической (отсутствие утренней скованности, припухших суставов, энтезитов, признаков коксита и иридоциклита) и лабораторной (СОЭ 5 мм/ч, СРБ 0 мг/л) ремиссии. Индексы активности АС от июля 2019 г.: BASDAI – 0, ASDAS-СРБ – 0,6. По данным МРТ КПС от июля 2019 г. – отсутствие признаков сакроилиита. В настоящий момент интервал введения голимумаба – 6 нед, с сохранением стойкого клинического эффекта.

**Выводы/заключение**

Таким образом, представленный клинический случай интересен практикующим врачам достижением у пациента с АС с двусторонним кокситом и иридоциклитом клинико-лабораторной и магнитно-резонансной ремиссии на фоне комбинированной терапии с использованием иФНОα.

**ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА ПЕРЕКРЕСТНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ**

Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Ананьева Л.П.

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

**Введение/цель**

Сочетание системной склеродермии (ССД) с другими заболеваниями соединительной ткани (полимиозит/дерматомиозит – ПМ/ДМ, ревматоидный артрит – РА – и др.) известно давно, оно является одной из малоизученных клинических форм ССД. Перекрестная форма ССД (пССД) представляет интерес в научном плане и одновременно важна в практическом отношении в связи со сложностью диагностики и особенностями лечения этой категории больных. Проводилось изучение особенностей дебюта пССД с ПМ/ДМ (ССД-ПМ/ДМ) и РА (ССД-РА).

**Материал и методы**

Обследовано 110 пациентов с пССД, из них 68 пациентов с ССД-ПМ/ДМ (52 женщины и 16 мужчин), в возрасте от 17 до 74 лет (в среднем  $43 \pm 13,9$  года) и длительностью заболевания от 6 мес до 35 лет (в среднем 5 [2; 7] лет) и 42 пациента с ССД-РА (41 женщина и один мужчина) в возрасте от 17 до 74 лет (в среднем  $47 \pm 15,1$  года) и длительностью заболевания от 6 мес до 34 лет (в среднем 11,5 [5; 18,5] года). Длительность наблюдения пациентов пССД составила в среднем 8,4 [2; 13,5] года.

**Результаты/обсуждение**

У 80% пациентов с ССД-ПМ/ДМ первый год заболевания был представлен развернутой клинической картиной, включающей сосудистый, кожный, суставной и мышечный синдромы. Синдром Рейно у 1/3 больных был первым симптомом заболевания, у 68% развился в первый год болезни, у 9% носил изолированный характер. Ишемические дигитальные нарушения (рубчики, язвочки) имели 10% больных в первый год заболевания, к концу 3-го года они отмечались у 1/3 больных ССД-ПМ/ДМ. Склеродермическое поражение кожи развилось в первые 3 года заболевания у 85%, из них у 65% – в первый год болезни и у 22% носило диффузный характер, сочетаясь с гиперпигментацией у 10% больных. Характерные для ДМ изменения кожи (симптомы Готтрона, очков, ладонного гиперкератоза) в первый год имелись у 6% больных. Суставной синдром (артралгии, артриты) в первый год заболевания имелся у 53%. Симптомы ПМ (миалгии, мышечная слабость) отмечались у большинства больных (75%) в первые 3–4 года заболевания, причем в первые 1,5 года – у 53%, в первые 6 мес болезни – у 35% из них. У 10% мышечный синдром сочетался с дисфагией, у 25% – с потерей массы тела, у 22% – с субфебрилитетом/лихорадкой. Миалгия / мышечная слабость изолированно в первый год болезни встречались редко (4%). У 78% больных ССД-РА имело место постепенное моносимптомное начало заболевания с изолированного синдрома Рейно, по типу хронической ССД. Острое быстро прогрессирующее полисимптомное

начало болезни в данной группе больных не наблюдалось. В первый год болезни синдром Рейно развился у 91% пациентов ССД-РА, у 72% он был первым признаком болезни, у 38% – предшествовал развитию кожной и суставной симптоматики. Суставной синдром был выражен более чем у половины больных (56%) уже в начале заболевания, а в последующие годы развился у всех больных этой группы, в дебюте у 1/4 пациентов предшествовал началу кожных изменений, сочетаясь с синдромом Рейно, и лишь у 9% больных суставные проявления развились раньше кожного и сосудистого синдромов.

**Выводы/заключение**

Знание и своевременное выявление патологической симптоматики, характерной для пССД, способствуют назначению адекватной терапии и улучшения прогноза заболевания в целом.

**ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У МУЖЧИН С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

Добровольская О.В., Шорникова Л.А.,

Десинова О.В., Торопцова Н.В.

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

**Введение/цель**

Остеопороз (ОП) является одним из наиболее тяжелых и часто встречающихся осложнений течения ревматических заболеваний, при этом взаимосвязь ССД с нарушениями костного обмена изучена недостаточно полно. ОП при ССД может быть связан с хроническим воспалительным процессом, нарушениями микроциркуляции, мальабсорбцией, ограничением физической активности пациентов, а также использованием глюкокортикоидов в терапии основного заболевания. Цель исследования – определить частоту сниженной минеральной плотности кости (МПК) и остеопоротических переломов у мужчин с системной склеродермией (ССД).

**Материал и методы**

Всего в исследование включены 32 мужчины с достоверным диагнозом ССД, подписавших информированное согласие, в том числе 25 – в возрасте 50 лет и старше и 7 – моложе 50 лет (медиана возраста 58 [55; 63] и 31 [26; 34] год, соответственно). Средняя длительность заболевания составила 8 [3; 7] лет. Пациенты были опрошены по оригинальной унифицированной анкете. МПК определялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (Discovery A Hologic, США) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра. Изменения МПК у мужчин 50 лет и старше оценивались по Т-критерию, у мужчин моложе 50 лет – по Z-критерию. Градация снижения МПК проводилась в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета программ Statistica 10.0 для Windows (StatSoft Inc., США). Данные представлены как среднее значение  $\pm$  стандартное отклонение или медиана [25-й; 75-й перцентили].

**Результаты/обсуждение**

Сниженная МПК выявлена у 62% мужчин: ОП хотя бы в одном отделе аксиального скелета – у 9 (28%), остеопения – у 11 (34%); нормальная МПК во всех областях изменения – у 12 (38%) пациентов. ОП достоверно чаще встре-

чался в поясничном отделе позвоночника, чем в проксимальном отделе бедра (78 и 22% обследованных лиц соответственно).

Лечение ГК проводилось у 29 (91%) пациентов. Средний возраст начала приема ГК – 48 [44; 53] лет, а длительность терапии ГК – 6 [3; 5] лет. В преднизолоновом эквиваленте средняя суточная доза составила  $7,87 \pm 3,12$  мг, кумулятивная –  $13\,340 \pm 10\,915$  мг.

У пациентов с ССД отмечено недостаточное суточное потребление кальция с продуктами питания, которое составило  $772 \pm 318$  мг, при этом достоверно меньшее поступление кальция с пищей было у мужчин моложе 50 лет. Семейный анамнез по ОП и остеопоротическим переломам не был отягощен ни у одного из включенных в исследование лиц. Девять (28%) пациентов перенесли остеопоротические переломы, в том числе 7 (22%) мужчин – компрессионные переломы позвонков, по одному пациенту – переломы голени и ребер. Средний возраст пациентов, в котором случились переломы, составил  $59,6 \pm 9,7$  года.

#### Выводы/заключение

У мужчин с ССД выявлена высокая частота сниженной МПК. ОП достоверно чаще встречался в поясничном отделе позвоночника. Частота остеопоротических переломов составила 28%, с преимущественной локализацией их в позвоночнике.

#### АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Добровольская О.В., Шорникова Л.А., Демин Н.В., Старовойтова М.Н., Торощова Н.В.

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

#### Введение/цель

Снижение минеральной плотности кости (МПК) – частое осложнение ревматических заболеваний, которые часто дебютируют в молодом и среднем возрасте. Большинство исследований, посвященных проблеме остеопороза (ОП) при системной склеродермии (ССД), проведены у женщин в постменопаузе, когда одним из основных механизмов развития ОП является дефицит эстрогенов. В то же время при ССД имеются другие факторы, которые могут отрицательно влиять на кости (хроническое воспаление и нарушение микроциркуляции, гиподинамия, поражение желудочно-кишечного тракта, приводящее к мальабсорбции). При лечении ССД часто применяются глюкокортикоиды (ГК), отрицательное воздействие которых на костную ткань хорошо известно. Цель исследования – изучить состояние МПК и факторы, влияющие на нее, у женщин репродуктивного возраста с ССД.

#### Материал и методы

В исследование включены 93 женщины с сохраненным менструальным циклом, в том числе 53 пациентки с ССД и 40 человек без воспалительных РЗ, составившие контрольную группу. Медиана возраста составила 34 [30; 43] года и 37 [29; 44] лет соответственно. Различий по возрасту и антропометрическим показателям между группами не было. Все женщины опрошены с использованием унифицированной анкеты. МПК определялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (Discovery A

Hologic, США) в поясничном отделе позвоночника ( $L_{1-IV}$ ), шейке бедра (ШБ) и проксимальном отделе бедра в целом (ПОБЦ). Анализ МПК проводился по абсолютным значениям ( $г/см^2$ ) и по Z-критерию (стандартное отклонение – СО).

#### Результаты/обсуждения

У пациенток с ССД МПК была значимо ( $p < 0,05$ ) меньше по сравнению с контролем в  $L_{1-IV}$  ( $0,951 \pm 0,113$  и  $1,041 \pm 0,115$   $г/см^2$  соответственно), ШБ ( $0,742 \pm 0,125$  и  $0,823 \pm 0,147$   $г/см^2$  соответственно) и в ПОБЦ ( $0,820 \pm 0,124$  и  $0,921 \pm 0,104$   $г/см^2$  соответственно). Снижение МПК более чем на два СО хотя бы в одной области измерения выявлено у 11 (21%) пациенток с ССД и у 3 (8%) женщин контрольной группы ( $p = 0,046$ ). У пациенток с ССД Z-критерий  $< -2,0$  СО значимо чаще встречался в обеих областях проксимального отдела бедра (ШБ и ПОБЦ) по сравнению с  $L_{1-IV}$  ( $p < 0,05$ ). Для оценки факторов риска ОП пациентки с ССД были разделены по степени снижения МПК по Z-критерию на две группы: I – Z  $\leq -2,0$  СО, II – Z  $> -2,0$  СО. Оказалось, что у пациенток I группы масса тела, ИМТ и концентрация витамина D в сыворотке крови были меньше, а длительность ССД и кумулятивная доза пероральных ГК – больше, чем у женщин с нормальной МПК ( $p < 0,05$ ). При проведении корреляционного анализа наиболее сильные связи МПК  $L_{1-IV}$  обнаружены с кумулятивной дозой ГК и концентрацией витамина D ( $R = -0,431$  и  $R = 0,435$  соответственно), а в ШБ и ПОБЦ – с массой тела ( $R = 0,474$  и  $R = 0,516$  соответственно). Выявлена обратная зависимость между МПК в ШБ и ПОБЦ и уровнем СРБ ( $R = -0,332$  и  $R = -0,345$  соответственно). Не выявлено корреляционных связей между величиной МПК, возрастом и суточным потреблением кальция с пищей. Низкоэнергетические переломы в анамнезе были у 4 (8%) пациенток с ССД, в контрольной группе таких переломов не было.

#### Выводы/заключения

Наше исследование продемонстрировало высокую частоту сниженной МПК у женщин репродуктивного возраста с ССД. При наличии дополнительных факторов риска, в первую очередь низкоэнергетических переломов в анамнезе, следует рассматривать вопрос о необходимости назначения противоостеопоротической терапии.

#### СИСТЕМНАЯ ФОРМА ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛОБУЛЯРНОГО ПАННИКУЛИТА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

Егорова О.Н.<sup>1</sup>, Белов Б.С.<sup>1</sup>, Маслова Н.А.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

#### Введение/цель

Мезентериальный панникулит (МПн) является одной из редких системных форм идиопатического лобулярного панникулита (ИЛП), протекающего с вовлечением в воспалительный процесс кожи, подкожной жировой клетчатки (ПЖК) и внутренних органов, а также жировой клетчатки брюшинной области, сальника, режее – печени, поджелудочной железы и других органов. Цель исследования – изучить клинические и лабораторные особенности течения МПн при ИЛП.

**Материал и методы**

В течение 10 лет обследовано 67 пациентов (9 мужчин, 58 женщин) в возрасте от 20 до 76 лет с диагнозом ИЛП с медианой длительности заболевания 78,91 [48; 540] мес. Помимо общеклинического обследования, проведена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки, определено сывороточное содержание  $\alpha$ 1-антитрипсина, IgG4, печеночных фракций, амилазы, липазы, трипсина, ферритина, креатинфосфокиназы, выполнены ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов нижних конечностей, УЗИ подкожных узлов, патоморфологические исследования и внутрикожный туберкулиновый тест.

**Результаты/обсуждение**

МПн подтвержден у 12 пациентов (трех мужчин, 9 женщин) с дебютом в возрасте  $47,35 \pm 11,27$  года и длительностью заболевания 16 [8; 60] мес. Направительные диагнозы «абсцесс» и «онкозаболевание» фигурировали у 6 (50%) больных. В 91,66% случаев выявлена сочетанная сопутствующая патология, не связанная с возрастом больных: кардиоваскулярные заболевания (11 больных), сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, хронический цистит – по два пациента каждое, пиелонефрит, поливалентная аллергия и астенический синдром – по одному случаю каждое. Все пациенты предъявляли жалобы на повышение температуры тела, слабость и боли в животе. У 8 пациентов в воспалительный процесс вовлекались кожа и ПЖК с единичными (<5) умеренно болезненными (ВАШ боли  $40,0 \pm 35,08$  мм) уплотнениями, локализующимися преимущественно на бедрах (50%) и плечах (33,33%). В 58,33% случаев выявлен симптом «блюдца», обусловленный поствоспалительными изменениями ПЖК, и симметричность локализации уплотнения (50%). Показатели воспалительной активности: СОЭ  $12,00 \pm 8,53$  мм/ч, СРБ 4,50 [1,3; 15,0] мг/л, отмечена тенденция к повышению уровней трансаминаз и лептина ( $25,02 \pm 10,59$  мг/мл). При КТ органов брюшной полости в 100% случаев выявлено воспаление жировой ткани брыжейки кишечника, сальника, жировой клетчатки пред- и забрюшинной областей. УЗИ и патоморфологическое исследование подкожных узлов подтвердили наличие ИЛП. Данных, свидетельствующих о наличии лимфопролиферативных, онкологических, IgG4-ассоциированных и прочих заболеваний, не выявлено.

**Выводы/заключение**

Диагностика и дифференциальная диагностика МПн представляет определенные трудности. Комплексное обследование больных с ИЛП позволяет своевременно верифицировать форму заболевания и назначить адекватную терапию.

**ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕФГРЕНА**

Егорова О.Н.<sup>1</sup>, Белов Б.С.<sup>1</sup>, Маслова Н.А.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

**Введение/цель**

Саркоидоз – гранулематозное мультисистемное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, часто про-

текающее с суставным синдромом, что в ряде случаев может затруднять дифференциально-диагностический процесс. Цель исследования – изучение характера поражения суставов при острой форме саркоидоза, синдроме Лефгрена (СЛ), на коже больных, направленных в ревматологический центр.

**Материал и методы**

Обследовано 125 больных (21 мужчина, 104 женщины) средний возраст  $42 \pm 12$  лет, с направительными диагнозами «узловатая эритема», «панникулит» или «васкулит».

**Результаты/обсуждения**

Все больные предъявляли жалобы на болезненные красные уплотнения на верхних и нижних конечностях, 83% – на боль в суставах, 55% – на кашель, слабость, потливость, одышку, миалгии и боль в горле и 50% – на повышение температуры тела до субфебрильных значений. Во всех случаях наблюдались артралгии, в 70% – артрит, с поражением преимущественно голеностопных суставов (62%). Суставной синдром у всех больных сочетался с узловатой эритемой (УЭ). У 35 (28%) пациентов суставные проявления предшествовали возникновению УЭ. При лабораторном обследовании медиана СОЭ составила 20 [14; 31] мм/ч, СРБ – 10 [6; 21] мг/л. Повышение содержания СРБ значительно чаще отмечалось при артрите ( $p=0,003$ ), слиянии узлов ( $p=0,004$ ) и имело прямую связь с количеством подкожных узлов ( $p=0,008$ ;  $r=0,29$ ). По данным КТ органов грудной клетки, лимфаденопатия внутригрудных лимфатических узлов имела место у всех пациентов, при этом в 42% случаев определялось поражение ткани легкого по типу «матового стекла» (II стадия). Поражение суставов не зависело от рентгенологической стадии саркоидоза. Больше половины (54%) пациентов принимали нестероидные противовоспалительные препараты, 60% – гидроксихлорохин (600 мг/сут), 50% – глюкокортикоиды в дозе 4–6 мг/сут; 35% больных принимали комбинированную терапию глюкокортикоидами с циклофосфаном (200 мг/нед) или метотрексатом (15 мг/нед). Суставной синдром в течение года практически полностью регрессировал. В единичных случаях (4%) сохранились артралгии в области голеностопных суставов.

**Выводы/заключение**

Таким образом, пациенты с острой формой саркоидоза требуют координации действий врачей различных специальностей. Задача ревматолога – вовремя заподозрить острую форму саркоидоза на основании клинической картины заболевания с целью определения объема дальнейшего обследования и назначения адекватного лечения.

**СКЛЕРОМИКСЕДЕМА АРНДТА–ГОТТРОНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Елизарова А.А., Пластинина С.С.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

**Введение/цель**

Склеромикседема Арндта–Готтрона – редкий дерматоз, возникающий преимущественно у женщин в пре- или климактерическом периодах в возрасте 40–50 лет, хотя встречается и у мужчин и может начинаться в более молодом возрасте. Цель работы – описание случая склеромикседемы Арндта–Готтрона в клинической практике.

**Материал и методы**

Данный клинический случай исследовался во II терапевтическом отделении ГБУЗ НО «Городская больница №2» г. Дзержинска.

**Результаты/обсуждение**

Пациент Г., 32 лет, работник полиции, болен с июля 2011 г., когда появился распространенный дерматит (множественные узелковые образования с тенденцией к слиянию), сопровождающийся одновременным выраженным отеком и уплотнением кожи. Обратился к терапевту, с диагнозом «аллергический дерматит» был направлен к дерматологу. В последующем обследовался в НИКВИ: исключено гнойное поражение кожи (при проведении биопсии гноя не получено, лимфорей). Был проведен онкопоиск: гитологических и иммунофенотипических данных, свидетельствующих о наличии лимфопролиферативного заболевания кожи, не получено. Консультирован ревматологом: данных для подтверждения диагноза склеродермии, системной красной волчанки недостаточно. Выписан с диагнозом «эритродермия неясного генеза». В 2012 г. был направлен на обследование в военный клинический госпиталь МВД России. Провели повторное гистологическое исследование кожных покровов лица: получены волокна коллагена (гомогенизированы, расположены хаотично, много фибробластов, большое количество салных желез, расширение сосудов, вокруг – лимфогистиоцитарные инфильтраты), в крови выявлена моноклональная гаммапатия. На основании полученных результатов сделано предположение о «склеромикседеме Арндта–Готтрона». Диагноз был подтвержден при выявлении моноклонального компонента IgG ламбда. Данных о течении заболевания в период с 2014 по 2018 г. нет. В январе 2018 г. доставлен в городскую больницу №7 г. Дзержинска с жалобами на выраженную одышку, чувство стеснения за грудной, снижение подвижности кистей рук, увеличение живота, отеки ног. При осмотре – состояние тяжелое, ортопноэ, дыхание над легкими ослаблено, асцит, отеки нижних конечностей. Ухудшение с мая 2018 г. – пациент в тяжелом состоянии был доставлен в больницу №2 г. Дзержинска. Объективно: состояние тяжелое, диффузный цианоз, приглушенные тоны сердца, артериальное давление 40/20 мм рт. ст., в легких дыхание жесткое, влажные хрипы, частота дыханий – 30 в 1 мин, асцит, отеки ног, анасарка. Госпитализирован в ОРИТ, где наступила смерть больного.

**Выводы/заключение**

Таким образом, при первоначальном обращении пациента проводилась дифференциальная диагностика между дерматозом и поражением кожи на фоне различных системных заболеваний. Только выявление моноклональной гаммапатии и повторная биопсия кожи с гистологическим исследованием дали возможность установить данный диагноз. В последующем наблюдалось типичное прогрессирование заболевания с нарастанием явлений склеродермии, что потребовало госпитализации и лечения пациента в условиях ревматологического отделения. Это подтверждает необходимость мультидисциплинарного подхода к обследованию и лечению таких пациентов. Несмотря на редкость склеромикседемы Арндта–Готтрона, данную патологию необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики ряда заболеваний,

протекающих с поражением кожи, поскольку своевременное лечение с использованием современных методов терапии позволяет добиться хорошего результата в лечении пациентов.

**АПЛАНАЦИОННАЯ ТОНОМЕТРИЯ И КОНТУРНЫЙ АНАЛИЗ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ**

**Иващенко Н.Ф., Аксенова Т.А.,**

**Горбунов В.В., Царенок С.Ю.**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита, Россия*

**Введение/цель**

Имеются сведения о более высоких, по сравнению с общей популяцией, уровнях сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности среди больных анкилозирующим спондилитом (АС). Многофакторные причины этого до настоящего времени недостаточно изучены. Цель работы – оценить показатели артериальной ригидности и центрального аортального давления у больных АС посредством аппланационной тонометрии с контурным анализом пульсовой волны.

**Материал и методы**

В исследование включено 47 пациентов с АС, средний возраст  $37,0 \pm 10,1$  года. Контрольная группа включала 33 человека, сопоставимых по полу и возрасту. Артериальная гипертензия и дислипидемия были критериями исключения в обеих группах. Всем включенным в исследование проводилась аппланационная тонометрия с контурным анализом пульсовой волны на каротидно-фemorальном сегменте при помощи прибора SphygmoCor (AtCor Medical, Австралия).

**Результаты/обсуждение**

У пациентов с АС центральное систолическое давление было выше на 14,1 % ( $p=0,00001$ ), а центральное диастолическое давление – на 9,4% ( $p=0,006$ ) по сравнению с контрольной группой. Среднее давление у больных АС превышало показатели здоровых лиц на 38,9% ( $p=0,0001$ ). Индекс времени центрального напряжения был выше на 15,9% ( $p=0,0001$ ) у больных АС в сравнении со здоровыми. Давление в точке раннего систолического пика было выше на 19,9% ( $p=0,0001$ ), конечное систолическое давление – на 15,01% ( $p=0,0001$ ) по сравнению с группой контроля. Среднее систолическое и среднее диастолическое аортальное давление превышали показатели контрольной группы на 13,4 и 10,9% соответственно ( $p=0,0001$  в обоих случаях). Индекс времени центральной диастолы у больных АС был выше на 11,6% ( $p=0,001$ ), а время первого пика волны давления – выше на 7,1% ( $p=0,003$ ) по сравнению с контролем. Давление аугментации было выше на 78,7% ( $p=0,042$ ), а индекс аугментации – на 87,0% ( $p=0,025$ ) по сравнению с контрольной группой. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) у пациентов с АС была на 26,9% выше ( $p=0,0001$ ) по сравнению с контрольной группой, а центральное пульсовое давление было выше более чем в 1,5 раза ( $p=0,042$ ). Функциональный индекс BASMI демонстрировал прямую корреляционную взаимосвязь со СРПВ ( $r=0,34$ ;  $p=0,016$ ) и обратную взаимосвязь с временем начала отраженной волны ( $r=-0,29$ ;  $p=0,041$ ). СРПВ на каротидно-фemorальном сегменте была прямо взаимосвязана с расстройством затылок – стена ( $r=0,36$ ;  $p=0,01$ ) и обратно взаимосвязана с тестом Шобера ( $r=-0,54$ ;  $p=0,0001$ ).

