

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 РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ Издаётся с 2007 г.

Журнал включен
в реферативную
базу **SCOPUS**

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

А.М. Лиля, д.м.н., профессор, директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», заведующий кафедрой ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (РМАНПО Минздрава России), Москва

Заместитель главного редактора

Д.А. Сычев, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, ректор ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (РМАНПО Минздрава России), Москва

Ответственный секретарь

О.Н. Егорова, д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории тромбозов ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

Научный редактор

Т.В. Дубинина, к.м.н., заведующая лабораторией медико-социальных проблем ревматологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Е.И. Алексеева, д.м.н., член-корр. РАН, профессор, заведующая ревматологическим отделением ФГБНУ «Научный центр здоровья детей», заведующая кафедрой педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Л.И. Алексеева, д.м.н., заведующая лабораторией остеоартрита, отделом метаболических заболеваний суставов ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

Б.С. Белов, д.м.н., заведующий лабораторией изучения коморбидных инфекций и мониторинга безопасности лекарственной терапии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

Е.И. Бялик, д.м.н., травматолог-ортопед, врач высшей категории, ведущий научный сотрудник лаборатории ревмоортопедии и реабилитации ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

А.И. Дубиков, д.м.н., профессор, заведующий ревматологическим отделением Городской клинической больницы №2 Владивостока, заведующий кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист ревматолог Приморского края, Владивосток

И.А. Зборовская, д.м.н., профессор, директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского» Минобрнауки России, Волгоград

2022;16(1)

А.Е. Каратеев, д.м.н., профессор, заведующий лабораторией патофизиологии боли и клинического полиморфизма скелетно-мышечных заболеваний ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

Т.В. Коротаева, д.м.н., профессор, заведующая лабораторией спондилоартритов и псориатического артрита ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

М.М. Костик, д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

С.В. Лапин, к.м.н., заведующий лабораторией диагностики аутоиммунных заболеваний Научно-методического центра по молекулярной медицине Минздрава России, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург

Г.В. Лукина, д.м.н., руководитель отдела ревматологии ГБУЗ г. Москвы «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Т.А. Раскина, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово

А.П. Ребров, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов

С.О. Салугина, д.м.н., ведущий научный сотрудник детского ревматологического отделения ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

Е.А. Таскина, к.м.н., старший научный сотрудник отдела метаболических заболеваний костей и суставов ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

Н.В. Торопцова, д.м.н., заведующая лабораторией остеопороза ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва

П.А. Шестерня, д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск

Н.А. Шостак, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

ИНОСТРАННЫЕ ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ

Г. Амитал, профессор, медицинский факультет имени Саклера, Тель-Авивский университет, Рамат-Авив, Израиль

А. Баланеску, профессор, Госпиталь Св. Марии, Университет медицины и фармации «Карол Давила», Бухарест, Румыния

Л. Гроппа, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой ревматологии Государственного университета медицины и фармакологии им. Н. Тестемичану, председатель Ассоциации ревматологов Республики Молдова, Кишинев, Молдова

Е. Кухарж, профессор, кафедра внутренних болезней и ревматологии Медицинского университета Силезии, Катовице, Польша

М. Матуччи-Церинич, профессор, Университет Флоренции, Флоренция, Италия

К. Селми, профессор, Университет Милана, Милан, Италия

Г. Тогизбаев, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по постдипломному образованию Министерства здравоохранения Республики Казахстан, председатель ОО «Казахская коллегия ревматологов», заведующий отделением терапии №2 (ревматологии) НИИ Кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Республика Казахстан

Предпечатная подготовка
ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции:
115093, Москва, Партийный пер., д. 1,
корп. 58, оф. 45,

Телефон: (495) 926-78-14
e-mail: info@ima-press.net;
podpiska@ima-press.net

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.

Современная ревматология. 2022;16(S1):1–27

Подписано в печать 15.02.2022

Отпечатано в типографии «Принт Хаус»

Тираж 3000 экз.

Подписной индекс в каталоге «Роспечать»: 70678

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

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

Т Е З И С Ы

Ежегодной научно-практической конференции
имени В.А. Насоновой с международным участием

«СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

Москва, 9–11 декабря 2021 г.

Депрессивные расстройства как один из основных факторов, ассоциирующихся с усталостью у больных ревматоидным артритом

Абрамкин А.А.¹, Лисицына Т.А.¹, Вельтишев Д.Ю.^{2,3},
Серавина О.Ф.², Ковалевская О.Б.², Глухова С.И.¹,
Насонов Е.Л.^{1,4}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ²Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия; ³кафедра психиатрии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия; ⁴кафедра ревматологии Института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель исследования — уточнить значимость коморбидных расстройств тревожно-депрессивного спектра (РТДС) в развитии усталости у больных ревматоидным артритом (РА).

Пациенты и методы. В исследование включено 128 больных с достоверным диагнозом РА, удовлетворявших критериям ACR/EULAR 2010 г. Средний возраст пациентов ($M \pm SD$) составил $47,4 \pm 11,3$ года, медиана длительности РА — 96 [48; 228] мес, 86% были женского пола. Активность заболевания оценивалась с помощью индекса DAS28 (средний балл $5,27 \pm 1,78$). Диагностика РТДС проводилась психологом и психиатром в соответствии с классификацией МКБ-10 в ходе полуструктурированного интервью. При согласии пациента психиатр индивидуально подбирал психофармакотерапию (ПФТ). Выраженность усталости определялась по шкале FSS (Fatigue Severity Scale), при FSS ≥ 4 балла усталость считалась клинически выраженной. РТДС и клинически значимая усталость были выявлены у 123 (96,1%) и 102 (79,7%) больных соответственно. Когорта больных РА с коморбидны-

ми РТДС была разделена на четыре группы в зависимости от терапии РА и назначения ПФТ: 1) базисные противовоспалительные препараты (БПВП; $n=39$); 2) БПВП + ПФТ ($n=43$); 3) БПВП + генно-инженерные биологические препараты (ГИБП; $n=32$); 4) БПВП + ГИБП + ПФТ ($n=9$). Факторы, влияющие на клинически значимую усталость, определялись с помощью линейного регрессионного анализа.

Результаты. Через 5 лет было повторно обследовано 83 больных РА: 24 из 1-й группы, 29 из 2-й, 21 из 3-й и 9 из 4-й. Выраженность усталости была оценена у 52 больных: у 16 из 1-й группы, у 11 из 2-й, у 18 из 3-й и у 7 из 4-й. В целом отмечено статистически значимое снижение выраженности усталости и доли больных (55,8%) с клинически значимой усталостью на фоне терапии, группы в динамике значимо не различались между собой ни по средней выраженности усталости, ни по числу больных с клинически значимой усталостью. Согласно результатам однофакторного корреляционного анализа, с клинически значимой усталостью ассоциировались малое депрессивное расстройство через 5 лет, длительность РТДС, инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе, возраст, внесуставные проявления РА через 5 лет, СРБ и значения HAQ и DAS28 исходно и через 5 лет; отрицательно ассоциировались большое депрессивное расстройство и тревожные расстройства исходно и через 5 лет, ремиссия РТДС к 5-му году наблюдения и исходное наличие сахарного диабета.

В результате многофакторного анализа получена прогностическая модель, согласно которой с клинически значимой усталостью через 5 лет наблюдения ассоциируются клинически значимая усталость исходно; малое, но не большое (положительный коэффициент данного показателя в модели означает, что содержащаяся в нем информация уже учтена другими факторами) депрессивное расстройство; высокие выраженность функциональных ограничений по HAQ (отрицательный коэффициент данного показателя в модели означает, что содержащаяся в нем информация уже учтена другими факторами), уровень СРБ и активность РА по DAS28 (отрицательный коэффициент данного показателя в модели означает,

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Прогностическая регрессионная модель клинически значимой усталости (FSS≥4 балла) через 5 лет наблюдения

Фактор	Нестандартизированные коэффициенты В	Стандартная ошибка	Стандартизированные коэффициенты β
Константа	-0,267	0,321	—
FSS исходно ≥4 балла	0,585	0,152	0,532
Малое депрессивное расстройство через 5 лет	0,238	0,158	0,246
Большое депрессивное расстройство через 5 лет	0,097	0,177	0,088
ИМ в анамнезе	0,233	0,271	0,118
Возраст, годы	0,011	0,006	0,259
HAQ через 5 лет, баллы	-0,047	0,126	-0,069
вЧСРБ через 5 лет, мг/л	0,005	0,003	0,237
DAS28 через 5 лет, баллы	-0,047	0,073	-0,13

Примечание. ВЧСРБ — высокочувствительный СРБ.