**Выводы/заключение**

1. У пациентов с АС без артериальной гипертензии и дислипидемии СРПВ на каротидно-фemorальном сегменте была выше на 26,9% по сравнению с контрольной группой. Выявлены корреляционные взаимосвязи СРПВ с отдельными показателями индекса ВАСMI. 2. Центральное систолическое давление, центральное диастолическое давление, центральное пульсовое давление, среднее гемодинамическое давление, среднее систолическое и среднее диастолическое аортальное давление, индекс времени центрального напряжения, давление в точке раннего систолического пика, конечное систолическое давление и некоторые другие показатели артериальной ригидности у больных АС были выше по сравнению со здоровыми лицами.

**ПРОФИЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО И ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ**

**Ивашенко Н.Ф., Аксенова Т.А., Царенок С.Ю.**

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита, Россия*

**Введение/цель**

Высокая частота кардиоваскулярных осложнений при анкилозирующем спондилите (АС) позволяет считать поражение сердечно-сосудистой системы одним из универсальных системных проявлений данной патологии. Изучение роли артериальной ригидности и распространенности патологических профилей центрального аортального давления является одним из важных научных направлений, в настоящее время имеются лишь единичные работы по данному вопросу. Цель работы – изучить частоту встречаемости различных профилей центрального аортального и периферического давления у пациентов с АС.

**Материал и методы**

В исследование включено 60 пациентов с АС, средний возраст  $39,6 \pm 10,5$  года, диагностика проведена согласно российской версии модифицированных Нью-Йоркских классификационных критериев АС. Суточное мониторирование артериального давления проводилось на аппарате VPLab v.3.2 с изучением параметров артериальной ригидности, профилей центрального аортального и периферического давления. В зависимости от степени ночного снижения (СНС) систолического (САД) и/или диастолического (ДАД) аортального либо периферического давления больного относили к той или иной группе по суточному профилю давления: дипперы – СНС САД/ДАД 10–20% (достаточное снижение давления в ночные часы); нон-дипперы – СНС САД/ДАД 0–10% (недостаточное снижение давления ночью); найтпикеры – СНС САД/ДАД <0% (давление ночью не снижается, а, напротив, повышается); овердипперы – СНС САД/ДАД >20% (избыточное снижение давления в ночные часы). Контрольная группа включала в себя 33 здоровых человека, сопоставимых по полу и возрасту с исследуемой группой, в данной группе в 100% случаев регистрировался профиль диппер как по периферическому, так и по центральному аортальному давлению. Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США) с расчетом критерия хи-квадрат, сравнение проведено с группой контроля.

**Результаты/обсуждение**

При анализе суточного профиля периферического САД в группе пациентов с АС выявлено 38,3% дипперов ( $p=0,00001$ ), 48,4% нон-дипперов ( $p=0,00001$ ), 5,0% овердипперов ( $p=0,19$ ), 8,3% найтпикеров ( $p=0,08$ ). Суточный профиль периферического ДАД у больных АС в 41,6% случаев был представлен дипперами ( $p=0,0001$ ), 45,0% – нон-дипперами ( $p=0,00001$ ), 3,4% – найтпикерами ( $p=0,28$ ), 10,0% – овердипперами ( $p=0,012$ ). По профилю систолического аортального давления в группе пациентов с АС были выявлены 35,0% дипперов ( $p=0,00001$ ), 48,4% нон-дипперов ( $p=0,00001$ ), 5,0% овердипперов ( $p=0,19$ ) и 11,6% найтпикеров ( $p=0,00001$ ). Исследование диастолического аортального давления показало, что в группе больных АС 40,0% ( $p=0,00001$ ) имели суточный профиль диппер, 48,4% ( $p=0,00001$ ) – профиль нон-диппер, 5,0% – профиль овердиппер ( $p=0,19$ ) и 6,6% – профиль найтпикер ( $p=0,12$ ). Таким образом, профиль нон-диппер у больных АС являлся преобладающим при мониторинговании как периферического, так и центрального давления. Отсутствие адекватного снижения давления в ночные часы может усугублять имеющиеся метаболические нарушения и потенцировать сосудистые катастрофы, однако, несомненно, требуются дальнейшие исследования в данной области.

**Выводы/заключение**

При мониторинговании периферического и центрального давления у пациентов с АС наиболее часто выявляется профиль нон-диппер.

**ЮВЕНИЛЬНЫЙ АРТРИТ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ С СИНДРОМОМ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ: АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ И БЕЗОПАСНОСТИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ИТОГИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)**

**Каледа М.И., Никишина И.П.,**

**Салугина С.О., Федоров Е.С.**

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

**Введение/цель**

Цель исследования – провести анализ клинической картины и безопасности применения генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) у больных ювенильным артритом с системным началом (сЮА) с синдромом активации макрофагов (САМ) в анамнезе.

**Материал и методы**

В ретроспективное исследование включено 102 пациента детского отделения с диагнозом сЮА, верифицированным в соответствии с критериями ILAR 1997 г., получающие ГИБП. Пациенты разделены на две группы: 1-я группа – с САМ в анамнезе, 2-я группа – без указаний на перенесенный САМ. Диагноз САМ верифицировался в соответствии с классификационными критериями 2016 г.

**Результаты/обсуждение**

Первую группу составили 29 (28%) пациентов, из них 62% девочек; 2-ю группу – 73 пациента (56% девочек). Медиана возраста дебюта в 1-й группе составила 31 [18; 69] мес, во 2-й группе – 51,3 [29,2; 69,7] мес. Медиана продолжительности заболевания до начала терапии ГИБП в 1-й группе – 11 [3; 30,1] мес, во 2-й группе – 32,65 [11,7; 75,1] мес. Число системных проявлений по дебюту в 1-й группе – 4,8 [3; 6],

во 2-й группе – 3,3 [2,2; 4,5]. Среди пациентов 1-й группы типичную экзантему имели 100%, во 2-й группе – 38,4%. Число активных суставов на момент начала ГИБП в 1-й группе – 8 [3; 18], во 2-й группе – 13,6 [5,8; 27,8]. В 1-й группе зарегистрировано 37 эпизодов САМ. Общее количество назначений ГИБП в этой группе составило 51 (тоцилизумаб – 28, канакинумаб – 9, анакинра – 2, ритуксимаб – 5, инфликсимаб – 4, этанерцепт – 2, абатацепт – 1). 24 пациента (82,7%) имели эпизоды САМ до начала терапии ГИБП (16 – в дебюте сЮА). В период терапии ГИБП наблюдалось 13 эпизодов САМ (один – анакинра, один – канакинумаб, 11 – тоцилизумаб), пять из них – впервые. В 8 эпизодах прослеживалась связь с нарушением схемы лечения, два – связаны с обострением сЮА, два – с острой респираторной инфекцией, один развился после хирургического лечения хронического остеомиелита ключицы. Первыми признаками САМ были яркая зудящая сыпь, тромбоцитопения, гипертриглицеридемия. У пациентов, у которых САМ развился во время лечения ГИБП, зафиксирован более низкий уровень ферритина и СРБ в сыворотке, реже отмечались эпизоды лихорадки по сравнению с пациентами, имевшими САМ до начала терапии ГИБП. Иных различий в клинической картине и лабораторных показателях не выявлено. Для лечения САМ применялись глюкокортикоиды (per os + iv; 100% пациентов), внутривенный иммуноглобулин (79,3%) и циклоспорин (48,3%). Летальный исход зафиксирован в 6,7% случаев (1,9% всех пациентов с сЮА), один из пациентов получал тоцилизумаб, один – канакинумаб с нарушением графика введений; 25 пациентов, перенесших САМ, продолжают лечение ГИБП после разрешения признаков САМ (тоцилизумаб – 19, канакинумаб – 6) с высокой эффективностью (более 70–90% ответа по критериям ACRpred1). Две пациентки прекратили лечение по организационным причинам.

**Выводы/заключение**

Для пациентов с сЮА и САМ характерны большее число системных проявлений и меньшая активность полиартрита при более раннем возрасте дебюта. Пациентам с сЮА и САМ в анамнезе терапия ГИБП назначается при меньшей продолжительности сЮА, что обусловлено высокой активностью заболевания. Во время проведения терапии ГИБП у пациентов с сЮА необходимо учитывать вероятность отсутствия лихорадки и более низкого уровня ферритина и СРБ при развитии САМ. Убедительной связи между лечением ГИБП и повышенным риском развития САМ при сЮА, согласно полученным данным, не зафиксировано, но прослеживается достоверная закономерность развития САМ при нарушении протокола лечения.

**ВНУТРИСУСТАВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ ГИАЛУРОНАТА НАТРИЯ И ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

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

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

**Введение/цель**

Оценить эффективность и безопасность однократного внутрисуставного введения комбинации гиалуроната натрия (ГН) 60 мг / 3 мл и хондроитин сульфата (ХС) натрия 90 мг / 3 мл у пациентов с остеоартритом коленных суставов (ОАКС).

**Материал и методы**

В многоцентровое проспективное (6 мес) исследование включено 79 амбулаторных пациентов (81% женщин, 19% мужчин) с первичным тибioфemorальным ОАКС 2–3-й степени по Келлгрену–Лоуренсу, с интенсивностью боли при ходьбе  $\geq 40$  мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), с потребностью в приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП; не менее 30 дней за предшествующие 3 мес) и подписанным информированным согласием. Средний возраст больных составил  $60,3 \pm 8,7$  года, средний ИМТ –  $29,2 \pm 4,7$  кг/м<sup>2</sup>, длительность болезни – 6 (3–10) лет. Оценка эффективности и безопасности терапии проводилась по общепринятым критериям.

**Результаты/обсуждение**

Через 1 нед после инъекции препарата отмечено статистически значимое снижение (на 37,5%) выраженности боли в КС, дальнейшее уменьшение болевого синдрома наблюдалось на протяжении всего периода наблюдения (через 1 мес – на 55,7%; через 3 мес – на 63,9%, через 6 мес – на 66,7%; см. таблицу). Аналогичная закономерность отмечалась при оценке индекса WOMAC (боль по WOMAC в среднем снизилась на 36,2% – во время В2; 52,2% – В3; 59,7% – В4 и 58% – В5; скованность по WOMAC – на 29,5; 49,1; 58,8 и 50% соответственно; ФН по WOMAC – на 26,8; 49,2; 50,5 и 48,7% соответственно, суммарный индекс WOMAC – на 31,6; 50,5; 53,1 и 50,8% соответственно). Динамика боли и индекса WOMAC (всех его составляющих и суммарного значения) была статистически значима во время всех визитов. На протяжении всего периода наблюдения также отмечено достоверное улучшение качества жизни по EQ-5D (см. таблицу). Успешное применение препарата подтверждается улучшением общей оценки состояния здоровья (по ВАШ). Так, в начале исследования медиана составляла 48 (30–60) мм, в конце – 72 (60–80) мм ( $p < 0,0001$ ). Медиана времени

Оценка эффективности терапии

Показатель	В1 (начало терапии)	В2 (1 нед)	В3 (1 мес)	В4 (3 мес)	В5 (6 мес)
Интенсивность боли в суставах, мм	62 (55–72)	41 (32–51)*	28 (20–42)*	22 (14–37)*	20 (14–42)*
Боль по WOMAC, мм	268 (189–312)	158 (71–210)*	103 (55–168)*	90 (41–171)*	91 (48–171)*
Скованность по WOMAC, мм	101 (59–130)	60 (30–88)*	50 (22–65)*	40 (20–60)*	40 (20–61)*
ФН по WOMAC, мм	802 (647–1095)	534 (389–822)*	445 (194–694)*	405 (220–622)*	402 (191–638)*
Суммарный индекс WOMAC, мм	1125 (899–1540)	791 (476–1128)*	626 (310–914)*	554 (310–782)*	552 (309–837)*
EQ-5D	0,52 (-0,02–0,59)	0,59 (0,52–0,69)*	0,62 (0,59–0,73)*	0,69 (0,59–0,78)*	0,69 (0,59–0,8)*

Примечание. \* –  $p < 0,05$

наступления эффекта составила 7 (5–18) дней. Неблагоприятные явления зарегистрированы в небольшом проценте случаев (10,1%) и были связаны с усилением боли и/или появлением припухлости КС, которые купировались на фоне приема НПВП или самостоятельно.

#### Выводы/заключение

Впервые в многоцентровом российском исследовании подтверждено благоприятное взаимоотношение пользы и риска от внутрисуставного введения комбинации ГН и ХС для лечения симптоматического ОАКС. Полученные данные свидетельствуют, что препарат обладает не только хорошим профилем безопасности, быстрым развитием симптоматического эффекта, но и его стойким последствием.

### ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Ключникова О.А., Мазуров В.И., Макеева Т.И.

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

#### Введение/цель

Поражение сердца при СКВ часто протекает со стертой клинической симптоматикой, что требует применения инструментальных и лабораторных обследований. Цель работы – оценка состояния сердца у больных СКВ в зависимости от активности и длительности заболевания.

#### Материал и методы

Обследовано 78 больных женского пола (средний возраст – 42,3±13,7 года) с достоверной СКВ, соответствующей критериям SLICC 2012 г. Длительность заболевания составила 122±113,16 мес. Активность процесса по шкалам SLEDAI-2K и ECLAM составила 5,4±4,0 и 3,3±1,3 балла соответственно. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое обследование в режимах 2D, цветового и тканевого доплера.

#### Результаты/обсуждение

У 13 из 78 больных (16,7%) на фоне высокой активности СКВ (7,84±1,65 балла) определялись признаки экссудативного перикардита с расхождением листков перикарда на 5–10 мм. Клапанные поражения сердца определялись у 49 (62,8%) больных. Уплотнение структур митрального клапана (МК) с формированием митральной недостаточности было обнаружено у 26 пациентов. Умеренный стеноз МК выявлялся у двух пациентов с активностью СКВ 5 баллов по шкале SLEDAI-2K и длительностью болезни более 20 лет. У 10 (12,8%) больных определялся пролапс МК 1–2-й степени. Аортальная недостаточность имела место у 11 (14,1%) пациентов. Трикуспидальная недостаточность зафиксирована у 10 человек, при этом счет по индексу активности SLEDAI-2K достигал 7,76±2,5 балла. У 21 из 78 больных (26,9%) определялись признаки мелкоочагового фиброза миокарда левого желудочка (ЛЖ). У двух пациентов со сниженной фракцией выброса (ФВ) ЛЖ и высокой степенью активности СКВ (>20 баллов) диагностировался диффузный миокардит. В целом, систолическая функция ЛЖ у исследуемых больных СКВ была нормальной (ФВ 67,1±6,5%). У 25 пациентов выявлялись признаки замедления релаксации и псевдонормального расслабления ЛЖ. Обнаружена прямая корреляционная связь длительности течения СКВ с показателями скорости позднего диастолического наполнения ЛЖ (Va) ( $r=0,358$ ;  $p=0,001$ ) и с временем замедления

расслабления ЛЖ ( $T_{DEC}$ ) ( $r=0,432$ ;  $p=0,001$ ), а также обратная корреляционная зависимость с отношением  $V_e/V_a$  ( $r=-0,321$ ;  $p=0,001$ ). Установлена прямая корреляция между показателями активности СКВ и индексом объема левого предсердия ( $r=0,243$ ;  $p=0,041$ ) и отношением  $V_e/E'$  ( $r=0,273$ ;  $p=0,04$ ). У 46 больных СКВ (58,9%) выявлялись признаки гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ). При этом у пациентов с концентрической и эксцентрической ГЛЖ (без дилатации) при одинаковой степени активности СКВ длительность заболевания была большей, чем у больных без ГЛЖ (168±136,8 мес;  $p=0,02$ , и 175±139,2 мес;  $p=0,034$  соответственно). У пациентов с эксцентрической ГЛЖ с дилатацией показатель активности СКВ был выше ( $p=0,044$ ). У 10 пациентов с концентрическим ремоделированием ЛЖ длительность СКВ и показатели активности были примерно такими же, как у больных с нормальной геометрией ЛЖ ( $p>0,05$ ).

#### Выводы/заключение

По данным эхокардиографии поражение сердца выявляется более чем у половины больных СКВ и напрямую связано с длительностью заболевания и активностью воспалительного процесса.

### ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Колотова Г.Б.<sup>1</sup>, Колотова Н.Н.<sup>2</sup>, Кузнецова Н.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>МАУ «Городская клиническая больница №40», Екатеринбург, Россия; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия;

<sup>3</sup>ООО «СП «Визави»», Екатеринбург, Россия

#### Введение/цель

Цель исследования – проанализировать иммунологические показатели смешанной слюны и их взаимосвязи с воспалительным процессом в тканях пародонта у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

#### Материал и методы

В исследование включено 52 пациента с РА (основная группа), средний возраст 41,71±0,84 года, из них 69 (79,3%) женщин и 18 (20,7%) мужчин. В контрольную группу вошли 42 человека, средний возраст 39,43±1,19 года, из них 30 (71,4%) женщин и 12 (28,6%) мужчин, без указаний на соматическую патологию. Пациенты с РА не отличались по полу и возрасту от контрольной группы. Диагноз РА устанавливался в соответствии с критериями Американской ревматологической ассоциации (1987) [Arnett F.C. et al., 1988]. Критериями включения пациентов с РА в исследование являлись: возраст до 55 лет (включительно), длительность заболевания ≥2 лет, отсутствие указаний в анамнезе и клинических проявлений тяжелой хронической соматической патологии, согласие пациента на участие в исследовании. Критерии исключения: анамнестические указания и клинические проявления тяжелой хронической соматической патологии, наличие заболеваний, связанных с нарушением функций слюнных желез, сахарный диабет, курение, отказ больного участвовать в исследовании на любом из этапов. Количественное определение секреторного IgA (sIgA) в ротовой жидкости проводили методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем sIgA ELISA (ImmunDiagnostik). Количественное содержание лизоцима определяли методом иммуноферментного анализа с ис-

пользованием тест-систем Lysozym ELISA (ImmunDiagnostik). Определение антител класса IgG к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ) в смешанной слюне осуществляли методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA). Степень поражения тканей пародонта оценивали с помощью пародонтального индекса (ПИ) [Russel, 1956; Грудянов, 2009].

#### Результаты/обсуждение

У 100% пациентов с РА отмечен хронический генерализованный пародонтит, тяжесть которого нарастала по мере увеличения воспалительной активности основного заболевания. ПИ в основной группе статистически значимо был выше значения индекса контрольной группы:  $3,81 \pm 0,11$  по сравнению с  $1,49 \pm 0,08$  соответственно ( $p < 0,001$ ). Содержание sIgA в ротовой жидкости у пациентов основной группы было снижено по сравнению с контрольной, составляя в среднем  $69,18 \pm 8,94$  и  $296,02 \pm 11,79$  нг/мл соответственно ( $p < 0,001$ ), что может свидетельствовать о снижении гуморального иммунитета и защитных свойств ротовой жидкости. Уровень sIgA в ротовой жидкости снижался при увеличении степени тяжести пародонтита ( $p < 0,05$ ). Выявлено статистически достоверное повышение уровня лизоцима в ротовой жидкости больных РА по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы:  $302,16 \pm 12,08$  и  $89,82 \pm 13,83$  нг/мл соответственно ( $p < 0,001$ ). В ротовой жидкости пациентов с РА выявлены АМЦВ, при этом среднестатистическое значение показателя в основной группе было в 3,5 раза выше, чем в группе сравнения ( $2,48 \pm 0,29$  и  $0,69 \pm 0,12$  МЕ/мл;  $p < 0,001$ ). Установлена тесная корреляционная связь между определяемым уровнем АМЦВ в ротовой жидкости и величиной ПИ ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,05$ ), которая дает основание предполагать, что при высоких титрах АМЦВ нарастает поражение тканей пародонта.

#### Выводы/заключение

Таким образом, иммунологические показатели смешанной слюны пациентов РА имеют ряд отличий от пациентов контрольной группы, изменения которых коррелируют с тяжестью пародонтита. Появление в ротовой жидкости АМЦВ может являться дополнительным лабораторным диагностическим маркером РА.

#### СРАВНЕНИЕ УРОВНЕЙ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА ПРЕДШЕСТВЕННИКА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ И РАЗВЕРНУТОЙ СТАДИЕЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Кондратьева Л.В., Герасимова Е.В., Попкова Т.В., Кириллова И.Г., Новикова Д.С.

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

#### Введение/цель

Повышение уровня N-концевого фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в сыворотке крови является предиктором сердечной недостаточности и смерти от сердечно-сосудистых осложнений. Показано, что у пациентов с ревматоидным артритом (РА) концентрация NT-proBNP выше, чем в общей популяции, но не известно, зависит ли уровень NT-proBNP от длительности, активности и/или терапии РА. Цель исследования – сравнить концентрацию NT-proBNP

в сыворотке крови у пациентов с разной длительностью РА с высокой активностью заболевания.

#### Материал и методы

В исследование были включены 115 больных РА (77,4% женщин, 22,6% мужчин, медиана возраста – 56 [46; 61] лет): 67 пациентов с ранней стадией РА (длительность заболевания  $\leq 12$  мес) и 48 – с развернутой стадией РА ( $> 12$  мес). Никто из больных ранним РА не получал базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) и глюкокортикоидов (ГК) внутрь до включения в исследование. Пациенты с развернутой стадией РА принимали ГК (52,0%), метотрексат (72,9%), лефлуномид (20,8%) и сульфасалазин (12,5%) с недостаточной эффективностью. Для измерения концентрации NT-proBNP в сыворотке крови (пг/мл) использовали электрохемилюминесцентный тест Elecsys proBNP II (Roche Diagnostics, Швейцария). Уровень NT-proBNP  $> 125,0$  пг/мл считали повышенным.