что содержащаяся в нем информация уже учтена другими факторами) через 5 лет, а также ИМ в анамнезе и более старший возраст ($R^2=0,505$, $p=0,004$); для данной модели площадь под ROC-кривой (AUC) = 0,960 ($p<0,001$; см. таблицу).

Заключение. Хроническая депрессия наряду с воспалительной активностью, функциональной недостаточностью, более старшим возрастом и перенесенным ИМ является основными фактором, ассоциирующимся с клинически значимой усталостью у больных РА.

Минеральная плотность костной ткани у женщин в постменопаузе с остеоартритом коленного сустава в зависимости от рентгенологической стадии

Аверкиева Ю.В., Королева М.В., Малышенко О.С., Летаева М.В., Раскина Т.А.

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

Цель исследования — изучить состояние минеральной плотности кости (МПК) у женщин в постменопаузе с остеоартритом (ОА) коленного сустава (КС) в зависимости от рентгенологической стадии.

Пациенты и методы. В исследование включено 56 женщин в возрасте от 44 до 75 лет (медиана возраста 64,0 [58,3; 66,0] года). **Критерии включения:** подписанное информированное согласие на участие в исследовании, женский пол, постменопаузальный период, ОА КС (по критериям ACR 1991 г.). **Критерии не включения:** сопутствующие заболевания, влияющие на метаболизм кости, прием любых глюкокортикоидов >3 мес, остеонекроз суставных поверхностей, травмы и (или) операции на КС в анамнезе.

Пациентки были разделены на две группы с учетом рентгенологической стадии: 1-я группа — 38 женщин с I–II рентгенологической стадией; 2-я группа — 18 больных с III–IV рентгенологической стадией. Рентгенография КС в переднезадней проекции проведена в фиксированном положении сгибания с использованием специальной рамки (SynaFlexer TM Plexiglass positioning frame, Synarc Inc., США). МПК оценена методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии в шейке бедра и в поясничном отделе позвоночника.

Результаты. Остеопенический синдром (ОПС) диагностирован у абсолютного большинства больных — у 52 (92,8%), из них остеопения — у 27 (48,2%) и остеопороз — у 25 (44,6%). Нормальная МПК зарегистрирована у 4 (7,1%) женщин. По частоте выявления ОПС статистически значимых различий между исследуемыми группами не получено ($p>0,050$). Установлено статистически значимое увеличение показателей МПК и Т-критерия шейки бедра по мере прогрессирования ОА. Так, МПК шейки бедра у больных ОА с I–II рентгенологической стадией составила 0,804 [0,742; 0,894] г/см², с III–IV рентгенологической стадией — 0,893 [0,813; 0,969] г/см² ($p=0,019$), Т-критерий — $-1,51\pm0,20$ и $-2,41\pm0,16$ стандартного отклонения (СО) соответственно ($p=0,049$). Аналогичные соотношения в исследуемых группах получены и при сопоставлении МПК и Т-критерия в поясничном отделе позвоночника. У больных ОА I–II и III–IV рентгенологических стадий зарегистрированы следующие показатели МПК: 0,864 [0,821; 0,919] и 0,980 [0,911; 1,07] г/см² ($p=0,004$) и Т-критерия: $-2,35$ [$-2,80$; $-1,70$] и $-1,59$ [$-1,80$; $-1,10$] СО соответственно ($p=0,022$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о наличии ОПС у абсолютного большинства женщин в постменопаузе, имеющих ОА КС. Высокие показатели МПК шейки бедра и поясничного отдела позвоночника ассоциируются с поздними рентгенологическими стадиями ОА КС.

Универсальная алопеция у больных анкилозирующим спондилитом на фоне генно-инженерной терапии

Аристов М.В., Агафонова Е.М., Дмитриева А.Е., Сахарова К.В., Эрдес Ш.Ф.

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

Для лечения анкилозирующего спондилита (АС) используются различные классы препаратов, но в последнее время все чаще применяются генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). В литературе описано несколько случаев возникновения универсальной формы гнездовой алопеции (Уф-ГА) на фоне терапии ингибиторами фактора

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

некроза опухоли α (ФНО α), однако на сегодня нет четких рекомендаций, какую терапию проводить в таких ситуациях и стоит ли отменять ГИБП. За последние 5 лет мы наблюдали три случая развития Уф-ГА на фоне терапии ГИБП. Приводим эти клинические наблюдения.

Клиническое наблюдение 1

Пациент А., 22 лет, страдает АС. Дебют заболевания в 2010 г. с периферических артритов. Получал терапию базисными противовоспалительными препаратами — сульфасалазином (СС), метотрексатом (МТ), а также, учитывая прогрессирование коксита, этанерцептом (2011–2014 гг.) с недостаточным эффектом. В декабре 2014 г. назначен адалимумаб (АДА) 40 мг в комбинации с СС 1,5 г/сут. В 2016 г. на фоне терапии АДА развилась Уф-ГА. В 2019 г. из-за вторичной неэффективности препарат был заменен на тофацитиниб 10 мг/сут в сочетании с МТ 20 мг/нед. На фоне данной терапии у пациента отмечалось возобновление роста волос. В 2020 г. в связи с сохранением высокой клинической активности заболевания пациенту назначен ингибитор интерлейкина 17 (ИЛ17). Через 4 мес у пациента зафиксирован рецидив Уф-ГА.

Клиническое наблюдение 2

Пациент Н., 33 лет, диагноз АС. Дебют заболевания в 2006 г. с полиартрита. Получал терапию МТ 10 мг/нед, различные нестероидные противовоспалительные препараты. В декабре 2011 г. сохранялась высокая активность заболевания, в связи чем начато лечение инфликсимабом (ИНФ) 5 мг/кг в сочетании с МТ 12,5 мг/нед, наблюдался положительный эффект. В декабре 2012 г. возникли участки alopecii на теле. ИНФ отменен и назначен метипред 8 мг/сут, после чего рост волос возобновился. Однако учитывая обострение суставного синдрома, ювенильное начало заболевания, инициировано лечение тоцилизумабом, а с 2019 г. возобновлен прием метипреда 8 мг/сут. На фоне проводимой терапии отмечаются купирование суставного синдрома, а также постепенное восстановление роста волос.

Клиническое наблюдение 3

Пациентка Б., 38 лет, диагноз АС установлен в 2008 г. Из-за неэффективности стандартной терапии в феврале 2018 г. начата терапия АДА, который был отменен из-за развития аллергического васкулита. В ноябре 2018 г. инициирована терапия цертолизумаба пэголом (ЦЗП) с хорошим эффектом в виде купирования артрита и уменьшения боли в спине. В марте 2019 г. началось усиленное выпадение волос. Препарат был отменен, но выпадение волос продолжалось и к июлю 2019 г. констатировано развитие Уф-ГА. Из-за обострения суставного синдрома терапия ЦЗП возобновлена.

Заключение. Описанные случаи развития Уф-ГА на фоне лечения ГИБП ставят вопрос о дальнейшем изучении патогенеза alopecii, роли в ее развитии провоспалительных цитокинов, особенно ФНО α и ИЛ17, а также влияния ГИБП на возникновение заболевания.

Редкое сочетание IgG4-связанного заболевания и болезни Шёгрена (описание клинического случая)

Аристова М.В., Сокол Е.В.

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

IgG4-связанное заболевание (IgG4-C3) — иммуноопосредованное фибровоспалительное заболевание, характеризующееся поражением различных органов и тканей, а также высо-

ким уровнем IgG4 в крови и специфическими патоморфологическими особенностями. В 2011 г. Н. Umehara и соавт. были разработаны диагностические критерии IgG4-C3, в основу которых положена гиперсекреция IgG4 у этих пациентов. Однако данный признак является неспецифическим. В 2019 г. появились новые классификационные критерии EULAR/ACR, которые подробно описывают ключевые клинико-лабораторные, патоморфологические и рентгенологические признаки IgG4-C3. Их особенностью является наличие блока критериев исключения, среди которых положительные антитела к Ro/SSA и La/SSB — основные иммунологические маркеры болезни Шёгрена (БШ). Таким образом, предполагается, что у одного пациента эти два заболевания сочетаться не могут.

Приводим описание клинического случая, в котором продемонстрировано соответствие пациентки критериям обоих заболеваний.

Клинический случай

Пациентка А., 60 лет, с 2017 г. отмечала нарастание боли в области правого глаза с последующим присоединением в течение года гиперемии и припухлости правого верхнего века, а также персистирующей сухости во рту. В 2019 г. в связи с экзофтальмом проведена компьютерная томография (КТ) орбит, по данным которой определены утолщение орбитальных мышц, зрительного нерва, деформация ретробульбарной клетчатки справа. Произведена правосторонняя орбитотомия с биопсией измененной ткани, выявившей массивную лимфоплазмноклеточную инфильтрацию, фиброз, а также >50 IgG4+ клеток в поле зрения при большом увеличении (x400), что позволило диагностировать IgG4-C3 с поражением орбиты. В 2019 г. при госпитализации обращали на себя внимание высокий титр антинуклеарного фактора (АНФ, 1/1280), а также позитивность по анти-Ro/SSA (>200 ЕД/мл). При сиалографии подтвержден паренхиматозный паротит, при биопсии малых слюнных желез была обнаружена выраженная лимфогистиоцитарная инфильтрация (до 200 элементов в фокусе). Офтальмологом выявлены сухой кератоконъюнктивит (проба Норна — 3 с, эпителиопатия роговицы), гипоплазмия III стадии (тест Ширмера — 3 мм). Пациентке установлен диагноз БШ по российским диагностическим критериям и классификационным критериям ACR/EULAR (2016). Получала лечение циклофосфамидом в комбинации с метилпреднизолоном 4 мг/сут без положительной динамики: сохранялись клинические и КТ-признаки псевдотумора орбит. В связи с этим в марте 2020 г. инициирована терапия ритуксимабом 2 г суммарно с положительным клинико-рентгенологическим эффектом, что выразилось в полном регрессе болевого синдрома в правом глазу, а также в уменьшении выраженности ксеростомии.

Заключение. Существующие на сегодняшний день классификационные критерии IgG4-C3, с одной стороны, помогают клиницисту определить круг диагностического поиска, а с другой — в определенных ситуациях не позволяют установить диагноз IgG4-C3. В рутинной клинической практике, вероятно, более оправданно использование диагностических критериев IgG4-C3.

Взаимосвязь индекса здоровья (ASAS HI) с активностью заболевания и функциональным статусом больных анкилозирующим спондилитом

Аристова М.В., Эрдес Ш.Ф.

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

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Индекс здоровья ASAS HI является инструментом количественной оценки здоровья и общего состояния пациентов, страдающих анкилозирующим спондилитом (АС), и предполагает анализ ответов пациента на 17 вопросов. Каждый вопрос связан со специфическим пулом ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Цель исследования — определить взаимосвязь ASAS HI с другими показателями, отражающими активность заболевания, функциональный статус и состояние здоровья пациентов с АС.

Пациенты и методы. В исследование включено 70 пациентов с АС, соответствовавших Нью-Йоркским критериям 1984 г., средний возраст — $40,5 \pm 11,4$ года, средняя длительность болезни — $17,1 \pm 10,0$ лет. Большинство составляли лица мужского пола — 71%, позитивность по HLA-B27 выявлена в 81,4% случаев. Активность заболевания определяли по ASDAS-COЭ, ASDAS-CPБ, BASDAI, глобальной оценке самочувствия пациентом, функциональный статус — по BASFI и BASMI. Для изучения качества жизни и здоровья пациента проводился подсчет адаптированной русскоязычной версии индекса ASAS HI. Статистический анализ выполняли с помощью программы Statistica 64. Для расчета статистической взаимосвязи ASAS HI с другими индексами и показателями определяли корреляцию Пирсона (r). Корреляцию $>0,90$ расценивали как очень высокую, $0,70-0,89$ — как высокую, $0,50-0,69$ — как умеренную, $0,26-0,49$ — как низкую и $\leq 0,25$ — как слабую. Для всех применяемых тестов различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Выявлена умеренная взаимосвязь ASAS HI с индексами BASDAI ($r=0,55$), ASDAS-CPБ ($r=0,50$), ASDAS-COЭ ($r=0,53$), а также с глобальной оценкой самочувствия пациента ($r=0,51$). Немного выше была корреляция ASAS HI с функциональным индексом BASFI ($r=0,62$). Крайне низкая связь наблюдалась с лабораторными показателями активности заболевания: CPБ ($r=0,37$) и COЭ ($r=0,36$), а также BASMI ($r=0,24$).

Максимальная корреляция выявлена с индексами, характеризующими самооценку состояния больного: BASDAI, ASDAS-CPБ/COЭ, BASFI и др., а меньшая связь — с параметрами, которые не включают субъективную оценку самочувствия больного: BASMI, COЭ, CPБ. Зависимости ASAS HI от пола, возраста пациентов и длительности заболевания не обнаружено.

Заключение. Индекс здоровья ASAS HI является простым и информативным методом оценки состояния пациентов с АС и отражает различные аспекты качества жизни. Наше исследование выявило максимальную взаимосвязь ASAS HI с индексами самооценки состояния больного.

Валидность упрощенного индекса активности анкилозирующего спондилита (SASDAS) в российской когорте пациентов

Аристов М.В., Эрлес Ш.Ф.

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

В настоящее время существует множество индексов и параметров, отражающих активность, функциональный статус, а также общее самочувствие пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС). SASDAS по сравнению с другими методами оценки активности АС, главным образом

ASDAS, имеет весомое преимущество благодаря простоте подсчета результатов, не требует использования калькулятора, что заметно экономит время на амбулаторном приеме.

Цель исследования — изучить валидность SASDAS при оценке активности АС путем определения его взаимосвязи с другими инструментами количественной оценки.

Пациенты и методы. Обследовано 70 пациентов с достоверным диагнозом АС, из которых у 17 (24,2%) имелось ювенильное начало заболевания; 50 (71%) были лицами мужского пола. Средний возраст составил $40,5 \pm 11,4$ года, средняя длительность болезни — $17,1 \pm 10,0$ лет. Большинство больных (81,4%) были позитивны по HLA-B27. Валидность индекса SASDAS для оценки активности заболевания определялась путем изучения его корреляции с другими инструментами количественной оценки. Активность АС оценивалась с помощью индексов BASDAI, ASDAS-COЭ, ASDAS-CPБ, SASDAS-COЭ, SASDAS-CPБ, глобальной оценки самочувствия пациентом, функциональный статус — с помощью BASMI и BASFI. Для изучения качества жизни применяли опросник ASAS HI. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 64. Для оценки корреляционной силы индексов SASDAS-COЭ и SASDAS-CPБ с другими показателями, учитывая ненормальное распределение признака, применялся тест Спирмана. Корреляцию (r) $>0,90$ расценивали как очень высокую, $0,70-0,89$ как высокую, $0,50-0,69$ — как умеренную, $0,26-0,49$ — как низкую и $\leq 0,25$ — как слабую. Для всех применяемых тестов различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Выявлена очень высокая корреляция SASDAS-COЭ с индексом активности ASDAS-COЭ ($r=0,96$), а также с лабораторным показателем COЭ ($r=0,90$). Сильная связь обнаружена с такими показателями, как ASDAS-CPБ ($r=0,84$) и CPБ ($r=0,76$). Определена очень высокая и высокая связь между упрощенным индексом SASDAS-CPБ и ASDAS-CPБ ($r=0,94$), CPБ ($r=0,89$) и ASDAS-COЭ ($r=0,87$), COЭ ($r=0,73$) соответственно. Кроме того, SASDAS-COЭ и SASDAS-CPБ имели умеренную связь с BASDAI ($r=0,65$ и $r=0,68$) и BASFI ($r=0,63$ и $r=0,61$ соответственно). Сила корреляционной связи с другими параметрами заболевания — индексами MASES, BASMI, ASAS HI, глобальной оценкой самочувствия пациентом, длительностью заболевания и утренней скованностью была слабой.

Заключение. Согласно результатам исследования, SASDAS-CPБ и SASDAS-COЭ показали превосходную корреляцию с другими индексами активности (BASDAI, ASDAS-CPБ и ASDAS-COЭ соответственно), а также с острофазовыми показателями воспаления (CPБ, COЭ), что свидетельствует о надежности данного инструмента оценки активности АС. Также статистически значимая корреляция наблюдалась и с индексом BASFI, однако с прочими параметрами, отражающими функциональный статус пациента (BASMI), общее здоровье (ASAS HI), длительность заболевания, утреннюю скованность и др., корреляция была слабой.