#### Результаты/обсуждение

Медиана концентрации NT-proBNP у пациентов с РА составила 91,4 [49,4; 153,4] пг/мл. Уровень NT-proBNP позитивно коррелировал с возрастом ( $r = 0,4$ ;  $p < 0,0001$ ), концентрацией C-реактивного белка (СРБ;  $r = 0,23$ ;  $p = 0,01$ ). Пациенты с ранней и развернутой стадией РА оказались сопоставимы по возрасту, полу и индексу массы тела, но больные с длительностью РА  $> 12$  мес имели большую активность заболевания по индексу DAS28 (6,2 [5,4; 6,7] против 5,5 [5,1; 6,4];  $p = 0,01$ ) и уровень СРБ (38,7 [11,0; 80,8] мг/л против 22,6 [7,6; 44,6] мг/л;  $p = 0,03$ ). Повышение концентрации NT-proBNP было найдено в 46,3% случаев при раннем РА и в 20,8% – при развернутой стадии РА ( $p < 0,01$ ), уровень NT-proBNP составил 118,9 [64,2; 198,0] и 82,2 [42,1; 113,6] пг/мл соответственно ( $p < 0,01$ ). Корреляции между концентрацией NT-proBNP и СРБ, возрастом оставались значимыми как для ранней, так и для развернутой стадии РА.

#### Выводы/заключение

Пациенты с ранним РА до назначения патогенетической противовоспалительной терапии имеют более высокие уровни NT-proBNP по сравнению с пациентами с развернутой стадией заболевания, резистентными к терапии БПВП. В то же время активность воспаления и возраст связаны с увеличением концентрации NT-proBNP независимо от стадии РА.

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РИТУКСИМАБА В РЕЖИМЕ МОНОТЕРАПИИ И В КОМБИНАЦИИ С ИММУНОСУПРЕССАНТАМИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Конева О.А., Ананьева Л.П., Гарзанова Л.А., Десинова О.В., Овсянникова О.Б., Старовойтова М.Н.

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

#### Введение/цель

Ритуксимаб (РТМ) рассматривается в качестве перспективного препарата для лечения интерстициального поражения легких (ИПЛ) при системной склеродермии (ССД). Однако ограниченное число пациентов, получивших РТМ, гетерогенность исследований по главным параметрам, существенные различия в схемах введения, кумулятивных дозах, длительности наблюдения не позволяют сделать однозначные заключения о его эффективности и дать опреде-

ленные рекомендации по применению при ССД. Актуальным остается вопрос, нужно ли комбинировать РТМ с иммуносупрессантами, либо возможно его применять в качестве монотерапии у пациентов ССД с ИПЛ. Цель исследования – сравнить динамику показателей легочной функции и кожного фиброза на фоне применения РТМ в виде монотерапии и РТМ в комбинации с иммуносупрессантами у больных ССД с ИПЛ в открытом проспективном нерандомизированном исследовании.

#### Материал и методы

В исследование включено 90 пациентов с достоверным диагнозом ССД, имевших признаки ИПЛ по данным мультиспиральной компьютерной томографии. Все пациенты получали глюкокортикоиды в средних и низких дозах. Группа А (n=45) получала монотерапию РТМ суммарно  $2,7 \pm 1$  г (средний возраст –  $45,0 \pm 15,0$  года, доля женщин – 82%, давность ССД –  $6,7 \pm 5,6$  года, диффузная/лимитированная форма – 1,5/1). Группа В (n=45) получала РТМ суммарно  $3,1 \pm 1,2$  г в комбинации с иммуносупрессантами: 27 (60%) – микрофенолата мопетил, 16 (35,6%) – циклофосфамид, 2 (4,4%) – метотрексат; средний возраст –  $47,4 \pm 11,6$  года, доля женщин – 82%, давность ССД –  $4,6 \pm 3,5$  года, диффузная/лимитированная форма – 1,3/1). Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, форме ССД, форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и диффузионной способности легких (ДСЛ), кумулятивной дозе РТМ. Период наблюдения составил 42 мес. В динамике оценивались ФЖЕЛ (%), ДСЛ, модифицированный кожный счет (КС, баллы), индекс активности (ИА, баллы).

#### Результаты/обсуждение

На фоне терапии в группах А и В отмечено достоверное снижение КС (с  $11,5 \pm 9,3$  до  $5,6 \pm 4,2$ ;  $p=0,000002$  и с  $11,0 \pm 9,3$  до  $7,2 \pm 5,6$ ;  $p=0,00034$  соответственно) и ИА (с  $2,7 \pm 1,6$  до  $1,2 \pm 0,98$ ;  $p=0,000000$  и с  $3,2 \pm 1,9$  до  $1,6 \pm 1,3$ ;  $p=0,00011$  соответственно), нарастание ФЖЕЛ (с  $77,8 \pm 19,7$  до  $86,8 \pm 19,7$ ;  $p=0,00001$  и с  $76 \pm 20,3$  до  $82,7 \pm 22,5$ ;  $p=0,00017$  соответственно), стабилизация ДСЛ. Медиана прироста ФЖЕЛ, клинически значимое нарастание и снижение ФЖЕЛ и ДСЛ, динамика КС и ИА значимо не различались между группами.

#### Выводы/заключение

Применение РТМ у больных ССД с ИПЛ как в виде монотерапии, так и в комбинации с иммуносупрессантами эффективно уменьшало индурацию кожи и активность ССД, улучшало или стабилизировало легочную функцию. Однако возможность применения РТМ в режиме монотерапии, что особенно актуально у пациентов с плохой переносимостью или противопоказаниями для назначения иммуносупрессантов, требует дальнейшего изучения на большем количестве пациентов в течение более длительного периода наблюдения.

### ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НИЗКИХ ДОЗ РИТУКСИМАБА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И АКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Конева О.А., Ананьева Л.П., Гарзанова Л.А.,  
Феснинова О.В., Овсянникова О.Б., Старовойтова М.Н.  
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

#### Введение/цель

Циклофосфамид (ЦФ) является препаратом выбора для лечения интерстициального поражения легких (ИПЛ) при

системной склеродермии (ССД). Однако, по данным литературы, на фоне его применения отмечено незначительное и временное улучшение со стороны легочного фиброза, в связи с чем продолжается поиск новых, более эффективных препаратов, среди которых большое внимание уделяется ритуксимабу (РТМ). Цель исследования – оценить влияние РТМ на клинические проявления и активность ССД и безопасность их применения в открытом проспективном нерандомизированном исследовании.

#### Материал и методы

В исследование включено 107 пациентов с ССД, имевших признаки ИПЛ по данным мультиспиральной компьютерной томографии. Все пациенты получали глюкокортикоиды в средних и низких дозах; 71 пациент (группа А), получал РТМ суммарно  $1,43 \pm 0,66$  г за  $13,2 \pm 2$  мес (средний возраст –  $46 \pm 13$  лет, доля женщин – 83%, давность ССД –  $5,6 \pm 4,4$  года, диффузная/лимитированная форма – 1,4/1), из них у 32 (45%) РТМ был добавлен к иммуносупрессантам в связи с недостаточной их эффективностью. Группу сравнения составили 36 пациентов (группа В), получивших парентерально циклофосфамид (ЦФ) в течение  $12 \pm 6$  мес, суммарно  $10,6 \pm 5$  г (средний возраст –  $47 \pm 12$  лет, доля женщин – 92%, давность ССД –  $5,0 \pm 4,8$  года, диффузная/лимитированная форма – 1,6/1). В динамике оценивались форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ, %), модифицированный кожный счет (КС, баллы), индекс активности (ИА, баллы), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ, %), систолическое давление в легочной артерии по данным эхокардиографии, наличие нарушений ритма и проводимости сердца по данным электрокардиографии.

#### Результаты/обсуждения

В группах А и В на фоне терапии отмечено достоверное снижение КС (в группе А – с  $11,3 \pm 9,6$  до  $8,0 \pm 6,6$ ,  $p=0,001$ ; в группе В – с  $11,2 \pm 9,8$  до  $7,9 \pm 6,8$ ,  $p=0,009$ ) и ИА (в группе А – с  $2,8 \pm 1,8$  до  $1,3 \pm 1,1$ ,  $p=0,001$ ; в группе В – с  $2,8 \pm 2$  до  $1,4 \pm 1,17$ ,  $p=0,000165$ ). Повышение ФВ ЛЖ ( $61,8 \pm 7,3$  и  $63,6 \pm 7,3$ ,  $p=0,02$ ) выявлено только у пациентов, получавших РТМ. При оценке динамики ФЖЕЛ в обеих группах отмечалось достоверное ее увеличение (в группе А – с  $77,3 \pm 20$  до  $82,6 \pm 21$ ,  $p=0,000045$ ; в группе В – с  $80,5 \pm 20,1$  до  $85,9 \pm 20,5$ ,  $p=0,034$ ), медиана прироста в группе А составила  $5,3$  [0,1; 10,2], в группе В –  $5,4$  [-0,6; 12,3]. Повышение ФЖЕЛ на 10% и более в группе В выявлено у 11,31% пациентов, что превысило данный показатель в группе А – 14 (20%;  $p=0,2$ ). Снижение ФЖЕЛ на 10% и более с одинаковой частотой наблюдалось в обеих группах (6%). Динамики остальных оцениваемых показателей за период наблюдения не отмечено. Переносимость терапии была лучше в группе, получающей РТМ: на фоне терапии РТМ неблагоприятные реакции развивались у достоверно меньшего числа пациентов (n=11; 14%), по сравнению с группой, получающей ЦФ (n=19; 53%;  $p=0,0000$ ).

#### Выводы/заключение

Оба препарата эффективно уменьшали индурацию кожи и активность ССД, достоверно улучшали ФЖЕЛ. Однако применение ЦФ в течение года несколько чаще приводило к клинически значимому нарастанию ФЖЕЛ, что, вероятно, могло быть обусловлено низкой кумулятивной дозой РТМ. Переносимость терапии РТМ была

лучше по сравнению с ЦФ. Полученные данные обосновывают возможность назначения анти-В-клеточной терапии как в качестве препарата первого ряда для лечения ИПЛ у больных ССД, так и в случае неэффективности или плохой переносимости ЦФ, особенно при наличии кардиопатии.

**АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА ДОСТИЖЕНИЕ МИНИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПО ДАННЫМ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ**

Корсакова Ю.Л.<sup>1</sup>, Логинова Е.Ю.<sup>1</sup>, Губарь Е.Е.<sup>1</sup>, Коротаяева Т.В.<sup>1</sup>, Колтакова А.Д.<sup>1</sup>, Седунова М.В.<sup>2</sup>, Приставский И.Н.<sup>2</sup>, Умнова И.Ф.<sup>3</sup>, Бондарева И.Н.<sup>4</sup>, Кудишина С.С.<sup>5</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия, <sup>2</sup>ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург, Россия; <sup>3</sup>БУЗОО «Областная клиническая больница», Омск, Россия; <sup>4</sup>ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева», Кемерово, Россия; <sup>5</sup>КГАУЗ «Владивостокская клиническая больница №2», Владивосток, Россия; <sup>6</sup>ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

**Введение/цель**

Согласно современным данным, наличие ожирения, особенно висцерального, приводит к снижению эффективности лечения. Однако данные о влиянии ожирения на возможность достижения минимальной активности заболевания (МАЗ) при псориатическом артрите (ПсА) в различных когортах противоречивы. Цель исследования – изучить влияние повышения индекса массы тела (ИМТ) на достижение МАЗ на фоне терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП).

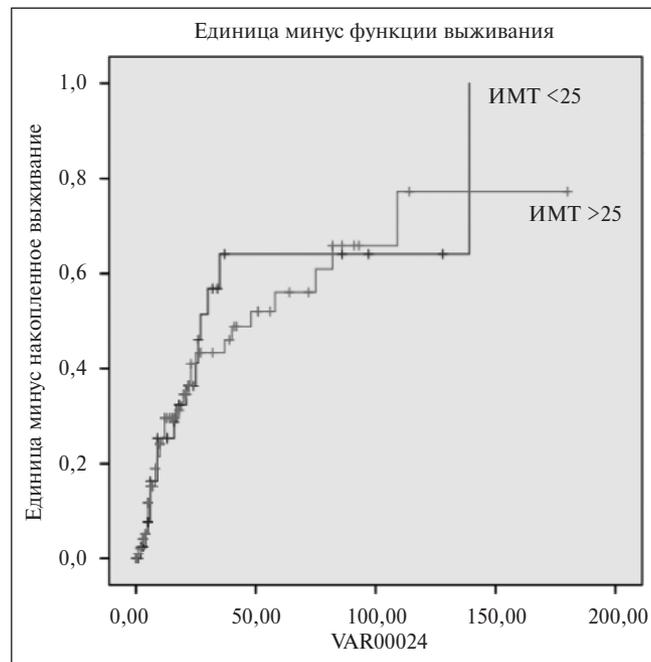
**Материал и методы**

Проведен анализ данных 140 больных ПсА (77 мужчин и 63 женщин), медиана возраста которых составила 47 лет (19–73 года), принимавших различные ГИБП: ингибиторы фактора некроза опухоли  $\alpha$  и устекинумаб. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от ИМТ: ИМТ <25 кг/м<sup>2</sup> – нормальный и ИМТ >25 кг/м<sup>2</sup> – повышенный и ожирение. Определялось число больных, достигших МАЗ, которая признается при наличии любых 5 из 7 нижеприведенных критериев: число болезненных суставов из 68  $\leq$  1; число припухших суставов из 66  $\leq$  1; PASI  $\leq$  1 или BSA  $\leq$  3%; оценка пациентом боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ 0–100 мм)  $\leq$  15 мм; оценка пациентом активности заболевания  $\leq$  20 мм ВАШ; функциональный индекс качества жизни HAQ (Health Assessment Questionnaire)  $\leq$  0,5; число воспаленных энтезисов  $\leq$  1. Сравнительный анализ проводили с использованием тестов Breslow и Tarone Ware.

**Результаты/обсуждение**

У 98 из 140 (70%) пациентов выявлен ИМТ >25 кг/м<sup>2</sup>, а у 42 из 140 (30%) – ИМТ <25 кг/м<sup>2</sup>. У 38 из 98 больных (39%) с ИМТ >25 кг/м<sup>2</sup> и у 18 из 42 больных (43%) с ИМТ <25 кг/м<sup>2</sup> наблюдалось достижение МАЗ. Результаты тестов Breslow, Tarone Ware показали статистически незначимые

различия в кумулятивной частоте достижения МАЗ между двумя группами пациентов ( $p > 0,05$ ; см. рисунок).



Различия в частоте достижения МАЗ в группах с различными значениями ИМТ

**Выводы/заключение**

В нашей когорте пациентов с ПсА у большинства выявлены повышенный ИМТ или ожирение. Увеличение ИМТ не снижает частоту достижения МАЗ на фоне лечения различными ГИБП.

**ПОВЫШЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ:**

**ДАННЫЕ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ**

Корсакова Ю.Л.<sup>1</sup>, Логинова Е.Ю.<sup>1</sup>, Губарь Е.Е.<sup>1</sup>, Коротаяева Т.В.<sup>1</sup>, Колтакова А.Д.<sup>1</sup>, Седунова М.В.<sup>2</sup>, Приставский И.Н.<sup>2</sup>, Умнова И.Ф.<sup>3</sup>, Бондарева И.Н.<sup>4</sup>, Кудишина С.С.<sup>5</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; <sup>2</sup>ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург, Россия; <sup>3</sup>БУЗОО «Областная клиническая больница», Омск, Россия; <sup>4</sup>ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева», Кемерово, Россия; <sup>5</sup>КГАУЗ «Владивостокская клиническая больница №2», Владивосток, Россия; <sup>6</sup>ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

**Введение/цель**

Кардиоваскулярные заболевания (КВЗ) являются лидирующей причиной смертности больных псориазом и псори-

атическим артритом (ПсА). Метаболические нарушения, включая ожирение, являются наиболее частой коморбидной патологией при ПсА. Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) показали высокую эффективность при лечении больных ПсА. В настоящее время в международной практике накапливаются данные о влиянии терапии ГИБП на индекс массы тела (ИМТ) и массу тела у больных ПсА. В Российской Федерации такие исследования ограничены.

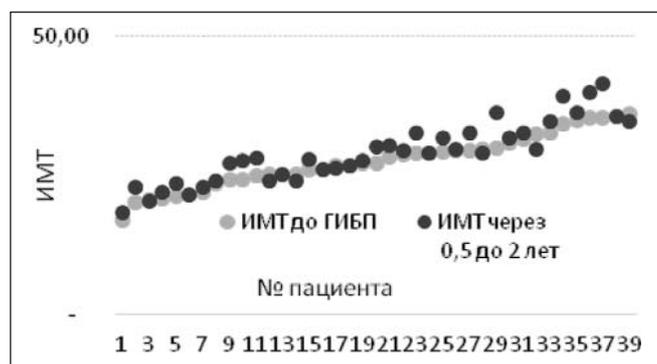
Цель исследования – изучить динамику ИМТ и массы тела у больных ПсА на фоне терапии ГИБП в реальной клинической практике по данным регистра.

**Материал и методы**

В исследование включены 39 больных ПсА (24 мужчины и 15 женщин), соответствующих критериям CASPAR, медиана (Ме) возраста – 38 лет (23–64 года), индекс активности ПсА DAPSA – 35,5 (2,6–96,5), ИМТ – 27,1 (16,9–36,1) кг/м<sup>2</sup>, масса тела – 81 (53–110) кг, которые получили ГИБП в течение от 6 мес до 2 лет. У всех больных определялись активность ПсА, масса тела, рост и ИМТ на момент включения в регистр и при последующих посещениях. Пациенты принимали следующие препараты: адалимумаб (n=19), инфликсимаб (n=1), устекинумаб (n=5), этанерцепт (n=10), голимумаб (n=3). Определялись Ме (Min–Max), %, U-test. Статистически значимыми считались p<0,05.

**Результаты/обсуждение**

На фоне лечения активность ПсА по DAPSA значимо снизилась до 5,1 (0,0–59,1; p<0,05). МАЗ была выявлена у 20 из 39 больных (51%). За период наблюдения ИМТ и масса тела значимо увеличились – до 28,9 (18,2–41,53) кг/м<sup>2</sup> и 84 (56–120) кг соответственно (p<0,05; см. рисунок). Среднее увеличение ИМТ и массы тела составило 1,44 кг/м<sup>2</sup> (5%) и 5 кг (6%) соответственно.



Динамика ИМТ у больных ПсА на фоне лечения ГИБП

**Выводы/заключение**

В когорте больных ПсА, получавших лечение ГИБП, в основном ингибиторами фактора некроза опухоли α (84%), наблюдалось увеличение ИМТ и массы тела, в то время как активность ПсА снижалась. Увеличение ИМТ и массы тела следует принимать во внимание для предотвращения сердечно-сосудистых заболеваний в будущем. Больным требуется модифицировать питание, образ жизни для снижения кардиоваскулярного риска.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ДАННЫЕ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ**

Корсакова Ю.Л.<sup>1</sup>, Логинова Е.Ю.<sup>1</sup>, Губарь Е.Е.<sup>1</sup>, Коротчаева Т.В.<sup>1</sup>, Колтакова А.Д.<sup>1</sup>, Седунова М.В.<sup>2</sup>, Приставский И.Н.<sup>2</sup>, Умнова И.Ф.<sup>3</sup>, Бондарева И.Н.<sup>4</sup>, Кудишина С.С.<sup>5</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1,6</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия, <sup>2</sup>ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург, Россия; <sup>3</sup>БУЗОО «Областная клиническая больница», Омск, Россия; <sup>4</sup>ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева», Кемерово, Россия; <sup>5</sup>КГАУЗ «Владивостокская клиническая больница №2», Владивосток, Россия; <sup>6</sup>ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

**Введение/цель**

По результатам крупных международных исследований ПсА ассоциируется с разнообразной коморбидной патологией. В России данные о распространенности и структуре сопутствующих заболеваний, полученные в этой когорте больных, ограничены.

Цель исследования – изучить распространенность и структуру коморбидных заболеваний у больных ПсА в реальной клинической практике.

**Материал и методы**

В Общероссийский регистр пациентов с ПсА включено 472 больных (200 мужчин и 272 женщины), соответствующих критериям CASPAR, медиана (Ме) возраста составила 47 лет (21–74) года, медиана длительности ПсА – 5,25 (0,08–48,42) года; у большинства пациентов (75%) площадь поражения кожи (BSA) составила ≤3%. Информация о наличии коморбидных заболеваний собрана в момент включения больного в регистр и кодировалась согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Дополнительно по стандартной методике оценивали индекс массы тела (ИМТ, кг/м<sup>2</sup>). Рассчитывали Ме (Min–Max), %.

**Результаты/обсуждение**

Из 472 больных 340 получали базисные противовоспалительные препараты (БПВП) и 132 – генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). Коморбидные заболевания выявлены у 220 из 472 пациентов (47%). У 130 (27,5%) / 54 (11,4%) / 36 (7,6%) из 472 больных выявлено одно/два/три и более коморбидных заболеваний соответственно. Наблюдались следующие заболевания: артериальная гипертензия – у 145 из 220 больных (65,9%), диабет – у 31 из 220 (14,1%), остеопороз – у 20 из 220 (9,1%), ишемическая болезнь сердца – у 17 из 220 (7,7%), заболевания легких – у 9 из 220 (4,1%), увеит – у 5 из 220 (2,3%), депрессия – у 3 из 220 (1,4%), воспалительные заболевания кишечника – у 3 из 220 (1,4%). Повышенный ИМТ выявлен у 294 из 472 пациентов (68%). ИМТ у 178 из 472 больных (37,7%) составил 25–30 кг/м<sup>2</sup>, у 92 из 472 (19,5%) – 30–35 кг/м<sup>2</sup>, у 25 из 472 (5,3%) – 35–40 кг/м<sup>2</sup> и у 18 из 472 (3,8%) >40 кг/м<sup>2</sup>.

**Выводы/заключение**

Различные коморбидные заболевания выявлены у 47% больных ПсА, включенных в регистр и наблюдаю-

щихся в реальной клинической практике. Наиболее распространенными оказались кардиоваскулярные заболевания и метаболические нарушения, повышенная масса тела. При назначении лечения следует учитывать наличие коморбидных заболеваний и проводить обследование для их выявления.

**БОЛЬ В СПИНЕ У ЖЕНЩИН С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

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

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

**Введение/цель**

Цель исследования – изучить динамику утренней скованности и боли в спине у пациенток с АС в течение беременности, сравнить на фоне гестации характер и интенсивность боли в спине у женщин с АС и здоровых беременных.

**Материал и методы**

В основную группу включено 36 беременных с достоверным диагнозом АС. Средний возраст – 31,6±4,8 года, продолжительность болезни – 134,9±89,3 мес. В контрольную группу вошло 30 здоровых беременных с отсутствием боли в спине и артритов в анамнезе, средний возраст – 28,2±4,5 года. Визиты проводились на 10–11; 20–21; 31–32-й неделях беременности. Оценка интенсивности боли проводилась по числовой рейтинговой шкале.

**Результаты/обсуждение**

Частота встречаемости в течение гестации утренней скованности, боли в спине и ее отдельных компонентов в обеих группах представлена в таблице.