Клинико-демографическая характеристика пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, бессимптомно перенесших COVID-19

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

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

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Цель исследования — изучить клинико-демографические характеристики пациентов с иммунновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ), перенесших COVID-19 без клинических проявлений.

Пациенты и методы. Изучен материал Российской базы данных НИИР/APP-COVID-19, сформированной на основании сообщений практикующих ревматологов и включающей информацию о взрослых пациентах (старше 18 лет) с ИВРЗ, перенесших COVID-19.

Результаты. Изучены данные 156 пациентов (средний возраст $52,0 \pm 14,8$ года), среди которых было 117 (75%) женщин, в том числе 38 (24,4%) 65 лет и старше. Бессимптомное течение COVID-19 отмечено у 15 пациентов, преимущественно молодых женщин ($n=13$, 86,7%), медиана возраста — 41 [41; 48] год. Из них никогда не курили 11 пациентов и у 4 данные о статусе курения отсутствовали. В этой группе пациентов имелись следующие ИВРЗ: ревматоидный артрит — у 5 (33,3%); системная красная волчанка — у 2 (13,3%), анкилозирующий спондилит — у 1 (6,7%), синдром Шёгрена — у 3 (20%), системная склеродермия — у 1 (6,7%), дерматомиозит — у 2 (13,3%), псориатический артрит (ПсА) — у 1 (6,7%). Активность ИВРЗ на момент заболевания была низкой у 6 (40%) пациентов, умеренной — у 7 (46,7%), ремиссия отмечалась у 2 (13,3%). Коморбидные заболевания имелись у 4 больных. У одной пациентки 70 лет наблюдалось сочетание артериальной гипертензии (АГ) с ишемической болезнью сердца, у другой больной 75 лет — АГ с коморбидным ожирением. Еще у 1 пациентки ИВРЗ сопутствовало интерстициальное заболевание легких и у 1 больного ПсА имелся кожный псориаз. В 5 случаях диагноз COVID-19 был установлен на основании результата полимеразной цепной реакции к РНК SARS-CoV-2, еще в 5 — на основании данных компьютерной томографии легких и в 2 — с помощью анализа на наличие антител (IgM, IgG). В оставшихся 3 случаях информация о методах верификации COVID-19 отсутствовала. 6 пациентам этой группы никакого лечения, кроме стандартного ухода, не потребовалось, в остальных наблюдениях назначались противовирусные (осельтамивир), антибактериальные (амоксиклав, азитромицин) препараты, а также гидроксихлорохин, внутривенно глюкокортикостероиды (дексаметазон) и прямые антикоагулянты. У всех больных COVID-19 закончился выздоровлением, осложнений не отмечено. В 12 (75%) случаях, по мнению ревматологов, COVID-19 не повлиял на течение ИВРЗ.

Заключение. Изучаемая группа пациентов была представлена преимущественно молодыми женщинами. Течение COVID-19 было благоприятным, несмотря на наличие признаков клинико-лабораторной активности ИВРЗ и коморбидных состояний. Для детальной оценки особенностей течения COVID-19 у больных с ИВРЗ необходимы дальнейшие исследования на более крупных когортах.

Активность аденозиндеаминазы в синовиальной жидкости пожилых пациентов с невоспалительными и воспалительными заболеваниями суставов

Арутюнян Р.А.

Медицинский центр «СИРМЕД», Ереван, Республика Армения

Диагностика воспалительных заболеваний суставов на ранних стадиях и их дифференциация от невоспалительных

заболеваний — актуальная задача, особенно у пожилых лиц. Выделяют группу пациентов, у которых на раннем этапе заболевания невозможно установить достоверный клинический диагноз. В последние годы активно изучались биомаркеры, с помощью которых можно дифференцировать тип артрита. Аденозин — пуриновый нуклеозид, обладающий противовоспалительной активностью и являющийся мощным регулятором воспалительного ответа. Ранее было показано, что активность аденозиндеаминазы (АДА) может быть использована как специфический, чувствительный биохимический маркер при дифференциальной диагностике ревматоидного артрита (РА) и остеоартрита (ОА).

Цель исследования — проанализировать уровень АДА в синовиальной жидкости (СЖ) у пациентов с воспалительными и невоспалительными артритами старше и моложе 65 лет.

Пациенты и методы. Исследовалась СЖ коленного сустава у больных с достоверными диагнозами РА ($n=22$) и ОА ($n=18$). Больные были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли пациенты моложе 65 лет: 14 пациентов с РА и 7 с ОА; во 2-ю группу — больные старше 65 лет: 8 с РА и 11 с ОА. Образцы СЖ центрифугировали и разбавляли в 3 раза. Активность АДА оценивали по количеству аммиака, высвобождающегося в реакции дезаминирования аденозина.

Результаты. В обеих группах при РА средняя активность АДА в СЖ составила $32,8 \pm 4,1$ (10,5–99,8) IU/L, а при ОА — $4,9 \pm 1,07$ (0,3–12,7) IU/L. Статистически значимой разницы в активности АДА в обеих возрастных группах при РА и ОА не выявлено.

Заключение. Можно предположить, что активность АДА в СЖ — независимый диагностический маркер, позволяющий дифференцировать воспалительные и невоспалительные заболевания суставов в любой возрастной группе.

Инфекции нижних дыхательных путей у больных спондилоартритами (предварительные данные)

Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Воробьева Л.Д.

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

Инфекции дыхательных путей, в частности пневмония и острый бронхит, являются наиболее частыми в структуре инфекционных заболеваний у пациентов со спондилоартритами (СПА). Более того, внебольничная пневмония нередко требует госпитализации или внутривенного (в/в) введения антибиотиков.

Цель исследования — изучить частоту и структуру инфекций нижних дыхательных путей (НДП) у больных СПА и их взаимосвязь с проводимой терапией и другими факторами риска (курение, наличие хронических заболеваний легких).

Пациенты и методы. В одномоментное ретроспективное исследование включено 275 пациентов, наблюдавшихся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. У 172 из них диагностирован анкилозирующий спондилит, у 79 — псориатический артрит, у 23 — недифференцированный спондилоартрит, у 1 — спондилоартрит, ассоциированный с болезнью Крона. Средняя продолжительность заболевания составила $10,8 \pm 8,7$ года. Все больные были опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты, дополнительную информацию получали из медицинской документации.

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Результаты. 74 пациента сообщили о развитии инфекций НДП после дебюта СПА: пневмония возникла у 34 пациентов, острый бронхит — у 34, пневмония и острый бронхит — у 6. Пневмония впервые диагностирована у 35 больных, в том числе у 13 она была вызвана вирусом SARS-CoV-2, у 1 пациента документирована микст-пневмония (ассоциированная с вирусом SARS-CoV-2 + бактериально-грибковая). Диагноз острого бронхита впервые установлен у 28 пациентов. Среди больных, перенесших инфекцию НДП после дебюта СПА, 28 принимали глюкокортикоиды (на момент включения в исследование или в анамнезе), 35 — метотрексат, 6 — лефлуномид, 31 — генно-инженерные биологические препараты в качестве монотерапии или в комбинации с базисными противовоспалительными препаратами. 8 пациентов страдали хроническими заболеваниями легких (хроническая обструктивная болезнь легких или бронхиальная астма), 12 были активными курильщиками. Серьезные инфекции (требовавшие госпитализации и/или в/в применения антибиотиков) были зарегистрированы в 15 случаях (в 14 — пневмония, в 1 — острый бронхит).

Заключение. Таким образом, проблема инфекций НДП у больных СПА является актуальной и требует дальнейшего изучения.

Оценка взаимосвязи боли с активностью псориатического артрита, функциональным статусом и качеством жизни, связанным со здоровьем

Воробьева Л.Д., Тремаскина П.О., Чамурлиева М.Н.,
Логонова Е.Ю., Коротаева Т.В.

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

Псориатический артрит (ПсА) — хроническое воспалительное ревматическое заболевание, ассоциированное с псориазом и характеризующееся выраженной клинической гетерогенностью с преимущественным поражением суставов и позвоночника, при котором боль является одним из главных симптомов. Однако в настоящее время влияние боли на функциональный статус и качество жизни, связанное со здоровьем (КЖСЗ), у данных пациентов практически не изучены.

Цель исследования — оценить взаимосвязь боли с активностью заболевания, функциональным статусом и КЖСЗ у пациентов с ПсА.

Пациенты и методы. В исследование включено 187 пациентов: 97 (50,2%) мужчин и 90 (48,8%) женщин, соответствовавших критериям CASPAR. Средний возраст — $45,6 \pm 11,7$ года, индекс активности по DAPSA — $21,1 \pm 21,0$, длительность заболевания — 88 [16; 421] мес. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование, а также оценка показателей состояния здоровья по мнению пациента (EQ-5D, PsAID12, HAQ, BASDAI). Боль оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (оценка боли пациентом, в мм). Пациенты были разделены на две группы: в 1-ю группу вошли лица (46,3%) с сильной и очень сильной болью; во 2-ю (53,7%) со слабой болью или отсутствием боли.

Результаты. Выявлено, что у пациентов 1-й группы наблюдалась высокая активность по DAPSA ($44,3 \pm 19,4$) по сравнению с пациентами 2-й группы ($14,0 \pm 12,9$), $p < 0,001$. Также в 1-й группе по сравнению со 2-й группой отмечено

значительно большее число болезненных ($16,5 \pm 10,2$ и $6,70 \pm 5,33$ соответственно) и припухших ($12,5 \pm 8,7$ и $4,5 \pm 3,03$ соответственно) суставов ($p < 0,001$). При оценке показателей состояния здоровья по мнению пациента установлено, что в 1-й группе общая оценка заболевания была значительно хуже, чем во 2-й группе: $64,7 \pm 18,7$ и $25,3 \pm 18,3$ соответственно ($p < 0,0001$). Сравнение групп по функциональному статусу показало, что у больных 1-й группы BASDAI значительно выше, чем у пациентов 2-й группы: $5,41 \pm 2,41$ и $2,48 \pm 1,79$ соответственно ($p < 0,0001$); аналогичные результаты были продемонстрированы при анализе HAQ: $1,17 \pm 0,77$ и $0,75 \pm 0,60$ соответственно ($p < 0,0001$). Оценка КЖСЗ с помощью общего опросника EQ-5D и специфического опросника PsAID12 показала, что КЖСЗ значимо хуже в 1-й группе. Так, показатели EQ-5D составили $0,51 \pm 0,21$ и $0,77 \pm 0,15$ ($p < 0,0001$), а PsAID12 — $4,91 \pm 2,41$ и $1,78 \pm 1,74$ ($p < 0,0001$).

Заключение. Установлено, что боль взаимосвязана с активностью ПсА, а также значительно влияет на функциональный статус и КЖСЗ.

Оценка боли и состояния здоровья пациентов при раннем ревматоидном артрите в зависимости от индекса массы тела

Горбунова Ю.Н., Кириллова И.Г., Попкова Т.В.,
Насонов Е.Л., Лиля А.М.

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

Жировая ткань продуцирует большое число различных провоспалительных цитокинов: интерлейкин (ИЛ) 1, ИЛ6, фактор некроза опухоли α , лептин, участвующих в патогенезе ревматоидного артрита (РА). Ожирение при РА ассоциируется с высокой активностью заболевания, редким достижением ремиссии, снижением эффективности терапии, а также худшими оценками пациентами выраженности боли и состояния здоровья в целом по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Цель исследования — уточнить влияние индекса массы тела (ИМТ) на показатели боли и оценку состояния здоровья пациентом по ВАШ при раннем РА.

Пациенты и методы. В исследование включено 74 пациента (54 женщины и 20 мужчин, средний возраст 56 [46,0; 61,0] лет) с ранним РА по критериям ACR/EULAR (2010), которые ранее не получали глюкокортикоиды и базисные противоревматические препараты. Медиана длительности заболевания составила 7,0 [4,0; 8,0] мес. Отмечались серопозитивность по ревматоидному фактору (РФ IgM) и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду, высокая активность РА (DAS28 $5,6$ [5,0; 6,3], SDAI $35,4$ [27,0; 45,8], CDAI $31,0$ [26,0; 44,0]). Уровень лептина измеряли с помощью иммуноферментного анализа ELISA (DBS — Diagnostics Biochem Canada Inc.). Уровень лептина считали повышенным при показателях $\geq 11,1$ нг/мл у женщин и $\geq 5,6$ нг/мл у мужчин. Статус избыточной массы тела/ожирения определяли по критериям ВОЗ у пациентов с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м². Оценка боли и состояния здоровья пациентом и врачом проводили с помощью ВАШ (100 мм).

Результаты. Избыточная масса тела/ожирение была установлена у 39 (52,7%) пациентов с ранним РА, высокий

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

уровень лептина — у 33 (44,6%). Больные ранним РА в зависимости от ИМТ были разделены на две группы: 1-я группа (n=39) — пациенты с избыточной массой тела/ожирением (ИМТ ≥ 25 кг/м²); 2-я группа (n=35) — с нормальным ИМТ (<25 кг/м²). 1-я и 2-я группы статистически значимо различались по возрасту (56 лет и 47 лет), уровню боли (61 и 50 мм), уровню состояния здоровья по мнению пациента (60 и 50 мм по ВАШ) и по мнению врача (56 и 46 мм по ВАШ), показателям систолического и диастолического артериального давления: 127 и 117 мм рт. ст. и 81 и 73 мм рт. ст. соответственно ($p < 0,05$ для всех случаев). Показатель боли коррелировал с уровнем СОЭ ($r=0,41$, $p=0,008$), СРБ ($r=0,46$, $p=0,003$), а ИМТ — с уровнем триглицеридов ($r=0,33$, $p=0,04$) и лептина ($r=0,37$, $p=0,02$) в 1-й группе.

Прямая корреляция между ИМТ и уровнем глюкозы ($r=0,37$, $p=0,02$), уровнем СРБ с числом припухших суставов ($r=0,38$, $p=0,02$) и утренней скованностью ($r=0,56$, $p=0,009$) отмечалась во 2-й группе.

Заключение. Пациенты с ранним РА и избыточной массой тела/ожирением имели более высокие показатели боли и состояния здоровья по ВАШ, чем пациенты с нормальным ИМТ.

Корреляция концентрации полиглутаматов метотрексата с изменением оценки боли в ходе проспективного 36-недельного наблюдения больных ревматоидным артритом

Гриднева Г.И.¹, Аронова Е.С.¹, Самаркина Е.Ю.¹, Баймеева Н.В.², Муравьев Ю.В.¹

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ²ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Субъективная оценка боли пациентом входит в большинство композитных индексов, используемых для определения эффективности лечения, при этом вероятное влияние концентрации отдельных метаболитов метотрексата (МТ) на субъективное восприятие боли отдельно не изучалось.

Цель исследования — выявление взаимосвязи концентрации полиглутаматов (ПГ) МТ с изменением оценки боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в ходе проспективного 36-недельного наблюдения больных ревматоидным артритом (РА).

Пациенты и методы. В исследование включено 79 больных с диагнозом РА согласно критериям ACR/EULAR 2010 г. Среди них было 65 (82%) женщин и 14 (18%) мужчин (возраст $53 \pm 11,3$ года), не получавших ранее МТ. Всем больным был назначен МТ из расчета 10–15 мг/м² поверхности тела. Определение в эритроцитах и мононуклеарах моноглутамата МТ, а также основных метаболитов МТ — ПГ с 2, 3 и 4 глутаматными остатками (МТПГ 2–4) и 7-гидроксиметотрексата (7-ОН-МТ) проводилось методом танометрической хроматомасс-спектрометрии через 4, 12, 24 и 36 нед терапии (в нмоль/л). О динамике боли судили по разнице в ее оценках по ВАШ в ходе последовательных визитов. Для изучения взаимосвязи между ДВАШ и концентрацией метаболитов МТ использовали метод Спирмена и программу Statistica 10.

Результаты. Медиана боли по ВАШ через 4 нед терапии составила 55 [45; 70] мм, через 12 нед — 38 [20; 50] мм, через

24 нед — 20 [10; 35] мм и через 36 нед — 18 [10; 30] мм. Значение ДВАШ через 4 нед достигло 68 ± 9 мм, через 12 нед — 61 ± 10 мм, через 24 нед — 56 ± 11 мм и через 36 нед — 51 ± 26 мм. Глюкокортикоиды (ГК) перорально или в виде внутрисуставных инъекций в течение первых 4 нед терапии получали 26 пациентов, через 12 нед — 16, через 24 нед — 11 и через 36 нед — 8. Через 4 и 36 нед лечения ДВАШ обратно коррелировала с концентрацией МТПГ2 ($p < 0,005$ для всех случаев). Концентрация остальных фракций МТПГ, а также 7-ОН-МТ не была связана с ДВАШ ни на одном из этапов лечения.