На всем протяжении беременности боль в спине у пациенток с АС была выше, чем у здоровых (p<0,001). У женщин с АС были выявлены усиление интенсивности ночной боли во II (3 [0; 5]) и III (3 [1; 6]) триместрах по сравнению с I (2 [1; 4]); p<0,05 в обоих случаях) и тенденция к увеличению длительности утренней скованности во второй половине беременности (I триместр – 10 [5; 20] мин, II – 15 [10; 55] мин, III – 15 [5; 60] мин). Частота и интенсивность ночной боли в контрольной группе была ниже, чем у пациенток с АС (p<0,01). В ходе гестации уменьшалось число больных АС с улучшением после фи-

зических упражнений и отсутствием улучшения в покое (p<0,05 между I и II, III триместрами). При этом отсутствие улучшения в покое у женщин с АС встречалось чаще, чем в контрольной группе в течение всей беременности, а уменьшение боли после физических упражнений – только в I триместре. В III триместре увеличилось число здоровых беременных с уменьшением боли в спине после физических упражнений. Во второй половине гестации характер боли в спине у пациенток с АС изменился: 43,7% отметили уменьшение боли в покое (в I триместре – 11,7%; p<0,05 между I и II, III триместрами), 42,4% – усиление боли после физических упражнений (в I триместре – 8,8%; p<0,05 между I и II, III триместрами), при этом частота элементов боли механического ритма была меньше, чем в контрольной группе (p<0,01).

**Выводы/заключение**

Более 90% женщин с АС во время беременности испытывают боль в спине с тенденцией к нарастанию интенсивности боли во второй половине гестации за счет как воспалительного компонента (ночная боль), так и присоединения боли механического ритма. Ночная боль и утренняя скованность отражают воспалительную активность при гестации, у здоровых беременных встречаются в единичных случаях. Присутствие в III триместре почти у 70% женщин без АС уменьшения боли после ФУ требует дальнейшего исследования и, возможно, пересмотра критериев воспалительной боли для беременных с АС.

**ЭНТЕЗИТЫ У ЖЕНЩИН С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

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

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

**Введение/цель**

Одной из приоритетных гипотез появления боли в тазовом поясе у здоровых беременных является биомеханическая, связанная с мышечным дисбалансом и перегрузкой ряда мышц таза, что не дает возможности исключить развитие и невоспалительной энтезопатии. Проблема связи боли в области энтезисов у беременных с анкилозирующим спондилитом (АС) не только с воспалением и активностью заболевания, но и с нормально протекающей беременностью остается нерешенной. Цель исследования – изучить

*Частота утренней скованности и боли в спине у женщин с АС и здоровых беременных*

Показатель	Триместр					
	I		II		III	
	больные АС (n=36)	здоровые (n=30)	больные АС (n=35)	здоровые (n=30)	больные АС (n=34)	здоровые (n=30)
Боль в спине, n (%)	34 (94,5) <sup>а</sup>	10 (33,3)	33 (94,3) <sup>а</sup>	6 (20)	32 (94,1)	15 (50)
Боль в спине, ВАШ	3 [2; 4] <sup>а</sup>	0 [0; 1]	4 [3; 5,5] <sup>а</sup>	0 [0; 0], max 9	3 [2; 7] <sup>а</sup>	1 [0; 4]
Ночная боль, n (%)	28 (82,3) <sup>а</sup>	1 (10)*	23 (69,7)	3 (50)	28 (87,5) <sup>а</sup>	2 (13,3)
Утренняя скованность, n (%)	29 (80,6) <sup>а</sup>	1 (3,3)	30 (85,7) <sup>а</sup>	1 (3,3)	28 (82,4) <sup>а</sup>	1 (3,3)
Отсутствие улучшения в покое, n (%)	30 (88,2)*.**. <sup>а</sup>	1 (10)	22 (66,7) <sup>а</sup>	0	18 (56,3) <sup>а</sup>	0
Уменьшение боли после физических упражнений, n (%)	29 (85,3)*.**. <sup>а</sup>	2 (20)**	23 (69,7)	3 (50)	20 (62,5)	10 (66,7)

*Примечание.* \* – p<0,05 при сравнении со II триместром; \*\* – p<0,05 при сравнении с III триместром; <sup>а</sup> – p<0,001 при сравнении со здоровыми беременными.

динамику боли в области энтезисов у пациенток с АС в ходе гестации, сравнить частоту, локализацию и интенсивность боли в области энтезисов у здоровых беременных и беременных с АС.

#### Материал и методы

В основную группу включено 36 беременных с достоверным диагнозом АС по модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г. Средний возраст –  $31,6 \pm 4,8$  года, продолжительность болезни –  $134,9 \pm 89,3$  мес. Контрольная группа – 30 здоровых беременных с отсутствием боли в спине и артритов в анамнезе, средний возраст –  $28,2 \pm 4,5$  года. Визиты проводились на 10–11; 20–21; 31–32-й неделях гестации. Для оценки энтезисов использовался счет MASES, дополнительно оценивалась болезненность в месте прикрепления подошвенного апоневроза к пяточному бугру и области большого вертела бедренной кости. Оценка интенсивности боли в спине и энтезисах проводилась по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ).

#### Результаты/обсуждение

Имелась тенденция к увеличению числа пациенток с АС с энтезитами в ходе гестации: в I триместре энтезиты имели место у 13 (36,1%) беременных, во II триместре – у 20 (57,1%), в III триместре – у 21 (61,8%). Увеличивалась частота энтезисов в области первых (5,6; 20 и 23,5% по триместрам) и седьмых (13,9; 34,3 и 29,4%) грудино-реберных сочленений, гребней (5,5; 5,7 и 8,8%) и задних верхних остей подвздошных костей (8,3; 28,6 и 29,4%), а также в области большого вертела бедренных костей (2,8; 11,4 и 55,9% по триместрам),  $p < 0,05$  между I и II, I и III триместрами. Индекс MASES у беременных с АС возрастал в ходе гестации: в I триместре составил 0 [0; 1], во II – 1 [0; 3], в III – 2 [0; 3] ( $p < 0,01$  между I и II, I и III триместрами). Во II триместре беременности выявлена корреляция между индексом MASES и выраженностью ночной боли в спине ( $r = 0,5$ ). Имелась тенденция к увеличению интенсивности боли в энтезисах: 1 [0; 4], 2 [0; 4] и 2 [0; 6] по ЧРШ по триместрам. Беременные контрольной группы отмечали болезненность при пальпации в области энтезисов реже, чем пациентки с АС ( $p < 0,05$ ), и только во второй половине гестации: во II триместре – 3 (10%), в III триместре – 6 (20%) женщин. Здоровые беременные в единичных случаях указывали на неприятные ощущения в области первых и седьмых грудино-реберных сочленений, гребней подвздошных костей и остистого отростка V поясничного позвонка с тенденцией к увеличению частоты встречаемости данных симптомов в III триместре. Индекс MASES у здоровых беременных на всем протяжении гестации составлял 0 [0; 0] (max – 2 во II и 4 в III триместре) был ниже, чем в основной группе ( $p < 0,01$ ). Корреляции MASES с ночной болью в спине выявлено не было. Выраженность боли в области энтезисов у здоровых женщин была меньше, чем у беременных с АС ( $p < 0,0001$  во всех триместрах).

#### Выводы/заключение.

Частота энтезисов у женщин с АС увеличивается со сроком беременности. Учитывая низкую частоту и слабую выраженность боли в области энтезисов у здоровых беременных, отсутствие корреляции с другими проявлениями воспаления, можно предположить, что энтезиты отражают активность АС и не связаны с изменениями, возникающими в ходе беременности.

### ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ НЕ БЕРЕМЕННОСТИ

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

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

#### Введение/цель

Цель исследования – изучить динамику функционального статуса больных анкилозирующим спондилитом (АС) в ходе гестации, уточнить способность BASFI специфично отражать изменения, связанные с АС, а не с физиологически протекающей беременностью.

#### Материал и методы

В основную группу включено 36 беременных с достоверным диагнозом АС по модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г. Средний возраст –  $31,6 \pm 4,8$  года, продолжительность болезни –  $134,9 \pm 89,3$  мес. Контрольная группа – 30 здоровых беременных с отсутствием боли в спине и артритов в анамнезе, средний возраст –  $28,2 \pm 4,5$  года. Визиты проводились на 10–11; 20–21; 31–32-й неделях гестации. Функциональный статус оценивался по индексу BASFI.

#### Результаты/обсуждение

У женщин с АС значение BASFI по триместрам составило:  $1,9 \pm 2,1$  (1,2 [0,2; 3,1]);  $2,3 \pm 2,1$  (1,6 [0,4; 3,9] и  $3,5 \pm 2,8$  (2,4; [1,0; 5,6]) ( $p < 0,01$  между I и III, II и III триместрами). У здоровых беременных BASFI по триместрам:  $0,8 \pm 1,1$  (0,5 [0,2; 1,0]);  $1,1 \pm 1,0$  (1,0 [0,5; 1,4] и  $1,7 \pm 1,2$  (1,6; [1,0; 1,8]) ( $p < 0,05$  между I и II, I и III, II и III триместрами).

Только в III триместре значение BASFI было выше у больных АС по сравнению с женщинами контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Однако отдельные компоненты BASFI отличались в каждом триместре, за исключением вопросов 9 и 10 (способность заниматься физически активными видами деятельности и сохранять активность в течение дня) на протяжении всей гестации, вопроса 7 (способность подняться на 12–15 ступенек без вспомогательных средств) во II и III триместрах и вопроса 4 (способность встать со стула без помощи рук) в I триместре.

У больных АС имела место высокая ( $r_s > 0,7$ ) и очень высокая ( $r_s > 0,9$ ) корреляция всех компонентов BASFI с самим индексом в каждом триместре беременности. У здоровых женщин была выявлена высокая корреляция значения индекса BASFI с вопросами 9 и 10 в первых двух триместрах, а также с возможностью стоять без дополнительной опоры в течение 10 мин (вопрос 6) во II триместре и вопросом 7 в III триместре.

Увеличение индекса BASFI во II триместре беременности по сравнению с I триместром у больных АС значимо коррелировало со снижением способности встать с пола из положения лежа (вопрос 5,  $r_s = 0,41$ ), вопросом 7 ( $r_s = 0,38$ ), вопросами 9 ( $r_s = 0,55$ ) и 10 ( $r_s = 0,45$ ). Увеличение BASFI во II триместре у здоровых женщин коррелировало с увеличением трудности при стоянии без опоры (вопрос 6,  $r_s = 0,39$ ) и сохранении активности в течение дня (вопрос 10,  $r_s = 0,38$ ). Увеличение значения BASFI в III триместре по сравнению со II триместром в основной группе коррелировало со всеми компонентами индекса ( $r_s = 0,46–0,66$ ), а в контрольной группе – только со способностью подниматься по лестнице без опоры (вопрос 7,  $r_s = 0,40$ ), заниматься активными видами

ми деятельности (вопрос 9,  $r_s=0,50$ ) и сохранять активность в течение дня (вопрос 10,  $r_s=0,37$ ).

**Выводы/заключение**

Функциональные нарушения по BASFI у больных АС нарастают со сроком беременности. Составляющие BASFI, глобально оценивающие способность больных АС справляться с повседневными нагрузками (вопросы 9 и 10), во время беременности отражали функциональные нарушения неспецифично. Надежность вопросов 6 (стояние без опоры) и 7 (ходьба вверх по лестнице без опоры) у беременных с АС требует дальнейшего уточнения. Таким образом, индекс BASFI также требует адаптации при использовании его во время беременности.

**ДОСТИЖЕНИЕ РЕМИССИИ И МИНИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ ПРИ РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ПОСЛЕ НАЧАЛА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ДАННЫЕ ОБЩЕРОССИЙСКОГО РЕГИСТРА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА)**

Логонова Е.Ю.<sup>1</sup>, Коротаева Т.В.<sup>1</sup>, Колтакова А.Д.<sup>1</sup>, Губарь Е.Е.<sup>1</sup>, Корсакова Ю.Л.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1,2</sup>, Седунова М.В.<sup>3</sup>, Приставский И.Н.<sup>3</sup>, Бондарева И.Н.<sup>4</sup>, Умнова И.Ф.<sup>5</sup>, Кудишина С.С.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; <sup>3</sup>ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург, Россия; <sup>4</sup>ГБУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В. Беляева», Кемерово, Россия; <sup>5</sup>БУЗОО «Областная клиническая больница», Омск, Россия; <sup>6</sup>КГАУЗ «Владивостокская клиническая больница №2», Владивосток, Россия

**Введение/цель**

Достижение ремиссии и минимальной активности болезни (МАБ) является целью терапии больных псориатическим артритом (ПсА). Частота и сроки наступления ремиссии и МАБ у больных ПсА в зависимости от длительности болезни к моменту начала активной терапии изучены недостаточно. Цель исследования – оценить сроки наступления ремиссии и МАБ после назначения генно-инженерной биологической терапии (ГИБП) у больных ранним и поздним ПсА, наблюдавшихся в рамках Общероссийского регистра больных ПсА.

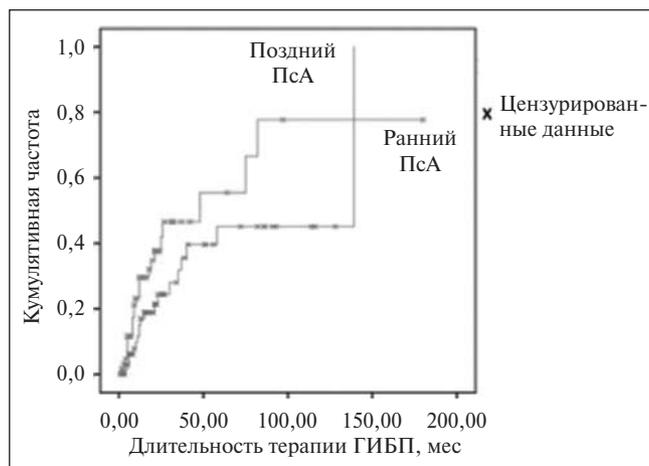
**Материал и методы**

В исследование включено 140 больных ПсА (77 мужчин, 63 женщин), соответствующих критериям CASPAR, принимавших участие в Общероссийском регистре. Ранее пациенты не принимали ГИБП. Медиана возраста больных составила 42 (19–73) лет. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от длительности ПсА до инициации ГИБП: ранний ПсА ≤2 года (67 больных) и поздний ПсА – более 2 лет (73 больных). Всем больным назначался ГИБП (адалимумаб – 37 пациентам, инфликсимаб – 26, этанерцепт – 20, голимумаб – 19, цертолизумаба пэгол – 1, устекинумаб – 33, секукинумаб – 4) в комбинации с метотрексатом или без него. В начале наблюдения Me DAPSA составляла 33,55 [28,34; 41,77]. Ремиссию

считали достигнутой при DAPSA ≤4, МАБ – при наличии 5 из 7 критериев: число болезненных суставов ≤1, число припухших суставов ≤1, PASI ≤1 или BSA ≤3, оценка боли пациентом ≤15 мм, оценка активности заболевания пациентом ≤20 мм по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), HAQ ≤0,5, число энтезитов ≤1. Рассчитывали кумулятивную частоту и сроки достижения ремиссии и МАБ после инициации ГИБП.

**Результаты/обсуждение**

После инициации ГИБП ремиссия по DAPSA была достигнута хотя бы 1 раз у 24 из 67 (36%) больных с ранним ПсА и у 19 из 73 (26%) больных и поздним ПсА. МАБ была достигнута у 33 из 67 (49%) больных с ранним ПсА и 23 из 73 (32%) больных, длительно страдающих ПсА. Медианы времени достижения ремиссии по DAPSA и МАБ больными ранним ПсА были значимо меньше: 48 (95% ДИ 11,75–84,25) и 21 (95% ДИ 13,1–28,9) мес соответственно по сравнению с больными поздним ПсА: по DAPSA – 139 (95% ДИ – границы не определены) и МАБ – 58 (95% ДИ 0–118,1) мес от начала терапии ГИБП ( $p<0,05$  для всех тестов; см. рисунок).



Кумулятивная частота и время достижения ремиссии по DAPSA после начала терапии ГИБП при раннем и позднем ПсА

**Выводы/заключение**

Сравнительный анализ достижения ремиссии и МАБ у больных ранним и поздним ПсА показал преимущество назначения ГИБП на ранней стадии болезни.

**ПРОКАЛЬЦИТОНИНОВЫЙ ТЕСТ В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА**

Муравьева Н.В., Тарасова Г.М., Белов Б.С., Черкасова М.В.

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

**Введение/цель**

Ревматические заболевания (РЗ) нередко осложняются инфекционным процессом, что может быть обусловлено как самой болезнью, так и иммуносупрессивной терапией. При этом клинические симптомы и традиционные лабораторные тесты часто оказываются малоинформативными у больных активным РЗ, а отрицательные результаты бактериологического исследования не исключают наличие ин-

фекции. В своевременном выявлении инфекции важную роль может играть один из значимых маркеров бактериального воспаления – прокальцитониновый тест (ПКТ). Цель исследования – определить диагностическую ценность ПКТ в практике ревматолога.

#### Материал и методы

В исследование включено 300 больных (205 женщин, 95 мужчин, возраст 2–80 лет) с различными РЗ: системной красной волчанкой (СКВ) – 73, ревматоидным артритом (РА) – 66, ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА) – 52, системными васкулитами (СВ) – 24, системной склеродермией (ССД) – 20, анкилозирующим спондилитом (АС) – 16, болезнью Стилла взрослых (БСВ) – 13, другими РЗ – 20, неревматическими заболеваниями – 16. Концентрацию ПКТ определяли количественным электрохемилюминесцентным методом на анализаторе CobasE 411 (Roche, Швейцария).

#### Результаты/обсуждение

Инфекционный процесс выявлен у 140 больных: генерализованный – у 15, локальный – у 125. В зависимости от выраженности интоксикационного синдрома локальные инфекции разделены на тяжелые ( $n=55$ ) и легкие ( $n=70$ ). Преобладали инфекции нижних дыхательных путей, мочевыделительной системы, кожи и мягких тканей. У больных с генерализованной инфекцией медиана (Ме) уровня ПКТ составила 3,6 [0,49; 11,3] нг/мл. У 10 пациентов этой группы уровень ПКТ превысил 2 нг/мл, у 5 пациентов – 10 нг/мл. При тяжелой локальной инфекции Ме ПКТ составила 0,26 [0,16; 1,05] нг/мл, при легкой – 0,12 [0,07; 0,24] нг/мл. У больных без инфекции Ме ПКТ составила 0,11 [0,06; 0,17] нг/мл, при этом более высокие значения ПКТ выявлены у больных БСВ (0,39 [0,14; 0,51] нг/мл), системной формой ЮРА (0,17 [0,11; 0,5] нг/мл) и СКВ (0,11 [0,06; 0,16] нг/мл). При РА, СВ, ССД, АС без инфекции Ме ПКТ составила 0,07 [0,03; 0,12] нг/мл. При генерализованной инфекции уровень ПКТ был значимо выше, чем у пациентов без инфекции ( $p<0,001$ ), а также с легкой ( $p<0,001$ ) и тяжелой локальной инфекцией ( $p<0,001$ ). У больных с тяжелой локальной инфекцией уровень ПКТ был выше по сравнению с пациентами без инфекции ( $p=0,0001$ ) и с легкой локальной инфекцией ( $p=0,007$ ). Достоверных различий ПКТ в группах больных с легкой локальной инфекцией и без инфекции не выявлено. По данным ROC-анализа, диагностическая эффективность определения ПКТ при генерализованной инфекции отличная, при тяжелой локальной инфекции – хорошая. У больных СКВ с инфекцией уровень ПКТ был выше, чем у пациентов без инфекции ( $p=0,03$ ); выявлена корреляция между уровнем ПКТ и СРБ при наличии инфекции ( $r=0,52$ ;  $p<0,001$ ). При БСВ и системной форме ЮРА значимых различий между ПКТ у пациентов с инфекцией и без инфекции не получено, корреляционная связь между ПКТ и СРБ/СОЭ не выявлена.

#### Выводы/заключение

Определение ПКТ, несомненно, способствует диагностике генерализованных и тяжелых локальных инфекций у больных РЗ. Однако при интерпретации значений ПКТ следует учитывать совокупность данных: конкретную ревматическую нозологию, результаты клинико-лабораторного и инструментального обследований. Перспективным направлением в диагностике инфекций при РЗ можно считать мультимаркерный подход.

## ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ

Мысливец М.Г., Парамонова Н.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

#### Введение/цель

Заболевания костно-мышечной системы часто встречаются среди различных нозологий у детей, а вторичный суставной синдром может иметь место при более чем 250 патологиях. Суставной синдром (СС) также может наблюдаться в различных сочетаниях в зависимости от характера поражения и локализации воспалительного ответа. Известно, что на ранних стадиях возникновения СС проведение дифференциальной диагностики и верификации диагноза затруднительно. Цель исследования – установить распределение генетического BsmI полиморфизма гена *VDR* у пациентов с различной патологией суставов, не связанной с аутоиммунным воспалением.

#### Материал и методы

В исследование были включены 46 пациентов с различной патологией суставов, не связанной с аутоиммунным воспалением (группа 1), и 66 практически здоровых детей, отнесенных в группу сравнения (группа 2), которые были госпитализированы в отделение плановой хирургии УЗ «ГОДКБ» для оперативного вмешательства (грыжесечение, варикоцеле). Пациенты исследуемых групп были сопоставимы по возрасту. Так, медиана возраста детей группы 1 и группы 2 составила 10,8 [4,1; 15,0] и 13,3 [8,2; 15,3] соответственно ( $p>0,05$ ). Структура нозологических форм артритов, не связанных с аутоиммунным воспалением, распределилась следующим образом: наиболее распространены постинфекционные артриты – 28 детей (60,9%), посттравматические артриты выявлены в 9 случаях (19,6%), реактивные артриты (РеА) и артралгии диагностированы у 4 (8,7%) и 5 (10,8%) пациентов соответственно. Среди детей с РеА у одного пациента подтвержден иерсиниоз, у одного ребенка – хламидийная инфекция и у двоих детей выявлена микоплазменная инфекция. Молекулярно-генетическое исследование BsmI-полиморфизмов гена *VDR* проводили при помощи полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим рестрикционным анализом. Применялось несколько видов статистической обработки полученного материала: методы описательной статистики (определялись медиана и интерквартильный размах), точный критерий Фишера, для сравнения двух групп – тест Манна–Уитни. Результаты статистического анализа представлены в формате Ме [25-й; 75-й перцентили].

#### Результаты/обсуждения

При проведении сравнительного анализа различных полиморфных генотипов установили, что как в группе 1, так и в группе 2 достоверно чаще встречался гомозиготный генотип GG Bsm I полиморфного маркера гена *VDR*: 24 (52,2%) и 36 (54,5%), соответственно ( $p<0,05$ ). Генотип AA выявлен у 4 (8,7%) детей группы 1 и у 3 (4,5%) пациентов группы 2. При этом анализ распределения частот генотипов между пациентами внутри каждой группы показал достоверное преобладание генотипа GG и GA по сравнению с генотипом AA ( $p<0,05$ ). При анализе распределения аллелей по данному полиморфному варианту гена *VDR* установлено, что группа 1 и группа 2 по распределению аллелей были сопоставимы между собой ( $p>0,05$ ).