Заключение. ДВАШ после 4 и 36 нед терапии обратно коррелировала с уровнем диглутамата МТ, несмотря на более чем двукратное уменьшение количества больных, принимающих ГК, что может подтверждать значение длительно-цепочечных метаболитов МТ в формировании комплексной оценки ответа на лечение МТ.

Манифестация хронического небактериального остеомиелита во взрослом возрасте (клинический случай)

Коломейчук А.А., Тарасова Г.М.

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

Хронический небактериальный остеомиелит (ХНО) — редкое аутовоспалительное заболевание, характеризующееся неинфекционным рецидивирующим поражением костной ткани, как правило, манифестирующим в детском возрасте и в редких случаях у взрослых.

Представляем клиническое наблюдение, в котором хронический небактериальный остеомиелит возник во взрослом возрасте.

Клиническое наблюдение

Пациентка М., 44 лет, обратилась в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой зимой 2021 г. с жалобами на выраженную боль в области левой ключицы, в грудине, периодически появляющуюся боль в лучезапястных и голеностопных суставах, эпизод артрита левого голеностопного сустава. Больна с 2018 г., когда впервые возникла острая боль в области левой ключицы длительностью 5–7 мин, которая отмечалась дважды в год (весной и осенью). В мае 2019 г. стала ежедневной выраженная боль приступообразного характера в области проксимального отдела левой ключицы с иррадиацией в нижнюю челюсть, левую руку. В июне 2019 г. на пике боли пациентка была госпитализирована с подозрением на острый коронарный синдром в кардиологическое отделение, проведена коронарография, патологии не выявлено. Лабораторные показатели (СОЭ, СРБ, лейкоцитарная формула) без признаков воспаления. С сентября 2020 г. — ухудшение состояния в виде усиления боли в области левой ключицы, появления фурункулов на лице, двух эпизодов гидраденита. 26.10.2020 при магнитно-резонансной томографии (МРТ) грудино-ключичных сочленений определялся склеротический очаг в структуре акромиального конца левой ключицы с умеренным перифокальным отеком костного мозга. Под КТ-навигацией выполнена биопсия образования левой ключицы. Заключение от 02.11.2020: гистологическая картина соответствует хроническому остеомиелиту ключицы. Проведены сцинтиграфия, Диаскинтест, повторная биопсия. В результате были исключены остеокаркома, бактериальный остеомиелит, туберкулез. Гистологический материал консультирован профессором С.Г. Раденска-Лоповок: описанные морфологические изменения могут быть проявлением хроническо-

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

го рецидивирующего мультифокального остеомиелита (*Chronic recurrent multifocal osteomyelitis/osteitis, CRMO* — болезнь Меджиди) и дефицита антагониста рецептора интерлейкина 1/дефицита антагониста рецептора интерлейкина 36 (*Deficiency of interleukin-1 receptor antagonist/Deficiency of interleukin-36 receptor antagonist, DIRA/DITRA*).

В феврале 2021 г. пациентка госпитализирована в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. По лабораторным данным воспалительной активности не обнаружено. Иммунологические маркеры (РФ, АЦЦП, АНА) отрицательные. При МРТ в проксимальном конце левой ключицы (до 50% объема эпифиза) определялся неправильной формы очаг фиброзной перестройки, без деформации архитектоники, с перифокальным линейным усилением интенсивности МР-сигнала. Учитывая поражение ключицы с формированием склеротического очага и отсутствие данных, свидетельствующих об инфекционном остеомиелите, опухолевом и метастатическом поражении костной ткани, установлен диагноз ХНО. Назначены метотрексат 15 мг/нед, памидроновая кислота 60 мг/1,5 мес внутривенно, постоянный прием нестероидных противовоспалительных препаратов. По данным МРТ, выполненной спустя 6 мес, наблюдался положительный эффект в виде купирования болевого синдрома, регресса перифокального отека в проксимальном отделе левой ключицы.

Заключение. ХНО — редкое заболевание, и большинство врачей недостаточно осведомлены об этой патологии. В нашем случае диагноз являлся диагнозом исключения. Можно полагать, что приведенное клиническое наблюдение расширит представления клиницистов об аутовоспалительных заболеваниях. ХНО может манифестировать во взрослом возрасте. Тщательное обследование и дифференциальная диагностика с инфекционным остеомиелитом, злокачественными новообразованиями, туберкулезом костей и суставов способствовали идентификации ХНО и назначению адекватной терапии.

Особенности течения постинфекционных артритов после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19

Комаров В.Т., Хичина Н.С., Филатова М.А.
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н.Бурденко» Пенза, Россия

Поражение костно-мышечной системы после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19 представляет особый интерес для ревматологов.

Цель исследования — оценить особенности постинфекционного артрита (ПА) после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19, подтвержденной лабораторно.

Пациенты и методы. Под наблюдением в течение года находились 10 пациентов с ПА (4 мужчины и 6 женщин, средний возраст 36,2±5,2 года). Диагноз ПА устанавливали при появлении артрита после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19, отсутствии критериев ревматоидного артрита, псориатического артрита и анкилозирующего спондилита. У всех пациентов исследовали мазок из зева методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на РНК SARS-CoV-2 трижды и антитела к РНК SARS-CoV-2 IgM и IgG, количество циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), СОЭ, наличие ревматоидного фактора (РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), HLA-B27.

Результаты. В клинической картине новой коронавирусной инфекции у 4 больных отмечались двусторонняя нижнедолевая пневмония, подтвержденная при спиральной компьютерной томографии органов грудной клетки, лихорадка. У них дважды выявлялся положительный результат ПЦР РНК SARS-CoV-2, антитела к РНК SARS-CoV-2 IgM (в среднем 6,6 ед.). Пациенты выписаны из инфекционного отделения с отрицательным результатом ПЦР на РНК SARS-CoV-2. ПА возник в среднем через 2,5 мес после перенесенного COVID-19. В клинической картине ПА превалировала длительная лихорадка до 38°C, которая не купировалась нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и антибактериальной терапией. Главным проявлением заболевания во всех случаях было асимметричное поражение голеностопных, коленных, тазобедренных суставов, проксимальных межфаланговых суставов кистей. Наблюдалось также вовлечение лучезапястных, локтевых и плечевых суставов. Течение ПА было упорным и сопровождалось стойким синовитом, длительной утренней скованностью (в среднем до 2 ч). Анализ лабораторных показателей после перенесенной инфекции свидетельствовал о наличии антител к SARS-CoV-2 IgG (в среднем 8,3 ед.), лейкоцитоза ($10,5 \cdot 10^9/\text{л} \pm 3,2$), ускоренной СОЭ ($37,4 \pm 4,6$ мм/ч), увеличении уровня СРБ (до $72,5 \pm 5,4$ мг/л) и ферритина (до $424,3 \pm 6,5$ мг/л). Из иммунологических показателей отмечены повышение содержания ЦИК (до $68,5 \pm 6,3$ опт. ед.), позитивность по РФ ($33,5 \pm 3,5$ ед/л), отрицательный результат тестов на антинуклеарный фактор, АЦЦП, у половины больных выявлен антиген HLA-B27. На рентгенограммах кистей и стоп патологии не отмечено, на рентгенограммах костей таза и по данным магнитно-резонансной томографии крестцово-подвздошных суставов сакроилиит не определялся. Все пациенты с ПА получали НПВП, глюкокортикоиды (ГК) не менее 15 мг/сут перорально с постепенным снижением дозы; 4 больным с затяжным течением ввиду отсутствия эффекта лечения дополнительно проведена пульс-терапия метилпреднизолоном 500 мг/сут внутривенно (в/в) капельно в течение 2 дней. Всем пациентам получали физиотерапевтическое лечение, ЛФК, пентоксифиллин 5,0 мл в/в капельно, а также сульфасалазин 2 г/сут. Выздоровление наступило у 5 больных, у остальных отмечалось рецидивирующее течение.

Заключение. Таким образом, на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19 отмечено развитие ПА с поражением суставов преимущественно нижних конечностей с затяжным течением, что потребовало использования ГК. Окончательные выводы о течении ПА можно будет сделать при дальнейшем наблюдении за пациентами.