**Выводы/заключение**

В представленной группе пациентов с суставным синдромом, не связанным с аутоиммунным воспалением, частота генотипов/аллелей по исследованному локусу статистически значимо не отличалась от контрольного уровня. Влияние генетической изменчивости на риск развития реактивных, постинфекционных и других артритов практически не представлено в литературе, что требует дальнейшего изучения.

**ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ  
ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ *TNFα* И *IL6*  
У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Набиева Д.А., Мирхамидов М.В.**

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент,  
Узбекистан*

**Введение/цель**

Достижения медицинской иммунологии в области ревматологии расшифровали роль цитокинов в развитии воспалительного процесса в суставах. Высокая степень полиморфизма генов цитокинов обосновывает возможность их использования в качестве генетических предикторов развития ревматоидного артрита (РА). Данные метаанализов по результатам исследований ассоциаций иммуногенетических маркеров противоречивы и обусловлены этногеографическими особенностями. Цель исследования – изучение полиморфизма G/A гена *TNFα* и C-174G гена *IL6* у больных РА узбекской национальности.

**Материал и методы**

В исследование включены 77 больных РА, средний возраст  $54,72 \pm 12,32$  года, находившихся на лечении в 1-й клинике ТМА. Длительность заболевания составила  $8,63 \pm 7,56$  года. Преобладала поздняя стадия РА (71%). Серопозитивными по ревматоидному фактору (РФ+) были 39 пациентов, средняя концентрация РФ в сыворотке составила  $207,22 \pm 201,01$  Ед/мл, низкая ( $DAS28 < 3,2$ ) – 11,6%, средняя ( $3,2 \leq DAS28 \leq 5,1$ ) – 63,7%, высокая ( $DAS28 > 5,1$ ) – 24,7%. У 2,6% больных определялась IV рентгенологическая стадия, у 7,8% – III, у 36,4% – II и у 53,2% – I стадия; 90,9% больных были ограничены в выполнении профессиональных и непрофессиональных обязанностей, индекс HAQ составил  $2,63 \pm 0,71$ . Материалом для изучения частоты полиморфизма генов служили образцы геномной ДНК лейкоцитов крови больных и доноров, полученных экстракцией РНК/ДНК набором «АмплиПрайм-РИБО-преп». Для выявления полиморфизма G/A гена *TNFα* и C-174G гена *IL6* проведена полимеразная цепная реакция с набором реагентов РНК-сорб ООО «ИнтерЛабСервис» и «ДНК-экспресс кровь» ООО «Литех». Цифровой материал обработан с помощью пакета программ «OpenEpi 2009, Version 2.3».

**Результаты/обсуждение**

У практически здоровых лиц узбекской национальности (n=81) анализ полиморфизма G/A гена *TNFα* показал наличие аллеля G у 92,0% обследованных, и лишь у 8% присутствовал аллель A. Гомозиготный генотип G/G гена *TNFα* был выявлен у 83,9%, гетерозиготный вариант G/A установлен лишь у 16,1% доноров, мутантный гомозиготный A/A вариант данного гена в обследованной узбекской популяции не выявлен. Анализ полиморфизма IL6 -174 (G→C) гена показал наличие аллеля G у 82,7% обследованных,

и у 17,3% присутствовал аллель C. Гомозиготный G/G-генотип выявлен у 67,9%, гетерозиготный C/G – у 29,6%, гомозиготный C/C – у 2,5% обследованных узбекской популяции. Полученные нами данные несколько отличаются от европейской популяции жителей, европейцев и монголоидов. У больных РА отмечена тенденция к увеличению частоты гетерозиготного варианта гена *TNFα* относительно значений практически здоровых лиц, хотя различия носили статистически незначимый характер. Отмечено уменьшение до 55,8% частоты гомозиготного G/G-варианта, в 40,3% случаев выявлялся гетерозиготный G/C- и гомозиготный C/C-варианты *IL6* -174 (G→C) гена относительно значений практически здоровых лиц. РФ-вариант характеризовался относительно более высокой частотой гетерозиготного генотипа *TNFα*. Относительный риск развития РФ-негативного варианта РА при наличии гетерозиготности достоверно возрастал – в 2,1 раза относительно общей популяции. Более выраженные сдвиги в полиморфизме *IL6* -174 (G→C) гена также были характерны для серонегативного РА.

**Выводы/заключение**

У лиц узбекской национальности полиморфизм G/A гена *TNFα* и C-174G гена *IL6* отличается от европейской популяции и лиц монголоидной расы. Предрасполагающим фактором развития серонегативного РА у лиц узбекской национальности является гетерозиготный A/G вариант гена *TNFα* и гетерозиготный C/G вариант гена *IL6*.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АКТИВНОСТИ  
АНТИТРОМБИНА III У БОЛЬНЫХ  
СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ**

**Набиева Д.А., Арипова Н.А.**

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент,  
Узбекистан*

**Введение/цель**

В связи с повышенным риском тромбозов представляет интерес оценка ранее малоизученных факторов антикоагулянтной системы при системной красной волчанке (СКВ). Цель исследования – определить содержание антитромбина III в сыворотке больных СКВ.

**Материал и методы**

Обследовано 86 больных СКВ, преимущественно женщины (n=81; 94,2%), средний возраст – 37 лет, давность болезни – 8 лет. Превалировали хроническое течение болезни – 46 (53,5%), 2-я степень активности – 53 (61,6%). Индекс активности SLEDAI-2K составил  $11,1 \pm 6,6$ , индекс повреждения SLICC/ACR –  $1,6 \pm 1,5$ . Контроль составили 30 практически здоровых лиц. Определение активности антитромбина III в сыворотке крови проводилось хромогенным методом.

**Результаты/обсуждение**

Уровень активности антитромбина III при СКВ в целом был достоверно выше контроля ( $115,0 \pm 19,4$  и  $99,7 \pm 12,3\%$ ;  $p < 0,0001$ ). Увеличение параметра отмечено у 38,4% больных. В этой группе преобладали подострое течение заболевания (45,5%) и 2-я степень активности (63,6%). Высокий индекс активности SLEDAI-2K (выше 9 баллов) имелся более чем у половины (54,5%). ДВС-синдром выявлен у 45,5% больных этой группы. Артериальные и венозные тромбозы наблюдались у 24,2%, что было в 2 раза чаще, чем в группе с нормальным значением параметра. В единичных случаях (n=2; 2,3%) имелось снижение уровня антитромбина III.

У обеих пациенток было хроническое течение и 2-я степень активности, ДВС-синдром выявлен у одной, тромбозов не было.

#### Выводы/заключение

В 38,3% случаев СКВ отмечено повышение активности антитромбина III, что ассоциировалось с ростом активности болезни и наличием тромбозов.

### ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Никитинская О.А., Торощова Н.В.

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

#### Введение/цель

Приверженность лечению больных хроническими заболеваниями во всем мире достаточно низкая. В России она составляет в среднем лишь 28%. Остеопороз (ОП) – одна из нозологий, требующая длительного приема лекарственных препаратов, но от 50 до 75% больных прекращают их принимать в течение года после назначения терапии. Цель исследования – выявить факторы, влияющие на приверженность терапии ОП у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ).

#### Материал и методы

Проведено наблюдательное исследование 198 больных с РЗ (150 больных ревматоидным артритом и 48 – системной склеродермией) в возрасте 50 лет и старше (97% женщин, средний возраст  $61 \pm 8$  лет) с выявленным ОП. Приверженность лечению ОП оценивалась в течение 3 лет после начала терапии.

#### Результаты/обсуждение

В течение 3 лет 73 (37%) пациента получали золедроновую кислоту, 65 (33%) – алендронат, 20 (10%) – деносу-маб, 16 (8%) – ибандронат, 12 (6%) – альфакальцидол, 2 (1%) – стронция ранелат, 10 (5%) – только препараты кальция и витамина D. Приверженными терапии ОП были 137 (69%) пациентов, в том числе 59 (81%) лиц, получавших золедроновую кислоту, 18 (90%) – деносу-маб, 53 (65%) – алендронат или ибандронат, 7 (29%) – те, кто принимал пероральные препараты ежедневно. Прекратили лечение в течение 3 лет 29 (15%) человек, при этом в 1/3 случаев причиной остановки терапии ОП любым из применяемых препаратов была плохая переносимость. У пациентов с РЗ и ОП возраст, образование, семейное положение, уровень дохода, длительность ОП, продолжительность лечения ОП, наличие переломов в анамнезе или переломов бедра у родителей, количество сопутствующих заболеваний и общее количество принимаемых лекарств не влияли на приверженность лечению. Более приверженными были те больные, которые получали парентеральную терапию ОП ( $p=0,0002$ ), чаще посещали ревматолога ( $p=0,0000$ ) и проводили ежегодное денситометрическое обследование ( $p=0,0031$ ). Среди лиц с РЗ, приверженных лечению ОП, было больше тех, у которых ревматологи контролировали показатели уровня кальция, фосфора, щелочной фосфатазы и креатинина в биохимических анализах крови более одного раза в год ( $p=0,0000$ ). Льготное обеспечение лекарственными препаратами пациентов с РЗ не оказывало влияния на повышение приверженности лечению ОП ( $p>0,05$ ).

#### Выводы/заключение

Мы выявили, что приверженность лечению ОП у больных РЗ составила 69% в течение 3-летнего периода наблюдения. Это выше, чем по полученным нами ранее данным у больных первичным ОП. Повышению приверженности способствовал контроль назначенной терапии ОП со стороны ревматологов, наблюдавших данный контингент больных. Мониторинг лечения включал более частое посещение врача, ежегодное проведение денситометрии и регулярный контроль биохимических анализов крови с определением основных показателей костного обмена.

### ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ДО НАЗНАЧЕНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Панафидина Т.А., Попкова Т.В.,

Новикова Д.С., Корсакова Ю.Л.

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

#### Введение/цель

С увеличением продолжительности жизни больных СКВ главными причинами летальности стали сердечно-сосудистые заболевания. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), миокардит, эндокардит, перикардит, нарушения ритма и проводимости – основные проявления поражения сердца, встречающиеся при СКВ. Цель исследования – определить частоту клинических и субклинических проявлений поражения сердца у пациентов с СКВ до назначения патогенетической терапии.

#### Материал и методы

В исследование включено 42 пациента с СКВ (93% – женщины, медиана возраста –  $31,0 [27,0; 40,0]$  года), не получавших глюкокортикоиды и иммуносупрессанты. Это были как впервые заболевшие СКВ, так и длительно болеющие пациенты, но отменившие назначенную ранее терапию. Активность СКВ оценивали по шкале SLEDAI-2K, необратимые повреждения – по SLICC/DI. Все пациенты осмотрены кардиологом, проводилась оценка традиционных кардиоваскулярных факторов риска (ТФР), ЭхоКГ, по показаниям – суточное мониторирование электрокардиограммы и артериального давления. Концентрацию NT-proBNP определяли в сыворотке крови (Roche Diagnostics, Швейцария), нормальный диапазон уровня NT-proBNP составлял  $\leq 125$  пг/мл.

#### Результаты/обсуждение

Медиана длительности СКВ составила 18 [6; 60] мес, SLEDAI-2K – 12 [8; 19], SLICC/DI – 0 [0; 0] баллов, основные клинические проявления – гематологические нарушения (74%), поражение кожи (57%), почек (55%) и суставов (52%). Три пациента (7%) имели сопутствующий антифосфолипидный синдром. Наиболее частым проявлением поражения сердца у «нелеченых» больных СКВ была недостаточность клапанов с разной степенью регургитации: у 39 (93%) пациентов – на трикуспидальном, у 37 (88%) – на митральном, у 28 (67%) – на клапане легочной артерии и у 5 (12%) больных – на аортальном клапане. При этом эндокардит встречался редко ( $n=11$ ; 26%), чаще выявлялся пролапс створок митрального или трикуспидального клапанов – у 19 (45%) пациентов. Патология перикарда обнаружена у 18 (43%) пациентов: экссудативный – у 56%, адгезивный (утолщение, уплотнение, сепарация листков) –

у 44% пациентов. Миокардит, установленный клинически, верифицирован в 4 (10%) случаях. ИБС верифицирована у одного пациента (2%), хроническая сердечная недостаточность (СН) – у 3 (7%), нарушения ритма и проводимости сердца – у 8 (19%) и 1 (2%) пациентов, инфаркт миокарда не обнаружен. Самые частые ТФР – дислипидемия и артериальная гипертензия: 17 (40%) и 12 (29%) соответственно. Диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ (ДДЛЖ) выявлена у 11 (26%), систолическая дисфункция – у 4 (10%), гипертрофия миокарда ЛЖ – у 5 (12%) пациентов; дилатация левого предсердия – у 4 (10%), увеличение размеров правого предсердия – у 4 (10%), повышение СДЛЖ  $\geq 35$  мм рт. ст. – у 3 (7%) больных СКВ. Медиана концентрации NT-proBNP составила 150,7 [48,9; 436,8] пг/мл, повышенный уровень NT-proBNP ( $>125$  пг/мл) обнаружен у 24 (57%) больных СКВ.

#### Выводы/заключение

Самым частым поражением сердца у молодых пациентов с высокой активностью СКВ (SLEDAI-2K 12 баллов) и до назначения патогенетической терапии являются функциональные нарушения клапанов (недостаточность с регургитацией), пролапс митрального или трикуспидального клапана, перикардит, эндокардит, нарушение ритма. Обращает на себя внимание наличие ранних, субклинических проявлений СН у четверти «нелеченых» больных СКВ-ДДЛЖ. Учитывая повышенный риск развития СН у пациентов с СКВ, определяющий неблагоприятный прогноз, необходимо не только динамический контроль за показателями активности самой болезни, но и эхокардиография, наблюдение кардиолога, коррекция ТФР, раннее назначение кардиопротективной терапии.

#### ОСОБЕННОСТИ АНТИДЕСТРУКТИВНОГО ЭФФЕКТА РИТУКСИМАБА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Пиванова А.В.<sup>1</sup>, Лукина Г.В.<sup>1,2</sup>, Смирнов А.В.<sup>1</sup>, Глухова С.И.<sup>1</sup>, Насонов Е.Л.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия, <sup>2</sup>ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия; <sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

#### Введение/цель

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

#### Материал и методы

Клиническая и рентгенологическая оценка 110 пациентов с РА (средний возраст –  $51,4 \pm 13,06$  года, средняя продолжительность болезни –  $9,5 \pm 8,6$  года, средний DAS28 –  $6,2 \pm 1\%$ , РФ-позитивных – 82%, АЦЦП-позитивных – 92%), получавших терапию РТМ в виде монотерапии (1-я группа), а также в сочетании с ГК. Группы пациентов, разделенных по наличию или отсутствию сопутствующей терапии ГК, были сопоставимы по основным характеристикам, кроме активности заболевания: в группе с ГК имелась

более высокая степень активности заболевания РА по DAS28 –  $6,32 \pm 1,01$  по сравнению с группой без ГК (DAS28 –  $5,85 \pm 0,81$ ). Клинический эффект оценивался по критериям EULAR, рентгенологическое прогрессирование – по методу Шарпа в модификации ван дер Хейде.

#### Результаты/обсуждение

К 48-й неделе после лечения различными схемами терапии ремиссии достигли 13,2% пациентов, низкая степень активности отмечена у 9,2% пациентов, умеренная – у 40,7%, высокая активность сохранялась у 36,84% пациентов. При рентгенологической оценке отсутствие прогрессирования по суммарному баллу отмечено у 60,9%, по счету эрозий – у 75,6%, по счету сужения суставной щели – у 67,1% пациентов. При оценке клинического эффекта в группе получавших ГК ремиссия и низкая степень активности отмечена у 19,7% пациентов, в группе без ГК – у 21,1%. При оценке рентгенологической динамики через 48 нед в зависимости от наличия сопутствующей терапии ГК было показано, что в группе не получавших ГК торможение по суммарному баллу произошло у 54,5%, по счету эрозий – у 77,3%, по степени сужения суставной щели – у 68,2% пациентов. В группе получавших сопутствующую терапию ГК торможение по суммарному баллу отмечалось у 61,5%, по счету эрозий – у 75,0%, по степени сужения суставной щели – у 63,5% пациентов.

#### Выводы/заключение

Таким образом, существенных расхождений комбинации РТМ с ГК или без дополнительной терапии ГК относительно рентгенологического прогрессирования по суммарному баллу, счету эрозий и сужению суставной щели не получено. В литературе имеются сведения как о положительном влиянии ГК на костные эрозии, так и об отрицательной динамике по счету эрозий. Данный вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

#### ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ, ДОСТИГШИХ РЕМИССИИ ЧЕРЕЗ 1 ГОД НАБЛЮДЕНИЯ

Румянцев Д.Г., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Кричевская О.А., Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

#### Введение/цель

Согласно разработанной в 2017 г. ASAS стратегии T2T для спондилоартритов, основная цель лечения – достижение ремиссии, однако определения этому состоянию не было дано. В 2018 г. Экспертный совет по спондилоартритам (ЭкСпА) при Ассоциации ревматологов России сформулировал понятие клинико-лабораторной, МРТ- и полной ремиссии при аксиальном спондилоартрите (аксСпА). Цель исследования – проанализировать клиническую картину в начале наблюдения пациентов с ранним аксСпА, достигших ремиссии через 1 год наблюдения.

#### Материал и методы

В настоящее время в когорту КоРСАр (Когорта Раннего СпондилоАртрита) включено 175 пациентов с аксСпА с длительностью воспалительной боли в спине (критерии ASAS 2009 г.)  $<5$  лет и возрастом до 45 лет. В предварительный анализ вошли 111 пациентов, наблюдавшихся в течение 1 года. Средний возраст на момент включения соста-

вил  $28,4 \pm 5,6$  года при средней длительности болезни  $24,0 \pm 14,2$  мес. Позитивными по HLA-B27 были 90,1% пациентов. Все пациенты наблюдались у врача-ревматолога, лекарственная терапия своевременно корректировалась согласно клиническим рекомендациям. Достижением ремиссии считалось сочетание клинико-лабораторной и MPT-ремиссии (BASDAI  $\leq 1$ , ASDAS-СРБ  $\leq 1,3$ , ЧПС=0, MASES=0, нормальные уровни СОЭ, СРБ, отсутствие активных внеаксиальных и внесуставных проявлений, отсутствие коксита по данным УЗИ и клинически, LEEDS=0), сохраняющееся в течение как минимум 6 мес.

#### Результаты/обсуждение

Спустя 1 год наблюдения 17 (15,3%) пациентов с ранним аксСпА имели полную ремиссию. У всех пациентов была лекарственная ремиссия. Возраст пациентов в полной ремиссии составил  $26,7 \pm 3,5$  года, длительность заболевания на момент включения –  $20,2 \pm 14,7$  мес, мужчин было 7 (41,1%). Исходно у данных больных: периферические артриты (ЧПС  $\geq 1$ ) имели 6 (35,2%) пациентов, энтезиты (MASES  $\geq 1$ ) – 7 (41,1%), СОЭ (Ме) составила 7,0 [6,0; 24,0], СРБ (Ме) – 4,8 [2,8; 34,4], BASDAI (M $\pm\sigma$ ) –  $3,7 \pm 1,5$ , ASDAS-СРБ (M $\pm\sigma$ ) –  $2,3 \pm 1,0$ , а также у 10 (58,9%) пациентов отмечался активный сакроилиит по данным MPT крестцово-подвздошных суставов (LEEDS  $\geq 1$ ). Через год наблюдения все пациенты в полной ремиссии принимали НПВП, индекс приема НПВП (M $\pm\sigma$ ) составил  $59,1 \pm 40,0$ ; из базисных противовоспалительных препаратов сульфасалазин принимали 6 (35,2%) и метотрексат – 1 (5,8%) больной, генно-инженерные биологические препараты – 3 (17,6%) пациента. Среди больных аксСпА в полной ремиссии исходно было 5 (29,4%) пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС) и 12 (70,6%) с нерентгенологическим аксСпА (нр-аксСпА); среди больных, не достигших ремиссии, исходно было 55 (58,5%) пациентов с АС и 39 (41,5%) – с нр-аксСпА.

#### Выводы/заключение

Пациенты с нр-аксСпА достигают ремиссии быстрее, чем с АС. Регулярный контроль за пациентами с ранним аксСпА со своевременной коррекцией терапии позволяет сохранить низкую активность болезни и достичь ремиссии.

### ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА МЕТОДОМ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

Сафонова Ю.А.<sup>1,2</sup>, Финоженок В.Г.<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

В России среди лиц в возрасте 50 лет и старше остеопороз (ОП) выявляется у 34% женщин и 27% мужчин. Социальная значимость ОП определяется его последствиями в виде переломов тел позвонков и костей периферического скелета. Распространенность остеопоротических переломов позвонков составляет около 10–12%. Частота встречаемости остеопоротических переломов пропорциональна возрасту пациентов. Низкоэнергетические переломы у людей пожилого возраста повышают риск инвалидизации и смер-

ности. Полиморбидность людей старших возрастных групп приводит к ограничению терапевтических возможностей в лечении болевого синдрома. Это приводит к поиску новых нефармакологических вмешательств для уменьшения интенсивности болевого синдрома. Кинезиотейпирование – метод использования специальных клейких лент (кинезотейпов) для фиксации суставов, мышц, сухожилий и восстановления нарушенной функции посредством правильной, с учетом анатомических зон, аппликации тейпа на кожу. Цель исследования – провести анализ эффективности использования метода кинезиотейпирования у пациентов с болевым синдромом на фоне компрессионных переломов тел позвонков.

#### Материал и методы

В исследование включено 15 женщин, средний возраст  $71 \pm 9$  лет, с диагностированным остеопорозом, осложненным компрессионными переломами тел позвонков и выраженным болевым синдромом. В связи с низкой эффективностью фармакологических методов лечения пациентам было предложено кинезиотейпирование. В исследование не включались пациенты с открытыми ранами, экземой, ксеродермой в области предполагаемого наложения кинезиотейпа, наличием аллергической реакции на акрил. Использовалась лимфатическая техника с применением двух кинезиотейпов, фиксацией якорей рядом с подмышечной областью и веерообразным размещением полосок кинезиотейпа с их пересечением в зонах максимальной болезненности. Длительность аппликации кинезиотейпа – от 3 до 5 дней. В начале и в конце терапии всем пациентам проводилась оценка интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и качества жизни по опроснику EQ-5D.

#### Результаты/обсуждение

Интенсивную боль ( $>40$  мм ВАШ) до начала терапии (средний уровень боли по ВАШ  $53 \pm 28$  мм) испытывали 73,3% (95% ДИ 44,9–92,2%) пациентов. Посредственное и плохое качество жизни по опроснику EQ-5D имели 86,7% пациентов, пришедших на лечение, из них 93,3% обследованных испытывали трудности при передвижении, боль ощущали все пациенты, состояние тревоги выявлено у 66,6% пациентов. После применения кинезиотейпирования интенсивный болевой синдром по ВАШ выявлен у 13,3% (95% ДИ 1,7–40,5;  $p < 0,001$ ), средний уровень боли по ВАШ  $31,4 \pm 23,7$  мм, посредственное и плохое качество жизни наблюдалось только у 6,7% обследованных. Статистически значимо увеличилась доля пациентов, способных к самообслуживанию, снизилось количество пациентов, испытывающих тревогу. Переносимость процедуры кинезиотейпирования была хорошей. Нежелательные явления в виде кожного зуда отмечены у 20% пациентов, что потребовало снятия аппликации на 3-й день применения.

#### Выводы/заключение

Метод кинезиотейпирования показал хорошую эффективность и переносимость при лечении болевого синдрома на фоне компрессионных переломов тел позвонков в виде уменьшения интенсивности боли по ВАШ и улучшению качества жизни, оцененного по опроснику EQ-5D.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ  
ДИГИТАЛЬНЫХ ЯЗВ У ПАЦИЕНТОВ  
С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

Старовойтова М.Н., Десинова О.В., Конева О.А.,  
Овсянникова О.Б., Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П.  
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт  
ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

**Введение/цель**

Простаноиды являются активными средствами для лечения сосудистых нарушений у больных системной склеродермией (ССД). Однако эффективность альпростатида, особенно в сопоставлении с иломедином, изучена недостаточно. Цель исследования – оценить эффективность альпростатида (вазапростана) и илопроста (иломедина) при лечении дигитальных язв (ДЯ) при ССД при помощи современных опросников и форм.

**Материал и методы**

В данном исследовании участвовали пациенты с ССД, преимущественно женщины, имеющие язвы на пальцах кистей. Включено 42 больных, из них 22 – в 1-й группе, 20 – во 2-й; средний возраст 46,7±9,9 и 41,9±12,9 года, длительность заболевания 12,9 и 10,8 года, с числом язв исходно 3,3±2,2 и 1,7±1,03 соответственно. Продолжительность исследования составила 1 год. Проводилось стандартное обследование, заполнение анкет для оценки эффективности лечения, шкал и опросников для оценки состояния ДЯ. Аналогичное обследование проводилось через 12 мес после терапии. Пациенты были разделены на две группы. В одной группе терапия проводилась альпростатидом (вазапростаном), группа 1; в другой – илопростом (иломединам), группа 2. В качестве инструментов оценки терапии ДЯ использовались следующие опросники/формы: 1) визуальная аналоговая шкала (ВАШ) боли, 2) SSсНАQ, 3) индекс функции кисти Кошена (Cochin), 4) боль в руках в целом (в баллах), 5) оценка язв пациентом, 6) оценка язв врачом.

**Результаты/обсуждение**

Полученные результаты показали, что в обеих группах были отмечены положительные сдвиги в отношении влияния препаратов на ишемические нарушения. При сравнении данных параметров между группами пациентов, принимавших вазапостан и иломедин, было выявлено достоверное уменьшение болевого синдрома в группе пациентов, пролеченных вазапостаном (см. таблицу).

*Сравнительная характеристика  
основных показателей опросников  
и шкал в группах пациентов,  
принимающих вазапостан  
и иломедин (в конце исследования)*

Показатель	Иломедин	Вазапостан	p
НАQ-ССД	1,49	1,18	нд
НАQ	1,22	1,18	нд
Индекс Кошена	16,38	22	нд
ВАШ	46,61	27,12	<0,0041
Глобальная оценка врачом	3,8	3,5	нд
Глобальная оценка пациентом	4,61	3,75	нд
Число язв	3,07	1,16	нд

*Примечание.* нд – недостоверно.

**Выводы/заклучение**

Следует отметить, что практически все методы оценки отражали положительные изменения состояния язв в различной степени, хотя достоверного уменьшения числа язв через год не отмечалось. Наиболее динамичным оказался метод оценки болевого синдрома с использованием ВАШ. Несмотря на выраженные сосудистые нарушения, наличие ДЯ, индекс Кошена, отражающий функциональную способность кисти, не превышал средних значений и по завершении терапии существенно не изменился.

**ВЛИЯНИЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ  
НА ИММУНОГЕННОСТЬ 23-ВАЛЕНТНОЙ  
ПОЛИСАХАРИДНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ  
ВАКЦИНЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ  
КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ**

Тарасова Г.М., Белов Б.С., Буханова Д.В.,  
Черкасова М.В., Соловьев С.К., Асеева Е.А.,  
Решетняк Т.М., Попкова Т.В.

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

**Введение/цель**

Иммунизация пневмококковой вакциной у больных системной красной волчанкой (СКВ) является важнейшим фактором профилактики тяжелых респираторных инфекций. Вакцинация призвана обеспечить непрерывность иммуносупрессивной терапии, уменьшить риск тяжелых осложнений, в том числе на фоне применения анти-В-клеточных препаратов. Цель исследования – изучение иммуногенности 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины (ППВ-23) у больных СКВ в зависимости от проводимой иммуносупрессивной терапии.

**Материал и методы**

В исследование включено 34 пациента с достоверным диагнозом СКВ, из них женщин – 30, мужчин – 4, в возрасте от 19 до 68 лет. Длительность заболевания составила от 9 мес до 20 лет. На момент вакцинации у 3 пациентов регистрировалась высокая, у 4 – средняя, у 22 – низкая активность заболевания, у 5 – ремиссия. Проводимая терапия: 33 пациента получали глюкокортикоиды (ГК) 5–30 мг/сут в пересчете на преднизолон, 27 – гидроксихлорохин, 17 – цитостатики (7 – микофенолата мофетил, 6 – метотрексат, 1 – микофеноловую кислоту, 3 – азатиоприн, 2 – циклофосфамид), 13 – генно-инженерные биологические препараты (ГИБП): 7 – ритуксимаб (РТМ), 6 – белимумаб (БЛМ). РТМ вводили в дозах 500–1000 мг на курс 1 раз в 6–12 мес, БЛМ – от 400 до 720 мг 1 раз в 1 мес. ППВ-23 в количестве 0,5 мл (1 доза) вводили подкожно. Во время визитов проводили стандартные клинические и лабораторные исследования, а также определяли уровень антител (АТ) к *S. pneumoniae* в сыворотке крови (наборы VaccZyme™ PCP Ig 2; The Binding Site Ltd, Великобритания).

**Результаты/обсуждение**

Через год после вакцинации у 22 (64,7%) пациентов («ответившие») сохранялось более чем двукратное повышение концентрации пневмококковых АТ; 12 (35,3%) больных расценены как «не ответившие на терапию», у них нарастающие титры АТ отсутствовали или не превышали двукратное первоначальное значение. В группе, получавшей ГК в дозе ≥10 мг/сут (21 пациент), доля «не ответивших» значимо не

отличалась от таковой среди 13 пациентов, у которых суточная доза ГК составляла <10 мг (43 и 23% соответственно;  $p=0,2$ ). Значительное снижение вакцинального ответа отмечено у пациентов, получающих ГИБП ( $n=13$ ), среди которых доля «не ответивших» составила 61,5%; в группе пациентов без ГИБП ( $n=21$ ) частота отсутствия ответа / недостаточного ответа на вакцину равнялась 19% ( $p=0,03$ ). Значимых различий в выраженности вакцинального ответа при лечении РТМ и БЛМ не выявлено: доля «не ответивших» в этих группах составила 71,4 и 50% соответственно ( $p=0,8$ ). Отмечено, что добавление цитостатиков в схему терапии не оказывало дополнительного негативного влияния в отношении вакцинального ответа.

**Выводы/заключение**

Показана достаточная иммуногенность ППВ-23 у больных СКВ, получающих иммуносупрессивную терапию. Применение ГК в дозах, превышающих 10 мг/сут, значимо не снижало выраженность вакцинального ответа. Применение анти-В-клеточных препаратов приводило к значительному снижению вакцинального ответа в 61,5% случаев.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ  
НОВОЙ СХЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА  
АЛФЛУТОП У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ**

Таскина Е.А.<sup>1</sup>, Алексеева Л.И.<sup>1</sup>, Кашеварова Н.Г.<sup>1</sup>,  
Шарапова Е.П.<sup>1</sup>, Стребкова Е.А.<sup>1</sup>, Аникин С.Г.<sup>1</sup>,  
Мазуров В.И.<sup>3</sup>, Шостак Н.А.<sup>4</sup>, Клименко О.А.<sup>4</sup>,  
Кондрашов А.А.<sup>4</sup>, Правдюк Н.Г.<sup>4</sup>, Андрияшкина Д.Ю.<sup>4</sup>,  
Шмидт Е.И.<sup>5</sup>, Илвианова Е.П.<sup>6</sup>, Лиля А.М.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; <sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия; <sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия; <sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия; <sup>5</sup>ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия; <sup>6</sup>ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург, Россия

**Введение/цель**

Одним из способов повышения приверженности пациентов терапии остеоартрита (ОА) может быть использование более удобных схем применения препаратов. Цель исследования – оценить эффективность и безопасность Алфлутопа в альтернирующ-

шем режиме по сравнению со стандартным его введением у пациентов с ОА коленных суставов (ОАКС).

**Материал и методы**

В исследование включено 130 пациентов с первичным тифофеморальным ОАКС 2–3-й степени по Келлгрэну–Лоуренсу, с интенсивностью боли при ходьбе  $\geq 40$  мм по визуальной аналоговой шкале, потребностью в приеме НПВП ( $\geq 30$  дней за предшествующие 3 мес). Пациенты были распределены в две группы: в первой ( $n=65$ ) Алфлутоп назначался по 2 мл внутримышечно (в/м) через день (всего 10 инъекций), во второй ( $n=65$ ) – по 1,0 мл в/м ежедневно в течение 20 дней. Длительность исследования составила 3 мес, число визитов – 5: В1 – визит скрининга, В2 – рандомизация (начало терапии), В3 – через день после последнего введения препарата, В4 – через 2 мес от начала терапии, В5 – через 3 мес (телефонный звонок). Эффективность и безопасность терапии оценивались по общепринятым критериям. Статистический анализ производился с помощью программного пакета R (The R Project for Statistical Computing; <http://www.r-project.org>).

**Результаты/обсуждение**

У больных обеих групп уже к 20–21-му дню лечения зафиксировано статистически значимое ( $p<0,001$ ) уменьшение боли в КС при ходьбе и всех показателей WOMAC (боли, скованности, функциональной недостаточности; см. таблицу). Дальнейшее уменьшение указанных показателей наблюдалось более 1 мес после завершения терапии, что свидетельствует о хорошем последствии препарата. В течение всего периода исследования отмечалось статистически значимое улучшение качества жизни по EQ-5D ( $p<0,001$ ).

Оценка эффективности терапии

Параметры	Алфлутоп® 2 мл в/м через день (n=65)	Алфлутоп® 1 мл в/м ежедневно (n=65)	p
Боль по ВАШ (В1), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	64; 65,5 $\pm$ 14,2	64; 66,5 $\pm$ 13,3	> 0,05
Боль по ВАШ (В2), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	63; 65,7 $\pm$ 12,1	64; 64,5 $\pm$ 14,9	> 0,05
Боль по ВАШ (В3), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	37; 37,6 $\pm$ 21,1*	33; 34,2 $\pm$ 21,0*	> 0,05
Боль по ВАШ (В4), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	28; 29,2 $\pm$ 18,9*	26; 28,9 $\pm$ 21,2*	> 0,05
Боль по WOMAC (В2), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	45; 48,8 $\pm$ 20,1	52,8; 49,7 $\pm$ 20,1	> 0,05
Боль по WOMAC (В3), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	24,6; 28,2 $\pm$ 20,5	24; 25 $\pm$ 16,2	> 0,05
Боль по WOMAC (В4), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	20,2; 22,3 $\pm$ 17,9	18; 21,2 $\pm$ 17,1	> 0,05
Скованность по WOMAC (В2), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	45; 48,8 $\pm$ 20,1	52,8; 49,7 $\pm$ 20,1	> 0,05
Скованность по WOMAC (В3), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	24,6; 28,2 $\pm$ 20,5*	24; 25 $\pm$ 16,2*	> 0,05
Скованность по WOMAC (В4), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	20,2; 22,3 $\pm$ 17,9*	18; 21,2 $\pm$ 17,1*	> 0,05
ФН по WOMAC (В2), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	46,3; 46,6 $\pm$ 18,8	41,6; 43,5 $\pm$ 15,2	> 0,05
ФН по WOMAC (В3), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	23,9; 28,7 $\pm$ 21,4*	27,1; 26,2 $\pm$ 15,8*	> 0,05
ФН по WOMAC (В4), мм, Ме, среднее $\pm$ СО	16,2; 21,7 $\pm$ 18,6*	20,4; 21,7 $\pm$ 16,7*	> 0,05
EQ-5D (В2), балл, Ме, среднее $\pm$ СО	0,6; 0,5 $\pm$ 0,2	0,6; 0,5 $\pm$ 0,3	> 0,05
EQ-5D (В3), балл, Ме, среднее $\pm$ СО	0,7; 0,7 $\pm$ 0,2*	0,7; 0,6 $\pm$ 0,2*	> 0,05
EQ-5D (В4), балл, Ме, среднее $\pm$ СО	0,7; 0,7 $\pm$ 0,2*	0,7; 0,7 $\pm$ 0,2*	> 0,05

Примечание. \* –  $p<0,001$  по сравнению с В2.

С полученными данными согласовывалась и оценка по критерию OMERACT-OARSI. К моменту завершения лечения на терапию ответили 84,6% пациентов 1-й и 81,5% больных 2-й группы. Во 2-й группе было зарегистрировано 10 (7,7%) нежелательных явлений (НЯ), в 1-й – 19 (18,5%) НЯ, не связанных с приемом препарата. При изучении динамики лабораторных показателей анализов крови и мочи, данных электрокардиографии существенных изменений не отмечено.

#### Выводы/заключение

В исследовании подтверждена сопоставимая высокая эффективность и безопасность Алфлутопа как при стандартном, так и при альтернирующем режиме терапии. На фоне лечения отмечено значимое уменьшение выраженности боли, улучшение функции КС и качества жизни. Показана возможность назначения препарата не только ежедневно №20 по 1 мл, но и через день №10 по 2 мл.

### ЦЕНТРАЛЬНАЯ СЕНСИТИЗАЦИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ, ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

Филатова Е.С.<sup>1</sup>, Лила А.М.<sup>1,2</sup>, Эрдес Ш.Ф.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

#### Введение/цель

Цель исследования – установить роль центральной сенситизации (ЦС) в патогенезе хронической боли у пациентов с ревматоидным артритом (РА), остеоартритом коленных суставов (ОАКС) и анкилозирующим спондилитом (АС).

#### Материал и методы

В исследовании приняли участие 208 пациентов с достоверным РА, 160 пациенток с ОАКС и 150 пациентов с АС. Всем пациентам было проведено ревматологическое и неврологическое обследование для определения состояния соматосенсорной системы; диагностика дескрипторов боли, характерных для ЦС, осуществлялась с помощью опросника DN4. Проведен корреляционный анализ интенсивности боли с выраженностью DN4, функциональными нарушениями (WOMAC, BASFI), аффективными расстройствами (опросник HADS), выраженностью воспаления (DAS28, BASDAI), качеством жизни (EQ-5D).

#### Результаты/обсуждение

Признаки ЦС по опроснику DN4 выявлялись у 43% пациентов с РА, у 37% с ОАКС и 13% с АС. Признаки ЦС при РА достоверно чаще определялись у пациентов более старшего возраста (50,91±9,93 против 44,52±12,52 года;  $p=0,001$ ), длительно болеющих (10,69±8,67 против 7,85±6,82 года;  $p=0,001$ ), имеющих в основном позднюю клиническую стадию, III–IV рентгенологическую стадию, более высокий уровень тревоги (8,56±3,96 против 5,54±3,72 балла;  $p=0,01$ ) и депрессии (7,43±3,06 против 5,32±3,12 балла;  $p=0,01$ ). Однако активность заболевания по DAS28 (4,89±1,21 против 4,51±1,48;  $p=0,07$ ) и уровень СОЭ (22,17±13,68 против 21,72±14,37 мм/ч;  $p=0,82$ ) не влияли на выраженность ЦС. Скрининг пациенток с ОАКС по опроснику DN4 показал, что у 37% выявляются признаки ЦС. У пациенток с признаками ЦС отмечена достоверно более

выраженная боль по ВАШ (6,11±1,85 против 4,73±1,89 балла;  $p=0,001$ ), хуже функциональное состояние по индексу WOMAC (1268,63±379,65 против 976,84±428,11 балла;  $p=0,001$ ), качество жизни по шкале EQ-5D (0,30±0,29 против 0,47±0,24 балла;  $p=0,001$ ), высокий уровень тревоги (9,75±3,47 против 8,48±3,87 балла;  $p=0,04$ ) по шкале HADS. Однако не было выявлено связи ЦС с возрастом пациенток (59,01±4,71 против 59,48±5,59 года;  $p=0,57$ ), длительностью болезни (10,37±5,72 против 9,42±7,37 года;  $p=0,38$ ) и индексом массы тела (33,54±5,92 против 33,67±6,69;  $p=0,9$ ).

В группе с АС признаки ЦС были выявлены у 13% пациентов. Их наличие не зависело от возраста, длительности заболевания. В группе с наличием ЦС отмечались более высокие показатели активности заболевания по индексу BASDAI (6,74±1,61 против 4,67±2,17 балла;  $p=0,002$ ). Пациенты с признаками ЦС имели более выраженную боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ; 6,01±1,91 против 4,39±2,05 балла;  $p=0,001$ ), худшее функциональное состояние по индексу BASFI (5,84±2,27 против 3,83±2,78 балла;  $p=0,02$ ), более высокий уровень тревоги (10,69±1,97 против 5,94±3,53 балла;  $p=0,001$ ) и депрессии (7,54±4,12 против 4,31±2,28 балла;  $p=0,001$ ). Корреляционное исследование во всех трех исследуемых группах показало прямую корреляционную зависимость интенсивности боли по ВАШ как с признаками воспаления, так и с опросником DN4 (в нашем исследовании отражающим ЦС), функциональным состоянием пациента, уровнем эмоционально-аффективных нарушений.

#### Выводы/заключение

Хроническая боль при РА, ОАКС и АС у ряда пациентов имеет смешанный характер с участием как воспалительных механизмов, так и ЦС. Пациентов необходимо скринировать на наличие признаков ЦС для лучшего контроля боли и подбора комплексной терапии.

### ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Филатова Е.С., Эрдес Ш.Ф.

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

#### Введение/цель

Описывая свои болевые ощущения, пациенты с анкилозирующим спондилитом (АС) нередко используют в своих жалобах различные качественные характеристики боли: онемение, жжение, покалывание, усиление боли при воздействии неболевого стимула. Данные характеристики являются нейропатическими дескрипторами боли, возникающей в результате хронического воспаления, которое приводит к изменениям в центральной нервной системе. Цель исследования – выявление дисфункционального компонента боли (ДКБ) у пациентов с АС.

#### Материал и методы

Было исследовано 150 пациентов АС (127 мужчин и 23 женщины, средний возраст – 35,52±10,55 года, средняя длительность заболевания – 7,19±6,31 года). Все больные были обследованы по единому дизайну: клинико-ревматологическое обследование (индексы BASDAI, BASFI), оценка интенсивности боли в спине по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), клинико-неврологический осмотр с приме-

нением опросника нейропатической боли Pain DETECT, а также оценка эмоционально-аффективных нарушений (опросник HADS).

#### Результаты/обсуждение

Двенадцать и более баллов по опроснику Pain DETECT набрали 30 (20%) пациентов, однако поражения соматосенсорной нервной системы у данных пациентов обнаружено не было. Сравнение пациентов с наличием ДКБ (группа I; n=30) и с отсутствием ДКБ (группа II; n=150) показало: в группе I отмечалась статистически достоверно более выраженная интенсивность боли по ВАШ ( $5,78 \pm 2,04$  против  $4,40 \pm 2,06$ ;  $p=0,02$  соответственно); активнее заболевание по индексу BASDAI ( $6,38 \pm 2,16$  против  $4,71 \pm 2,15$ ;  $p=0,01$  соответственно); выраженные функциональные нарушения по индексу BASFI ( $5,71 \pm 2,56$  против  $3,82 \pm 2,75$ ;  $p=0,02$ ); показатели опросника HADS в группе I соответствовали наличию клинически значимой депрессии и отсутствию ее в группе II ( $7,42 \pm 3,93$  против  $4,29 \pm 2,57$ ;  $p=0,001$ ). Однако по длительности заболевания достоверных различий в группах обнаружено не было ( $9,92 \pm 7,89$  против  $7,52 \pm 6,37$ ;  $p=0,2$ ).

#### Выводы/заключение

Таким образом, наряду с ноцицептивным компонентом боли у 20% больных АС выявляется ДКБ, что может служить обоснованием для проведения комплексной терапии, включая препараты из группы антидепрессантов (ТЦА, СИОЗС).

### УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И СИАЛОГРАФИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ШЁГРЕНА: ЗА И ПРОТИВ

Хван Ю.И.<sup>1</sup>, Васильев В.И.<sup>2</sup>, Родионова Е.Б.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия, <sup>2</sup>«МЕДСИ», Москва, Россия; <sup>3</sup>Лечебный центр

#### Введение/цель

В мировом научном сообществе давно идет дискуссия о поиске диагностического теста, который позволял бы изучить структуру слюнных желез, придя на смену сиалографии и биопсии малой слюнной железы (МСЖ). В международных критериях болезни Шёгрена (БШ) Американской коллегии ревматологов (ACR) 2012 г. из стоматологических обследований учитывается только биопсия МСЖ, а в критериях ACR и Европейской антиревматической лиги (ACR/EULAR) 2016 г., кроме биопсии МСЖ, — еще и нестимулированная сиалометрия. Целью явилось сравнение диагностической значимости ультразвукового исследования (УЗИ) слюнных желез и сиалографии.

#### Материал и методы

Было включено 99 пациентов, наблюдающихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой с 2013 г. с достоверной БШ, средний возраст которых составил 60,2 года (минимум — 28 лет, максимум — 80 лет), соответствующих российским критериям БШ. Всем проведено классическое обследование (стоматологическое, офтальмологическое, иммунологическое), а также УЗИ слюнных желез и инцизионная чрескожная биопсия околушных слюнных желез при увеличенных околушных слюнных железах и подозрении на MALT-лимфому.

#### Результаты/обсуждение

У всех 99 пациентов, из которых 10 имели гистологически и иммуногистохимически верифицированную MALT-

лимфому, по результатам УЗИ слюнных желез определялась неоднородная структура в виде наличия гипоехогенных образований разного количества — от единичных до множественных, что расценивается как паренхиматозный паротит. Всего лишь у трех пациентов из всей группы не было признаков паренхиматозного паротита на сиалограмме, однако на УЗИ слюнных желез выявлялось небольшое количество гипоехогенных образований. Жалобы на сухость во рту предъявляли 79 (80%) пациентов, а объективная ксеростомия (<2,5 мл) по данным стимулированной сиалометрии определялась лишь у 55 (56%). По биопсии МСЖ меньше одного фокуса инфильтрации определялось у 20% пациентов.