Вариабельность артралгического синдрома у лиц, перенесших инфекцию COVID-19

Кошуква Г.Н.^{1,2}, Заяева А.А.^{1,2}, Доля Е.М.^{1,2}

¹Институт «Медицинская академия им. С.И. Георгиевского» ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия;

²ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», Симферополь, Россия

Новая коронавирусная инфекция, помимо респираторной системы, оказывает повреждающее действие практиче-

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

ски на все органы и системы человека, включая костно-мышечную систему. Нет прямых доказательств того, что вирус SARS-CoV-2 может напрямую влиять на ноцицептивную гиперчувствительность, однако системное гипервоспаление, наблюдаемое при тяжелой форме COVID-19, может способствовать сенсibilизации ноцицепторов. У пациентов, перенесших COVID-19, среди осложнений нередко встречается длительно сохраняющийся астенический синдром с выраженным болевым синдромом в различных группах суставов, у некоторых развиваются и более серьезные осложнения, такие как ревматоидный артрит, аутоиммунный миозит или воспаление фаланг пальцев ног, известное как «ковид-пальцы».

Цель исследования — изучить особенности артралгического синдрома у лиц, перенесших инфекцию COVID-19.

Пациенты и методы. Методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ 42 амбулаторных карт пациентов (31 женщина и 11 мужчин, средний возраст 42 ± 12 лет), обратившихся к ревматологу в период от 1 до 6 мес после перенесенной инфекции COVID-19. У всех пациентов были отрицательные результаты лабораторных исследований биологического материала на наличие РНК SARS-CoV-2 в момент обращения и подтвержденный анамнез перенесенной инфекции COVID-19 среднетяжелого и тяжелого течения. Анализировались следующие показатели: время возникновения артралгического синдрома, количество вовлеченных суставов, степень выраженности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), длительность эпизода боли, уровень острофазовых показателей воспаления (СОЭ, СРБ), ревматоидного фактора.

Результаты. Большинство больных (64,3%) отмечали возникновение боли в суставах и мышцах в период заражения SARS-CoV-2 с сохранением аналогичных жалоб в период реконвалесценции. Остальные пациенты указали на появление суставного синдрома в течение 1,5–2 мес после заражения. При оценке суставного статуса преобладали полиартралгии с преимущественным поражением мелких суставов кистей, коленных и голеностопных суставов с подострым течением. Показатель ВАШ на момент обострения составил 62 ± 14 мм, СОЭ — 28 ± 12 мм, СРБ — $11,8 \pm 5,7$ мг/л, причем степень выраженности боли не коррелировала со степенью воспалительного процесса. Всем пациентам в качестве терапии первой линии назначались нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в стандартных дозах, преимущественно селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 в сочетании с локальными формами НПВП. Продолжительность курса терапии у 69,1% составила 18 ± 4 сут, у 30,9% монотерапия оказалась недостаточно эффективной, что потребовало дополнительного использования гидроксихлорохина и/или глюкокортикоидов. У 6 (14,3%) пациентов в течение 6 мес после перенесенной инфекции COVID-19 диагностирован дебют ревматоидного артрита.

Заключение. Проведенное исследование показало, что в условиях пандемии произошло увеличение числа пациентов, обратившихся за медицинской помощью по поводу суставной и мышечной боли. Прослеживается тенденция к увеличению продолжительности болевого эпизода при назначении стандартных схем лечения. SARS-CoV-2 следует рассматривать в качестве гипотетического пускового меха-

низма развития аутоиммунных заболеваний, что требует более длительного динамического наблюдения за больными с артралгическим синдромом.

Изменение характера боли в спине у женщин с анкилозирующим спондилитом на фоне беременности

Кричевская О.А., Ильиных Е.В., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Андрианова И.А.

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

Цель исследования — изучение динамики выраженности боли в спине и частоты отдельных компонентов боли воспалительного и механического ритма у женщин с анкилозирующим спондилитом (АС) в ходе беременности в сравнении с проявлениями дорсопатии у здоровых беременных.

Пациенты и методы. Для проспективного наблюдения в основную группу включено 49 беременных женщин с АС, соответствовавших модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г. Прослежено 50 беременностей. Средний возраст пациенток — $31,6 \pm 4,9$ года, продолжительность АС — $134,4 \pm 85,8$ мес. Дополнительно было проанкетировано 90 здоровых беременных с отсутствием боли в спине и артритов в анамнезе, средний возраст — $28 \pm 4,4$ года. Из них боль в спине хотя бы в одном триместре была у 51 женщины, составившей контрольную группу. Оценка интенсивности боли проводилась по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ).

Результаты. Боль в спине в I, II и III триместрах гестации испытывали 84; 86 и 97,7% больных АС; интенсивность боли по ЧРШ составляла 3 [2; 4], 4 [3; 5] и 3 [2; 5,5] соответственно по триместрам и не отличалась от таковой в контрольной группе: 3 [2; 4], 3 [2; 5] и 3 [2; 5]. Ночная боль в спине с улучшением при пробуждении имела у 70; 58 и 68,8% женщин с АС соответственно в I, II и III триместрах, наблюдалась тенденция к ее усилению во второй половине беременности (3 [1; 5], 5 [3; 6], 4 [2; 5] соответственно по триместрам). В контрольной группе частота ночной боли составляла 20; 21,7 и 18,2% по триместрам ($p < 0,05$ по сравнению с основной группой в каждом триместре), ее выраженность — 2 [2; 3], 3 [2; 4], 1 [1; 1] по триместрам ($p < 0,05$ по сравнению с основной группой в каждом триместре). При этом у 75% здоровых беременных, имевших ночную боль, признаки ее не соответствовали воспалительной боли (более выражена в первой половине ночи, не уменьшается после пробуждения). Частота признака воспалительной боли (отсутствие уменьшения в покое) у женщин с АС снижалась в ходе беременности (86; 70 и 56,3% по триместрам; $p < 0,05$ между I и II, I и III триместрами), однако эта боль встречалась чаще, чем в группе контроля, на всем протяжении гестации ($p < 0,05$). Частота уменьшения боли после разминки во второй половине беременности не различалась у женщин двух групп ($p > 0,05$): в основной группе — 80; 68 и 60,4% по триместрам ($p < 0,05$ между I и II, I и III триместрами), в контрольной группе — 33,3; 43,5 и 60,4% ($p < 0,05$ между I и III триместром). Во второй половине гестации характер боли в спине у пациенток с АС изменился: 40% отметили уменьшение боли в покое (в I триместре — 12%; $p < 0,05$ между I и II, III триместрами), 52,1% — усиление боли при физической нагрузке (в I триместре — 10%; $p < 0,05$ между I и II, III триместрами), при этом частота элементов боли механического ритма была меньше, чем в контрольной группе ($p < 0,01$).

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Заключение. Подавляющее большинство женщин с АС во время беременности испытывают боль в спине, характер которой изменяется во второй половине беременности (присоединение боли механического ритма). Ночная боль отражает воспалительную активность при гестации, у здоровых беременных она встречается в единичных случаях. Уменьшение боли после разминки в III триместре беременности у половины здоровых женщин требует дальнейшего исследования и, возможно, пересмотра критериев воспалительной боли для беременных с АС.

Безопасность вакцин против COVID-19 у больных с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (предварительные данные)

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

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

Больные с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ) подвержены высокому риску развития инфекций, в том числе нередко более тяжелому течению COVID-19. Вакцинация против COVID-19, как полагают, должна стать эффективным методом профилактики этого заболевания. Однако вакцинация потенциально может вызвать обострение ИВРЗ и/или возникновение новых аутоиммунных феноменов. Тем не менее подтвердить или опровергнуть это положение не представляется возможным, поскольку данные о безопасности вакцин против COVID-19 у больных с ИВРЗ немногочисленны и касаются исключительно зарубежных вакцин, которые не лицензированы в России.

Цель исследования — изучение безопасности вакцин против COVID-19 у больных с ИВРЗ в реальной клинической практике.