#### Выводы/заключение

УЗИ слюнных желез может заменить сиалографию при достаточных квалификации и опыте специалиста, учитывая доступность и малую инвазивность метода, а также снижение чувствительности сиалографии из-за применения водорастворимых контрастных веществ и, в некоторых случаях, невозможности ввести контраст в проток слюнной железы. Но в настоящее время нет точного индекса оценки слюнных желез на УЗИ для дифференцировки поражения их при БШ, лимфопролиферативных осложнениях и др.

### ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Хужаев Р.Б., Ахмедова Н.А., Алиева К.К.

Клиника Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Узбекистан

#### Введение/цель

Цель исследования — выявить частоту встречаемости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных псориатическим артритом (ПсА) и анкилозирующим спондилитом (АС).

#### Материал и методы

Обследованы 46 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении №1 клиники Ташкентской медицинской академии, из них с ПсА — 22 больных и с АС — 24 пациента. Контрольную группу составили 16 здоровых лиц (средний возраст —  $42,9 \pm 9,3$  года), проживающих в г. Ташкенте. Для постановки диагноза АС применялись модифицированные Нью-Йоркские критерии АС. Для постановки диагноза ПсА была использована классификация, предложенная В.В. Бадочкиным (2004). Всем больным проводили общеклиническое обследование и оценивали традиционные факторы риска ССЗ: статус курения, наличие избыточной массы тела и абдоминального ожирения, гиперхолестеринемия, а также уровень СРБ.

#### Результаты/обсуждение

Повышение индекса массы тела  $>25 \text{ кг/м}^2$  при ПсА ( $p=0,001$ ) и АС встречалось достоверно чаще, чем в контроле ( $p=0,002$ ). При ПсА пациентов с повышенной массой тела и абдоминальным ожирением было достоверно больше, чем при АС ( $p=0,034$  и  $p=0,047$  соответственно). Гиперхолестеринемия  $>5,0 \text{ ммоль/л}$  у больных ПсА и АС регистрировалась достоверно чаще, чем в контрольной группе ( $p<0,05$ ). Достоверных различий уровня гиперхолестеринемии между группами больных ПсА и АС не вы-

явлено. Содержание общего холестерина у больных ПсА и АС было достоверно выше, чем в контрольной группе ( $p=0,039$ ). Повышение уровня СРБ  $>10$  мг/л было зарегистрировано только у больных с ПсА и АС. Средний уровень СРБ у пациентов с ПсА был достоверно выше ( $p=0,037$ ), чем в контроле. Фактор курения в лиц контрольной группы встречался с такой же частотой, как и у больных ПсА. При АС курение встречалось достоверно чаще, чем в контроле ( $p=0,034$ ), что можно объяснить преобладанием больных мужского пола среди пациентов, страдающих АС. Возможно, по этой же причине курение у больных АС встречалось чаще, чем среди пациентов с ПсА, большую часть которых составляли женщины. Длительность курения при ПсА не отличалась от показателей контрольной группы, тогда как при АС она была достоверно выше ( $p=0,005$ ).

#### Выводы/заклучение

У больных с иммуновоспалительными заболеваниями суставов и позвоночника достоверно чаще выявляются гиперхолестеринемия, повышение массы тела. Среди традиционных факторов риска ССЗ факт курения при АС отмечался чаще, чем при ПсА. По частоте встречаемости гиперхолестеринемии и абдоминального ожирения различий между больными ПсА и АС не выявлено.

### ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ И ТЯЖЕСТЬ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ

Цвингер С.М., Портянкина О.О.

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита, Россия*

#### Введение/цель

В настоящее время в научной медицинской литературе широко обсуждается вопрос частого сочетания остеоартрита (ОА) и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Ведущее место в патогенезе развития ССЗ принадлежит дисфункции эндотелия. Прямых клеточных маркером повреждения и ремоделирования эндотелия могут выступать циркулирующие эндотелиальные клетки (ЦЭК) периферической крови. В связи с этим представляет определенный интерес оценка выраженности повреждения эндотелия у больных первичным ОА в зависимости от тяжести течения заболевания.

#### Материал и методы

Обследовано 97 больных первичным генерализованным ОА с преимущественным поражением коленных суставов, из них 52 (54,6%) – женщины и 45 (45,4%) – мужчины. Средний возраст обследуемых составил  $41 \pm 3$  года. В исследование не включались лица с клиническими проявлениями атеросклероза, ожирением, сахарным диабетом, артериальной гипертензией. Пациенты были поделены на группы в зависимости от значений суммарного индекса Лекена и уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови. Определение количества ЦЭК в периферической крови осуществляли на проточном цитофлуориметре. Статистическую обработку данных проводили с помощью программного пакета Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). При сравнении групп по основным показателям применяли U-тест Манна–Уитни. Корреляция количественных признаков определялась с использованием коэффициента Спирмена. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

#### Результаты/обсуждение

В общей группе пациентов содержание в периферической крови ЦЭК составило 7,6 [6,1; 9,0]. Значительно большее количество ЦЭК определялось у больных с высокими значениями индекса Лекена (8–10 баллов) – 8,9 [7; 9] против 7,3 [5,2; 8,1] у респондентов, набравших 5–7 баллов. При этом возрастания количества ЦЭК по мере дальнейшего увеличения индекса Лекена ( $\geq 11$  баллов) не отмечалось. Следует отметить интенсивное увеличение количества ЦЭК по мере сокращения дистанции ходьбы без боли ( $r=0,9$ ). Число ЦЭК в группе пациентов с уровнем СРБ  $<5$  мг/л составило 3,6 [1,1; 4,7], тогда как при СРБ  $>5$  мг/л – 9,6 [8,1; 10,2]. Установлена прямая сильная связь уровня СРБ и ЦЭК ( $r=0,8$ ).

#### Выводы/заклучение

Таким образом, тяжесть течения ОА непосредственным образом отражается на состоянии эндотелия. Наиболее значительное увеличение числа ЦЭК зафиксировано при сокращении дистанции ходьбы без боли, что, вероятно, обусловлено гиподинамией у данной группы пациентов. Выявлен динамический рост содержания ЦЭК при увеличении активности воспалительного процесса. При отсутствии комплексной терапии ОА, сохранении болевого и воспалительного компонентов заболевания создаются условия для раннего развития эндотелиоза и, как следствие, ССЗ.

### НЕДОСТАТОЧНАЯ ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ АКСИАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Чамурлиева М.Н., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В.

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

#### Введение/цель

Псориатический артрит (ПсА) – гетерогенное заболевание, проявлениями которого служат периферический артрит, дактилит, спондилит и энтезит. Часто ПсА не диагностируется дерматовенерологами из-за трудности выявления разнообразных клинических признаков. Ранняя диагностика ПсА и правильная оценка всех симптомов заболевания необходима для своевременного выбора оптимальной терапии. Цель исследования – оценить выявляемость клинических проявлений ПсА у больных псориазом в дерматологической практике.

#### Материал и методы

Включено 103 пациента (47 мужчин и 56 женщин) с псориазом, средний возраст –  $44 \pm 13,69$  года, средняя длительность псориаза –  $10,7 \pm 10,2$  года, среднее значение распространенности и тяжести BSA и PASI –  $9,32 \pm 13,55\%$  и  $15,39 \pm 12,51$  балла соответственно. Все пациенты заполняли скринирующий опросник mPEST и были осмотрены сначала дерматовенерологом, а затем ревматологом для выявления основных признаков ПсА. Диагноз ПсА устанавливали на основании критериев CASPAR. Артрит, дактилит, энтезит, воспалительную боль в спине (ВБС) оценивали по ревматологическим стандартам (ВБС – по критериям ASAS, энтезиты – по индексу LEI). Рассчитывали  $M \pm m$ , %. Сравнительный анализ клинических признаков ПсА выполняли на основании t-критерия. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты/обсуждение**

Из 103 пациентов с псориазом у 61 (59,2%) был выявлен ПсА на основании критериев CASPAR и консультации ревматолога. Дерматовенеролог диагностировал артрит в значительно меньшем числе случаев по сравнению с ревматологом: соответственно у 15 (24,6%) и у 35 (57,4%) пациентов из 61 ( $p < 0,001$ ). В клинической оценке дактилита дерматовенерологом и ревматологом значимых различий не выявлено – у 37 (60,7%) и у 40 (65,6%) пациентов соответственно ( $p = 0,32$ ). Дерматовенеролог на основании жалоб пациента и по данным mPEST зафиксировал боль в пятках у 32 (52,5%) больных. Энтезиты локтевых, коленных суставов и пяточной кости выявлены ревматологом у 11 (18%), у 8 (13,1%) и у 25 (41%) больных соответственно. Дерматовенеролог на основании жалоб и опросника mPEST выявил боль в спине у 30 (49,2%) пациентов. ВБС была диагностирована ревматологом у 21 из этих 30 больных (70%), а механическая боль в спине – у 9 из 30 (30%), т. е. среди всех больных ПсА ВБС отмечена в 34,4% случаев. Тендинит не был диагностирован дерматовенерологом, ревматолог диагностировал тендинит кисти у 13 (21,3%) из 61 пациента с ПсА.

**Выводы/заключение**

Поражение позвоночника и энтезисов у больных псориазом часто недооценивается дерматовенерологом. Внедрение критериев ASAS для ВБС и методов оценки энтезитов в дерматологическую практику могло бы улучшить раннюю диагностику аксиального поражения при ПсА у больных псориазом.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ – ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ СПОРТА**

Чикина М.Н.<sup>1</sup>, Елисеев М.С.<sup>1</sup>, Желябина О.В.<sup>1</sup>, Глухова С.И.<sup>1</sup>, Круглова И.В.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства», Москва, Россия

**Введение/цель**

Распространенность гиперурикемии (ГУ) в мире непрерывно нарастает в последние десятилетия и увеличивается с возрастом. Исследований, посвященных распространенности ГУ и ее роли в развитии заболеваний в отдельных социальных группах, мало. Имеются данные о высокой частоте ГУ у профессиональных спортсменов. Цель исследования – оценка влияния отдельных факторов на риск развития ГУ у профессиональных спортсменов – представителей отдельных видов спорта.

**Материал и методы**

Исследование было проведено как ретроспективное. Из 753 спортсменов, представляющих 6 видов спорта, были отобраны 267 человек, соответствующих критериям исследования. Критерии включения: профессиональные спортсмены в возрасте от 18 до 40 лет, у которых при скрининговом обследовании показатели сывороточного уровня мочевой кислоты (МК) превышали 360 мкмоль/л. Критерии исключения – отказ от проведения углубленного медицинского обследования. Из 753 профессиональных спортсменов у 228 (30,3%) была выявлена ГУ. Отказались от меди-

цинского обследования 258 (34,3%) спортсменов. Из оставшихся 267 человек: 130 (48,7%) мужчин и 137 (51,3%) женщин, средний возраст которых составил  $24,4 \pm 5,2$  года, средняя продолжительность наблюдения –  $3,0 \pm 0,3$  года. Исследуемые показатели: данные антропометрии, лабораторные показатели (сывороточные уровни лактата, креатинина, общего белка, триглицеридов, тиреотропного гормона, аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, миоглобина, тестостерона, мочевой кислоты), расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD с последующим статистическим анализом. ГУ определялась при уровне мочевой кислоты  $>360$  мкмоль/л, гиперхолестеринемия – при сывороточном уровне ХС  $>5,0$  ммоль/л, гипертриглицеридемия – при сывороточном уровне ТГ  $>1,7$  ммоль/л. Повышение уровня креатинина определялось как  $>100$  мкмоль/л.

**Результаты/обсуждение**

ГУ развилась у 60 (22,5%) спортсменов, в том числе у 51 мужчины (39,2%) и у 9 (6,6%) женщин. Частота выявления факторов риска: гиперхолестеринемия определялась у 91 (34%), гипертриглицеридемия – у 10 (3,7%), снижение СКФ  $<100$  мл/мин – у 46 (17,2%), ИМТ  $>25$  кг/м<sup>2</sup> – у 65 (24,3%), индекс массы тела  $>30$  кг/м<sup>2</sup> – у 3 (1,1%), артериальная гипертензия у профессиональных спортсменов не выявлена. Одномерный анализ показал, что ГУ достоверно ассоциировалась с мужским полом: отношение шансов (ОШ) 9,181; 95% доверительный интервал (ДИ) 4,285–19,674 ( $p < 0,001$ ), гипертриглицеридемией (ОШ 4,857; 95% ДИ 1,056–22,339;  $p = 0,042$ ), ИМТ  $>25$  кг/м<sup>2</sup> (ОШ 2,470; 95% ДИ 1,243–4,909;  $p = 0,01$ ), повышением уровня КФК (ОШ 2,247; 95% ДИ 1,230–4,105;  $p = 0,008$ ). Возраст  $>25$  лет отождествлялся с меньшим риском развития ГУ. По данным мультифакторного анализа, развитие ГУ ассоциируется с мужским полом (ОШ 13,4; 95% ДИ 3,6–49,6;  $p = 0,00012$ ), а также ИМТ  $>25$  кг/м<sup>2</sup> (ОШ 2,4; 95% ДИ 1,02–5,69;  $p = 0,04$ ).

**Выводы/заключение**

Данное исследование подтверждает высокий риск развития ГУ у профессиональных спортсменов: 22,5% случаев за 3 года наблюдения при низкой частоте многих традиционных факторов риска (ожирение, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, хроническая болезнь почек), что может быть связано с особенностями питания. Данный факт предопределяет необходимость детального изучения пищевого рациона спортсменов с целью его оптимизации.

**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТА (ХОНДРОГАРД®): ВНУТРИМЫШЕЧНОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

Шарапова Е.П.<sup>1</sup>, Кашеварова Н.Г.<sup>1</sup>, Таскина Е.А.<sup>1</sup>, Алексеева Л.И.<sup>1</sup>, Лиля А.М.<sup>1,2</sup>, Богданов А.Н.<sup>1</sup>, Божкова С.А.<sup>1</sup>, Багрецова А.А.<sup>1</sup>, Носков С.М.<sup>1</sup>, Грунина Е.А.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

**Введение/цель**

Главной целью лечения ОА является уменьшение боли и улучшение функционального состояния суставов

с помощью нефармакологических и медикаментозных методов, среди которых привлекает внимание использование симптоматических препаратов замедленного действия (SYSADOA), поскольку значительное число российских и международных исследований доказывают их противовоспалительное и анальгетическое действие. Цель исследования – оценить эффективность, безопасность препарата Хондрогард® при внутримышечном и комбинированном (внутриартикулярном и внутримышечном) введении у больных с остеоартритом (ОА) коленных суставов.

#### Материалы и методы

В исследовании участвовали 150 пациентов с ОА коленных суставов 2–3-й степени по Келлгрону, которые рандомизированно были разделены на две группы по 75 пациентов. Первая группа (R) получала препарат внутримышечно, 25 инъекций через день: первые три инъекции в дозе 100 мг, начиная с 4-й инъекции – в дозе 200 мг. Вторая группа (N) получала 5 внутрисуставных инъекций в целевой сустав по 200 мг с перерывом 3 дня между введениями, далее 16 внутримышечных инъекций по 200 мг через день. Все пациенты получали мелоксикам в дозе 15 мг/сут. Оценивались боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индекс WOMAC, сенсорные и аффективно-эмоциональные характеристики боли (для целевого сустава) по опроснику MPQ (McGill Pain Questionnaire). Всем пациентам в начале и в конце исследования были выполнены клинический и биохимический анализы крови, клинический анализ мочи, анализ показателей коагулограммы, электрокардиография.

#### Результаты/обсуждение

При сравнении различных режимов введения Хондрогарда® интенсивность боли по ВАШ к концу лечения в группе N (в/с + в/м введение) была достоверно меньше, чем в группе R ( $16,81 \pm 13,49$  и  $21,88 \pm 13,24$ ;  $p < 0,0001$  соответственно). Динамика общего индекса WOMAC и его составляющих (боль, скованность, функциональное состояние), а также оценка боли по опроснику MPQ не выявили достоверных различий между группами N и R. Серьезных нежелательных явлений в исследовании не зарегистрировано. За весь период исследования выявлено только 11 нежелательных явлений у 3,3% (5 из 150) пациентов. Разрешение/прекращение нежелательных явлений отмечено в 100% случаев к концу исследования. Клинически значимых отклонений лабораторных показателей и данных ЭКГ не наблюдалось.

#### Выводы/заключение

Хондрогард® эффективно уменьшал болевой синдром и скованность, улучшал функциональное состояние суставов при обоих способах введения (в/м или комбинированный). Однако при комбинированном режиме введения Хондрогард® оказывал более выраженный анальгетический эффект: интенсивность боли по ВАШ к концу курса терапии была достоверно ниже в этой группе, что, возможно, связано с более быстрым купированием синовита при внутрисуставном введении.

#### СПЕКТР АНТИЯДЕРНЫХ АУТОАНТИТЕЛ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ, ПОЗИТИВНЫХ ПО АНТИ-U1РНП

Шаяхметова Р.У., Аняшева Л.П., Конева О.А., Старовойтова М.Н., Десинова О.В., Овсянникова О.Б., Гарзанова Л.А.

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

#### Введение/цель

У пациентов с ССД с гиперпродукцией анти-U1РНП имеются особенности в клинической картине и течении заболевания. Аутоиммунный профиль в данной группе мало изучен. Цель исследования – изучить уровень основных аутоантител у пациентов с ССД, позитивных по анти-U1РНП.

#### Материал и методы

Исследование включило 80 больных (71 женщина и 9 мужчин, средний возраст  $44,5 \pm 14,0$  года), позитивных по анти-U1РНП и удовлетворяющих критериям ССД Американской коллегии ревматологов / Европейской антиревматической лиги (ACR/EULAR) 2013 г. Проводилось определение аутоантител: ревматоидного фактора (РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), антицентромерных антител (АЦА), анти-Sc170, анти-РНКП-III, анти-Ro, анти-La, анти-ДНК, анти-Sm, антител к кардиолипину (АКЛ), анти-Jo1. В динамике через 24 мес обследовано 44 больных.

#### Результаты/обсуждение

У больных исследуемой группы в клинической картине преобладали воспалительное поражение суставов и мышц, а кожные проявления были маловыражены. ИПЛ выявлялось в 68% случаев. Отмечались перекресты с другими ревматическими заболеваниями (ревматоидный артрит, системная красная волчанка) в 34% случаев и сочетание с синдромом Шегрена в 32,5%. Часто выявлялись другие аутоАТ: РФ (31%), анти-Ro (38%), анти-ДНК (42%), редко – анти-Sm (11%), АЦЦП (8%), анти-La (8%), АЦА (6%), анти-Sc170 (6%), АКЛ (2%). Анти-Jo1 и анти-РНКП-III не были выявлены ни у одного больного. У пациентов с ССД, высокопозитивных по анти-U1РНП (более двух верхних границ нормы), по сравнению с низкопозитивными, достоверно чаще встречались РФ, анти-Ro, анти-ДНК ( $p=0,00$ ). В динамике высокие титры анти-U1РНП сохранялись у 80% больных, при этом другие аутоантитела выявлялись с той же частотой. У пациентов с исходно низким титром анти-U1РНП отмечалось их исчезновение.

#### Выводы/заключение

Больные ССД с гиперпродукцией анти-U1РНП отличаются преобладанием воспалительных мышечно-скелетных проявлений и частым сочетанием с синдромом Шегрена и overlap-синдромом. Высокая позитивность по анти-U1РНП сопровождалась стойким повышением РФ, анти-Ro, анти-ДНК.

#### СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ: ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ Шилкина Н.П.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

#### Введение/цель

Цель исследования – представить изменения данных о номенклатуре, терминологии, патогенезе и подходах к терапии системных васкулитов (СВ).

**Материал и методы**

Обследовано 325 больных различными формами СВ: узелковым полиартериитом (УП) – 76, облитерирующим тромбангиитом (ОТ) – 65, неспецифическим аортоартериитом (НАА) – 68, геморрагическим васкулитом (ГВ) – 60, гранулематозом Вегенера (ГрВ) – 29, другими формами – 27, а также 14 больных аутовоспалительными заболеваниями. Использован комплекс показателей, отражающих иммунный статус, с определением спектра аутоантител, состояние микроциркуляторного русла, гемостаза, системы эндотелия, симпатико-адреналовой системы, морфологическое исследование биоптата кожно-мышечного лоскута или послеоперационного материала, по показаниям проведено генетическое обследование.

**Результаты/обсуждение**

Исследования по проблеме СВ курировала академик В.А. Насонова. Основополагающими работами по СВ в нашей стране являются труды Е.Н. Семенковой (2001). В настоящее время отзвучали споры по поводу «классовой» принадлежности СВ, которые по МКБ 10-го пересмотра были отнесены к XIII классу и занимают рубрику M30–M36. В 1990 г. были апробированы предложенные Американской коллегией ревматологов (ACR) классификационные критерии 7 форм СВ, а позднее использованы рекомендации Согласительной конференции (Chapel Hill, США, 1994 и 2011 гг.) по номенклатуре 10 форм СВ, апробированы «Национальные рекомендации» (2017). Имеет место замена «уважаемых эпонимов» – названий заболеваний по именам авторов, впервые их описавших, на современную терминологию. Замена происходит в основном по патогенетическому (замена термина «пурпура Шенлейна–Геноха» на «IgA-васкулит») или морфологическому принципу («гранулематоз Вегенера» на «гранулематоз с полиангиитом»). Стал очень редким в клинической практике диагноз «узелковый периартериит» (позднее – «полиартериит»), который ранее служил «корзиной» для всех форм васкулитов (Zeek P, 1952), что частично можно объяснить выделением группы АНЦА-ассоциированных васкулитов, в частности микроскопического полиангиита и эозинофильного гранулематоза с полиангиитом (синдрома Черджа–Строс). В плане дифференциальной диагностики УП стали более четко учитывать вторичные васкулиты, и прежде всего паранеопластические сосудистые поражения. Произошло разделение иммуновоспалительных ревматических заболеваний на аутоиммунные и аутовоспалительные, в развитии последних доказана роль генетических факторов: болезнь Бехчета (HLA-B51), болезнь Шенлейна–Геноха (HLA-DRB1). Разработаны морфологические критерии диагностики васкулитов и васкулопатий [Ярыгин Н.Е., 1964–2004; Раденска-Лоповок С.Г., 1998], классифицированы кожные васкулиты [Иванов О.Л., 1999]. В практику введен индекс клинической активности васкулита – ИКАВ [Luqmani R.A. et al., 1994], который используется до настоящего времени. Определены новые звенья патогенеза РЗ: дисфункция эндотелия, нетоз (новый путь активации нейтрофилов, сопряженный с их гибелью), эндотоксинемия, гипериммуноглобулинемия Е, криофибриногенемия. Учитывая, что СВ – мультидисциплинарная проблема, активно изучаются цереброваскулиты («церебральная болезнь мелких сосудов») [Poggesi A. et al., 2016], кожные васкулиты, особенно ливедо-васкулит и язвенно-некротические васкулиты, болезнь

Кавасаки, полиангиит, перекрестный синдром. Не исключается, что васкулиты являются как бы «переходным мостом» между локальными и системными формами красной волчанки и склеродермии.

**Выводы/заключение**

Новые звенья патогенеза СВ и выделение аутовоспалительных заболеваний определяют расширение показаний для назначения генно-инженерных биологических препаратов и апробацию ингибиторов эндотелина I.

**ВЛИЯНИЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ  
НА СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ДИАГНОСТИКИ  
ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ,  
АССОЦИИРОВАННОЙ С СИСТЕМНОЙ  
СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

Юдкина Н.Н., Волков А.В.,

Николаева Е.В., Курмуков И.А.

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

**Введение/цель**

Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ), ассоциированная с системной склеродермией (ССД-ЛАГ), – редкое, но наиболее тяжелое проявление ССД, быстро приводящее к смерти. Выживаемость пациентов с ССД-ЛАГ наихудшая среди всех причин ЛАГ, в том числе в сравнении с идиопатическим вариантом заболевания (ИЛАГ). Высокая смертность связана в первую очередь с поздней диагностикой, которая объясняется преобладанием в группе ССД-ЛАГ маломанифестных форм ССД, особенно в отношении вовлечения в патологический процесс кожи.

**Материал и методы**

Проведен анализ частоты клинических, лабораторных и инструментальных признаков висцеральной формы ССД у 14 пациентов с ЛАГ в сравнении с 54 больными ССД-ЛАГ с клинически явным поражением кожи и 48 пациентами с ИЛАГ, а также их выживаемость. Обследование пациентов осуществлялось согласно современным рекомендациям.

**Результаты/обсуждение**

Пациенты с ИЛАГ оказались достоверно моложе больных ССД-ЛАГ с висцеральной и кожной формами – 37 [28; 44], 48 [37; 56] и 54 [48; 62] года соответственно. У пациентов с ССД-ЛАГ с поражением кожи диагноз ЛАГ устанавливался раньше (через 18 [10; 44] мес), чем у больных висцеральной ССД (23 [15; 47] мес) и ИЛАГ (35 [17; 78] мес), однако различия недостоверны. Функциональный класс (ФК) был выше в группе висцеральной ССД – 3 [2; 4], чем при ИЛАГ – 3 [2; 3] и кожных формах ССД – 3 [2; 3], разница также была недостоверна. Из 54 больных ССД-ЛАГ с вовлечением кожи диффузная форма диагностирована у троих. Пациенты с висцеральной и кожной формами ССД не различались по длительности заболевания с начала феномена Рейно (ФР) и с первого не-Рейно симптома. У всех больных ССД-ЛАГ имелся ФР, однако в группе ССД с поражением кожи достоверно чаще выявлялись дигитальные ишемические нарушения (51% в сравнении с 14%;  $p=0,03$ ). Также чаще отмечались контрактуры суставов (53% в сравнении с 7%;  $p=0,006$ ). Иных различий в клинической картине не обнаружено. Преобладали антицентромерные антитела (АЦА): у 7 (50%) с висцеральной формой и у 36 (65%) с ССД с поражением кожи. Антитела (АТ) к топоизомеразе-1 (Scl-70) обнаружены

только у двух пациентов с лимитированной ССД. У большинства больных с ССД выявлялось несколько АТ. У пациентов с висцеральной формой ССД спектр антинуклеарных АТ отличался большим разнообразием: преобладали АЦА (у 7 из 14 обследованных), anti-Sm, anti-La и антитела к нуклеосомам – по одному случаю, у пяти больных обнаружены anti-Ro, у четырех – anti-RNP-70, у двоих – anti-dsDNA, у троих – РФ, anti-Scl-70 не определялись. Диагноз ССД установлен на основании критериев Американской коллегии ревматологов / Европейской антиревматической лиги (ACR/EULAR) 2013 г.; им удовлетворяли 100% пациентов с висцеральной формой ССД. Выявлены достоверные различия в выживаемости пациентов с ИЛАГ и различными вариантами ССД-ЛАГ (лог-ранк тест;  $p=0,06$ ). Пятилетняя выживаемость в группе висцеральной ССД была несколько ниже, чем при лимитированной ССД, – 50,6 и 64,9% соответственно, а у пациентов с ИЛАГ она оказалась самой высокой и составила 82,5%; различия близки к достоверным.

#### Выводы/заключение

Висцеральная форма ССД-ЛАГ не отличается от ССД-ЛАГ с поражением кожи, за исключением кожного синдрома и сопутствующих ему проявлений (дигитальные ишемические нарушения и контрактуры суставов). Отсутствие различий в выживаемости двух вариантов ССД-ЛАГ, а также более поздняя диагностика ЛАГ при висцеральной форме и ее схожесть с ИЛАГ требуют более пристального внимания ревматологов и врачей других терапевтических специальностей к такому редкому и диагностически сложному феномену ССД.

#### КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Якупова С.П.<sup>1</sup>, Фатыхова Э.З.<sup>2</sup>, Новичкова Н.Л.<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>НИМК «Ваше здоровье», Казань, Россия;

<sup>3</sup>ГАУЗ «Республиканская клиническая больница», консультативная поликлиника, Казань, Россия

#### Введение/цель

Псориатический артрит (ПсА) – хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника, энтезисов, развивающееся у пациентов с псориазом и требующее длительной противовоспалительной терапии, что не всегда положительно сказывается на комплаентности пациентов. Поэтому проблема приверженности лечению – одна из самых важных в здравоохранении, особенно в ревматологии, а некомплаентность приводит к негативным клиническим и экономическим последствиям, увеличивая риски инвали-

дизации и ранней смерти среди трудоспособного населения. Цель исследования – оценить с помощью опросника КОП-25 уровень приверженности лечению, лекарственной терапии, медицинскому сопровождению и модификации образа жизни пациентов, страдающих ПсА.

#### Материал и методы

Обследованы 40 пациентов с ПсА (19 мужчин и 21 женщина). Средний возраст составил  $47,5 \pm 24,5$  года (от 23 до 72 лет), средняя длительность заболевания ПсА – 11,25 года; 28 (70%) пациентов имели среднюю степень тяжести, 12 (30%) пациентов – тяжелую. Все 40 (100%) пациентов получали наружную терапию, 37 (92,5%) – принимали НПВП, 38 (95%) – метотрексат, 8 (20%) – пероральные глюкокортикоиды, 3 (7,5%) – находились на биологической терапии, и один пациент (2,5%) получал лефлуномид. После получения данных в баллах и сопоставления их с теоретически возможными уровень приверженности оценивался как высокий ( $\geq 76\%$ ), средний (51–75%) и низкий ( $\leq 50\%$ ).

#### Результаты/обсуждение

У 17 (42,5%) пациентов оказался средний уровень приверженности, у 23 (57,5%) – низкий уровень приверженности лечению ( $p < 0,05$ ). Мужчины оказались более приверженными (45,2%), чем женщины (43,8%;  $p < 0,05$ ). Лица с высшим образованием (46,07%), городские жители (45,4%), пациенты, состоящие в браке (45,5%), инвалиды (51,05%) имеют более высокий уровень комплаентности, чем лица со средним образованием (42,3%), жители сел (42,37%), пациенты, не состоящие в браке (42,4%) и не имеющие инвалидности (42,01%), соответственно ( $p < 0,05$ ). Степень тяжести ПсА также увеличивала комплаентность пациентов (у «среднетяжелых» – 41,4%, у «тяжелых» – 51,7%;  $p < 0,05$ ). Средний уровень приверженности лекарственной терапии составил 48,8%, медицинскому сопровождению – 45,5%, модификации образа жизни – всего 42,4% ( $p < 0,05$ ).

#### Выводы/заключение

Больше половины пациентов (57,5%) с ПсА имели низкий уровень приверженности (ниже 50%) лечению, а соответственно небольшие шансы на достижение ремиссии или минимальной активности болезни. При оценке возможной комплаентности нужно учитывать не только возраст, длительность заболевания пациента, но и гендерную принадлежность, уровень образования, место жительства, наличие инвалидности, семейный и трудовой статус. Самый низкий уровень приверженности отмечен для модификации образа жизни – 42,4%, на что нужно обращать особое внимание врачам-ревматологам при обсуждении терапии и тактики ведения пациентов с ПсА.

С о д е р ж а н и е

Сопоставление клинической картины поражения тазобедренных суставов с результатами их рентгенологического исследования у пациентов с аксиальным спондилоартритом . . . . . 3 <i>Агафонова Е.М., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Румянцева Д.Г., Эрдес Ш.Ф.</i>	Уровень N-концевого фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида и толщина комплекса интима—медиа брахиоцефальных артерий у больных с ранней и развернутой стадией ревматоидного артрита . . . . . 9 <i>Герасимова Е.В., Горбунова Ю.Н., Попкова Т.В., Черкасова М.В., Маркелова Е.И., Новикова Д.С.</i>
Оценка рентгенологического прогрессирования коксита у пациентов с аксиальным спондилоартритом . . . . . 3 <i>Агафонова Е.М., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Румянцева Д.Г., Эрдес Ш.Ф.</i>	Влияние индивидуальных особенностей больных ревматоидным артритом на концентрацию полиглутаматов метотрексата в эритроцитах . . . . . 9 <i>Гриднева Г.И., Муравьев Ю.В.</i>
Нейропатический компонент боли у больных с дорсопатиями: клинические взаимосвязи . . . . . 4 <i>Аксенова Т.А., Томских В.В., Мухорданова С.А., Школина Л.В.</i>	Влияние спондилоартрита на развитие осложнений у пациентов с HLA-B27-ассоциированным увеитом . . . . . 10 <i>Годзенко А.А., Разумова И.Ю., Гусева И.А.</i>
Выявление факторов развития остеопороза у женщин фертильного возраста . . . . . 4 <i>Алиева К.К., Ахмедова Н.А., Хужаев Р.Б.</i>	Оценка мультиморбидного профиля (CIRS) при ревматоидном артрите. Первые результаты . . . . . 10 <i>Гордеев А.В., Галушко Е.А., Савушкина Н.М., Демидова Н.В.</i>
Зависимость противовоспалительных эффектов инфликсимаба от его суммарной дозы . . . . . 5 <i>Аронова Е.С., Лукина Г.В.</i>	Сравнительная характеристика псориатического артрита с поражением и без поражения осевого скелета. Данные Общероссийского регистра пациентов с псориатическим артритом . . . . . 11 <i>Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю., Корсакова Ю.Л., Коротаева Т.В., Насонов Е.Л., Кудишина С.С., Седунова М.В., Бондарева И.Н., Умнова И.Ф., Приставский И.Н.</i>
Переносимость терапии инфликсимабом больными ревматоидным артритом (собственные данные) . . . . . 5 <i>Аронова Е.С., Лукина Г.В.</i>	Поражение осевого скелета при псориатическом артрите по данным Общероссийского регистра пациентов с псориатическим артритом. Ассоциация аксиального поражения с высокой активностью заболевания и худшим состоянием пациентов согласно данным опросников . . . . . 11 <i>Губарь Е.Е., Логинова Е.Ю., Корсакова Ю.Л., Коротаева Т.В., Насонов Е.Л., Кудишина С.С., Седунова М.В., Бондарева И.Н., Умнова И.Ф., Приставский И.Н.</i>
Причины отмены генно-инженерной терапии у больных ревматическими заболеваниями в первый год терапии . . . . . 6 <i>Аронова Е.С., Муравьев Ю.В.</i>	Клинико-лабораторная и магнитно-резонансная ремиссия при анкилозирующем спондилите. Клиническое наблюдение . . . . . 12 <i>Дворовкин А.Э., Один В.И., Тыренко В.В., Топорков М.М.</i>
Увеит <i>de novo</i> на фоне применения генно-инженерной биологической терапии ювенильных артритов — 15-летний опыт федерального центра . . . . . 6 <i>Арсеньева С.В., Никишина И.П., Костарева О.М., Шаповаленко А.Н., Каледа М.И.</i>	Особенности дебюта перекрестной формы системной склеродермии . . . . . 13 <i>Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Ананьева Л.П.</i>
Ревматоидный артрит и подагра: проблемы диагностики в пожилом возрасте . . . . . 7 <i>Баймухамедов Ч.Т.</i>	Частота факторов риска остеопоротических переломов у мужчин с системной склеродермией . . . . . 13 <i>Добровольская О.В., Шорникова Л.А., Десинова О.В., Торопцова Н.В.</i>
Факторы риска коморбидных инфекций у пациентов с системными ревматическими заболеваниями . . . . . 7 <i>Буханова Д.В., Белов Б.С., Тарасова Г.М., Соловьев С.К., Ананьева Л.П., Попкова Т.В., Глухова С.И.</i>	
Изменения титров антиядерных антител, ассоциированных с системной склеродермией, на фоне длительной терапии ритуксимабом . . . . . 8 <i>Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Десинова О.В., Старовойтова М.Н., Глухова С.И., Черкасова М.В., Алексанкин А.П.</i>	

С о д е р ж а н и е

Анализ состояния минеральной плотности кости и факторов риска остеопороза у молодых женщин с системной склеродермией. . . . .	14	Оценка влияния низких доз ритуксимаба на клинические проявления и активность системной склеродермии. . . . .	21
<i>Добровольская О.В., Шорникова Л.А., Демин Н.В., Старовойтова М.Н., Торопцова Н.В.</i>		<i>Конева О.А., Ананьева Л.П., Гарзанова Л.А., Десинова О.В., Овсянникова О.Б., Старовойтова М.Н.</i>	
Системная форма идиопатического лобулярного панникулита: особенности клинической картины . . . . .	14	Анализ влияния индекса массы тела на достижение минимальной активности заболевания у больных псориазом по данным Российского регистра больных псориазом . . . . .	22
<i>Егорова О.Н., Белов Б.С., Маслова Н.А.</i>		<i>Корсакова Ю.Л., Логинова Е.Ю., Губарь Е.Е., Кортаева Т.В., Колтакова А.Д., Седунова М.В., Приставский И.Н., Умнова И.Ф., Бондарева И.Н., Кудишина С.С., Насонов Е.Л.</i>	
Поражение суставов при синдроме Лёфгрена . . . . .	15	Повышение индекса массы тела и увеличение массы тела у больных псориазом на фоне лечения генно-инженерными биологическими препаратами в клинической практике: данные Российского регистра больных псориазом . . . . .	22
<i>Егорова О.Н., Белов Б.С., Маслова Н.А.</i>		<i>Корсакова Ю.Л., Логинова Е.Ю., Губарь Е.Е., Кортаева Т.В., Колтакова А.Д., Седунова М.В., Приставский И.Н., Умнова И.Ф., Бондарева И.Н., Кудишина С.С., Насонов Е.Л.</i>	
Склеромикседема Арндта—Готтрона в клинической практике . . . . .	15	Распространенность коморбидных заболеваний у больных псориазом в клинической практике: данные Российского регистра больных псориазом . . . . .	23
<i>Елизарова А.А., Пластинина С.С.</i>		<i>Корсакова Ю.Л., Логинова Е.Ю., Губарь Е.Е., Кортаева Т.В., Колтакова А.Д., Седунова М.В., Приставский И.Н., Умнова И.Ф., Бондарева И.Н., Кудишина С.С., Насонов Е.Л.</i>	
Апланационная тонометрия и контурный анализ пульсовой волны у больных анкилозирующим спондилитом . . . . .	16	Боль в спине у женщин с анкилозирующим спондилитом на фоне беременности . . . . .	24
<i>Иващенко Н.Ф., Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Царенок С.Ю.</i>		<i>Кричевская О.А., Гандалоева З.М., Демина А.Б., Глухова С.И., Дубинина Т.В.</i>	
Профили центрального аортального и периферического давления у больных анкилозирующим спондилитом. . . . .	17	Энтезиты у женщин с анкилозирующим спондилитом на фоне беременности . . . . .	24
<i>Иващенко Н.Ф., Аксенова Т.А., Царенок С.Ю.</i>		<i>Кричевская О.А., Гандалоева З.М., Демина А.Б., Глухова С.И., Дубинина Т.В.</i>	
Ювенильный артрит с системным началом с синдромом активации макрофагов: анализ особенностей течения и безопасности генно-инженерной биологической терапии (итоги ретроспективного исследования). . . . .	17	Функциональный статус женщин с анкилозирующим спондилитом на фоне беременности . . . . .	25
<i>Каледа М.И., Никишина И.П., Салугина С.О., Федоров Е.С.</i>		<i>Кричевская О.А., Гандалоева З.М., Демина А.Б., Глухова С.И., Дубинина Т.В.</i>	
Внутриуставное применение комбинации гиалуроната натрия и хондроитин сульфата у пациентов с остеоартритом коленных суставов. . . . .	18	Достижение ремиссии и минимальной активности болезни при раннем и позднем псориазе после начала генно-инженерной биологической терапии (данные Общероссийского регистра псориаза). . . . .	26
<i>Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Алексеева Л.И.</i>		<i>Логинова Е.Ю., Кортаева Т.В., Колтакова А.Д., Губарь Е.Е., Корсакова Ю.Л., Насонов Е.Л., Седунова М.В., Приставский И.Н., Бондарева И.Н., Умнова И.Ф., Кудишина С.С.</i>	
Особенности поражения сердца у больных системной красной волчанкой . . . . .	19		
<i>Ключникова О.А., Мазуров В.И., Макеева Т.И.</i>			
Иммунологические показатели смешанной слюны у пациентов с ревматоидным артритом. . . . .	19		
<i>Колотова Г.Б., Колотова Н.Н., Кузнецова Н.А.</i>			
Сравнение уровней N-концевого фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида у больных с ранней и развернутой стадией ревматоидного артрита . . . . .	20		
<i>Кондратьева Л.В., Герасимова Е.В., Попкова Т.В., Кириллова И.Г., Новикова Д.С.</i>			
Сравнительная оценка эффективности ритуксимаба в режиме монотерапии и в комбинации с иммуносупрессантами у больных системной склеродермией с интерстициальным поражением легких. . . . .	20		
<i>Конева О.А., Ананьева Л.П., Гарзанова Л.А., Десинова О.В., Овсянникова О.Б., Старовойтова М.Н.</i>			

С о д е р ж а н и е

Прокальцитониновый тест в практике ревматолога . . . . . 26 <i>Муравьева Н.В., Тарасова Г.М., Белов Б.С., Черкасова М.В.</i>	Центральная сенситизация в патогенезе хронической боли при ревматоидном артрите, остеоартрите коленных суставов и анкилозирующем спондилите . . . . . 34 <i>Филатова Е.С., Лиля А.М., Эрдес Ш.Ф.</i>
Полиморфизм гена рецептора витамина D у детей с суставным синдромом . . . . . 27 <i>Мысливец М.Г., Парамонова Н.С.</i>	Дисфункциональный компонент хронического болевого синдрома у пациентов с анкилозирующим спондилитом . . . . . 34 <i>Филатова Е.С., Эрдес Ш.Ф.</i>
Особенности распределения полиморфизма генов <i>TNFα</i> и <i>IL6</i> у больных ревматоидным артритом . . . . . 28 <i>Набиева Д.А., Мирхамидов М.В.</i>	Ультразвуковое исследование слюнных желез и сиалография при болезни Шёгрена: за и против . . . . . 35 <i>Хван Ю.И., Васильев В.И., Родионова Е.Б.</i>
Определение уровня активности антитромбина III у больных системной красной волчанкой . . . . . 28 <i>Набиева Д.А., Арипова Н.А.</i>	Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных спондилоартритами . . . . . 35 <i>Хужаев Р.Б., Ахмедова Н.А., Алиева К.К.</i>
Приверженность лечению остеопороза у больных с ревматическими заболеваниями . . . . . 29 <i>Никитинская О.А., Торопцова Н.В.</i>	Повреждение эндотелия и тяжесть суставного синдрома у больных первичным остеоартритом . . . . . 36 <i>Цвингер С.М., Портянникова О.О.</i>
Поражение сердца у пациентов с системной красной волчанкой до назначения патогенетической терапии . . . . . 29 <i>Панафидина Т.А., Попкова Т.В., Новикова Д.С., Корсакова Ю.Л.</i>	Недостаточная выявляемость аксиальных проявлений псориатического артрита у больных псориазом . . . . . 36 <i>Чамурлиева М.Н., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В.</i>
Особенности антидеструктивного эффекта ритуксимаба в зависимости от сопутствующей терапии глюкокортикоидами у больных ревматоидным артритом . . . . . 30 <i>Пиванова А.В., Лукина Г.В., Смирнов А.В., Глухова С.И., Насонов Е.Л.</i>	Определение факторов риска развития гиперурикемии у профессиональных спортсменов – представителей отдельных видов спорта . . . . . 37 <i>Чикина М.Н., Елисеев М.С., Желябина О.В., Глухова С.И., Круглова И.В.</i>
Предварительный анализ пациентов с ранним аксиальным спондилоартритом, достигших ремиссии через 1 год наблюдения . . . . . 30 <i>Румянцева Д.Г., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Кричевская О.А., Агафонова Е.М., Эрдес Ш.Ф.</i>	Новые возможности хондроитин сульфата (Хондрогард®): внутримышечное и комбинированное введение при остеоартрите коленных суставов . . . . . 37 <i>Шарапова Е.П., Кашеварова Н.Г., Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Лиля А.М., Богданов А.Н., Божкова С.А., Багрецова А.А., Носков С.М., Грунина Е.А.</i>
Лечение болевого синдрома методом кинезиотейпирования у пациентов с компрессионными переломами тел позвонков . . . . . 31 <i>Сафонова Ю.А., Финоженко В.Г.</i>	Спектр антиядерных аутоантител у больных системной склеродермией, позитивных по анти-U1RNP . . . . . 38 <i>Шаяхметова Р.У., Ананьева Л.П., Конева О.А., Старовойтова М.Н., Десинова О.В., Овсянникова О.Б., Гарзанова Л.А.</i>
Оценка эффективности лечения дигитальных язв у пациентов с системной склеродермией . . . . . 32 <i>Старовойтова М.Н., Десинова О.В., Конева О.А., Овсянникова О.Б., Гарзанова Л.А., Ананьева Л.П.</i>	Системные васкулиты: эволюция взглядов . . . . . 38 <i>Шилкина Н.П.</i>
Влияние иммуносупрессивной терапии на иммуногенность 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины у больных системной красной волчанкой . . . . . 32 <i>Тарасова Г.М., Белов Б.С., Буханова Д.В., Черкасова М.В., Соловьев С.К., Асеева Е.А., Решетняк Т.М., Попкова Т.В.</i>	Влияние поражения кожи на своевременность диагностики легочной артериальной гипертензии, ассоциированной с системной склеродермией . . . . . 39 <i>Юдкина Н.Н., Волков А.В., Николаева Е.В., Курмуков И.А.</i>
Эффективность и безопасность новой схемы применения препарата Алфлутоп у пациентов с остеоартритом . . . . . 33 <i>Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Кашеварова Н.Г., Шарапова Е.П., Стребкова Е.А., Аникин С.Г., Мазуров В.И., Шостак Н.А., Клименко О.А., Кондрашов А.А., Правдюк Н.Г., Андрияшкина Д.Ю., Шмидт Е.И., Иливанова Е.П., Лиля А.М.</i>	Комплаентность пациентов с псориатическим артритом . . . 40 <i>Якупова С.П., Фатыхова Э.З., Новичкова Н.Л.</i>

Для заметок