Пациенты и методы. В исследование включено 70 больных с ИВРЗ (60 женщин и 10 мужчин, возраст 51 ± 15 лет, длительность заболевания $11,3 \pm 8,9$ года), составивших основную группу. У 33 из них имелся ревматоидный артрит (РА), у 15 — РА и синдром Шёгрена, у 11 — спондилоартрит, у 8 — смешанное заболевание соединительной ткани, у 3 — другие ИВРЗ. В контрольную группу вошли 100 человек без ИВРЗ (76 женщин, 24 мужчины, возраст 36 ± 14 лет). Из 70 больных с ИВРЗ 51 получал базисные противовоспалительные препараты, 31 — генно-инженерные биологические препараты (24 — ритуксимаб; 3 — ингибиторы фактора некроза опухоли α ; 2 — абатацепт; 1 — тоцилизумаб; 1 — ингибитор интерлейкина 17), 25 — глюкокортикоиды, 6 — только нестероидные противовоспалительные препараты, 4 — терапия не проводилась. В основной группе 58 пациентов вакцинированы Спутником V, 8 — КовиВак, 3 — Спутником Лайт, 1 — ЭпиВакКорона. В группе сравнения 78 здоровых лиц вакцинированы Спутником V, 14 — КовиВак, 5 — Спутником Лайт, 1 — ЭпиВакКорона, 1 — Johnson&Johnson, 1 — Pfizer/BioNTech. Все участники были опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты, дополнительную информацию получали из медицинской документации.

Результаты. Поствакцинальные реакции (местные и системные) наблюдались и в основной, и в контрольной группе. После введения первого компонента вакцины местные реакции (боль/гиперемия/отек в месте инъекции) отмечены у 34 больных с ИВРЗ и у 62 лиц группы контроля, после

введения второго компонента вакцины — соответственно у 26 и 50. Наиболее частыми системными реакциями были слабость, повышение температуры тела, боль в мышцах или суставах, головная боль, озноб, которые наблюдались в обеих группах после введения и первого, и второго компонентов вакцины. Выявлены значимые различия в частоте лихорадки (23 и 42%; $p=0,016$), озноба (7 и 26%; $p=0,004$), боли в мышцах и суставах (13 и 30%; $p=0,016$) между основной и контрольной группой после введения первого, но не второго компонента вакцины. В целом в изучаемых группах не отмечено значимых различий между частотой возникновения нежелательных реакций после введения как первого (57 и 71%), так и второго (46 и 53%) компонентов вакцины, однако наблюдалась тенденция к более редкому возникновению и местных, и системных реакций у больных с ИВРЗ, а также к более высоким значениям температуры тела ($>39^\circ\text{C}$) у лиц без ИВРЗ. У 22 лиц основной и 21 контрольной групп поствакцинальные реакции не зарегистрированы. У 2 больных с РА после введения второго компонента вакцины (Спутник V и КовиВак) развилось обострение заболевания. Возникновения новых аутоиммунных феноменов не выявлено. После завершения иммунизации COVID-19 диагностирован у 3 больных с ИВРЗ и у 8 лиц группы контроля.

Заключение. Согласно предварительным данным, у больных с ИВРЗ переносимость вакцин против COVID-19 удовлетворительная. Необходимы дальнейшие исследования с целью изучения безопасности, иммуногенности и клинической эффективности вакцинации против COVID-19 у пациентов с ИВРЗ.

Предварительные данные изучения возможности использования сонографического метода для объективизации подвижности позвоночника при анкилозирующем спондилите

Курбанмагомедов М.К., Сахарова К.В., Демина А.Б., Эрлес Ш.Ф.

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

Поражение позвоночника с ограничением его подвижности при анкилозирующем спондилите (АС) требует поиска методов, позволяющих количественно оценить снижение функции и проследить ее динамику. Одним из таких возможных методов, недавно описанных O.V. Yurdakul, является УЗИ позвоночника.

Цель исследования — изучение возможности использования сонографического метода для динамического мониторинга подвижности позвоночника при АС.

Пациенты и методы. Сонографическое исследование позвоночника выполнено 15 пациентам с АС по методике O.V. Yurdakul, в соответствии с которой определяли расстояние между остистыми отростками $\text{C}_5\text{--IV}$, $\text{T}_{11\text{--XII}}$ и $\text{L}_{IV\text{--V}}$ при помощи ультразвука в двух точках (исходно — в вертикальном положении и при наклоне — максимальное сагитальное сгибание). Все пациенты прошли двукратное обследование: при включении в исследование и через 2 нед. Средний возраст пациентов — $40,8 \pm 11,4$ года. Средняя продолжительность заболевания — $5,5 \pm 3,5$ года. В 93,3% случаев выявлен HLA-B27. Все больные получали нестероидные противовоспалительные препараты, 9 (60%) — генно-инженерную биологическую терапию. Рассчитывали

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Корреляция между переменными показателями УЗИ позвоночника и индексами активности АС и метрологическими индексами

Показатель	C _{V-vi} , мм		T _{xi-xii} , мм		L _{iv-v} , мм	
	Дисх.	Днак.	Дисх.	Днак.	Дисх.	Днак.
ΔCOЭ, мм/ч	-0,5*	-0,4*	-0,3	-0,2	-0,5*	-0,4*
ΔCPБ, мг/л	-0,3	-0,1	-0,4	-0,5	-0,4*	-0,7*
ΔASDAS-CPБ	-0,4	-0,5	0,1	-0,3	0,1	0,2
ΔBASDAI	-0,2	-0,1	-0,2	-0,3	-0,3*	-0,5*
ΔBASFI	-0,6*	-0,5*	0,5	0,2	0,3	-0,3
ΔBASMI10	-0,2	-0,1	-0,2	-0,3	-0,3*	-0,5*

Примечание. Дисх. C_{V-vi}, T_{xi-xii}, L_{iv-v} — разница (в мм) между показателями при УЗИ в вертикальном положении при поступлении и через 2 нед; Днак. — разница между показателями при максимальном сагиттальном сгибании; ΔCOЭ, CPБ, ASDAS-CPБ, BASDAI, BASFI, BASMI10 — разница между показателями при поступлении и через 2 нед.

различия (Δ) между показателями, полученными в 1-й день и через 2 нед.

Результаты. За 2 нед наблюдения отмечено уменьшение индекса BASFI — с 5,5 до 2,5 (p=0,001), тогда как индекс BASMI10 не претерпел значительных изменений (24 и 22; p=0,18). По данным УЗИ за 2 нед подвижность позвоночника также существенно не изменилась. Однако корреляционный анализ динамики показателей за исследуемый период показал следующие результаты (см. таблицу).

Была обнаружена связь между увеличением межостистого расстояния в шейном и поясничном отделах позвоночника и снижением уровня COЭ, а в поясничном отделе — уровня CPБ. Также выявлена значимая связь между активностью АС по индексу BASDAI и подвижностью позвоночника на уровне L_{iv-v}, что проявлялось увеличением межостистого расстояния при снижении активности заболевания. Сонографические измерения на всех трех уровнях позвоночника показали отрицательную корреляцию с комбинированным метрологическим индексом BASMI10, наиболее значимую на уровне L_{iv-v}.

Заключение. Методика сонографического исследования подвижности позвоночника при АС позволяет не только объективизировать индексы, но и может быть использована для контроля функции осевого скелета во время последующего наблюдения.

Сравнение популярности методов борьбы с мышечно-суставной болью у относительно здоровых людей, ведущих спортивный образ жизни, по данным опроса

Матьянова Е.В., Каратеев А.Е.

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

Цель исследования — определение у хип-хоп-танцоров, спортсменов и фитнес-активистов рейтинга популярности разных методов борьбы с мышечно-суставной болью, а также субъективной оценки эффективности этих методов.

Пациенты и методы. В онлайн-опросе (2019–2020 гг.) участвовали 412 респондентов: действующие танцоры стиля брейкинг (n=195) и других стилей хип-хоп (n=60), спортсмены (сноуборд, скейтборд, роликовые коньки) и фитнес-активисты (n=18), бывшие танцоры или спортсмены (n=139). Анкета рассылалась адресно участникам фестива-

лей хип-хоп, проводимых в России (V1 Battle, Battle Of The Year CIS, Yalta Summer Jam и др.), опрос рекламировался в тематических группах в социальных сетях. Возраст респондентов составил 18–58 (32,8±7,6) лет. Гендерный состав: мужчины/женщины — 330/82 (80,1/19,9%). В одном из пунктов анкеты предлагалось выбрать методы борьбы с мышечно-суставной болью, которые ранее использовали респонденты, и дать оценку их эффективности.

Результаты. Для борьбы с мышечно-суставной болью респонденты ранее чаще всего применяли фармпрепараты в виде мазей или гелей (n=196/47,6%) с местнораздражающим эффектом (84 из 196/42,9%) и с нестероидными противовоспалительными препаратами — НПВП (77/39,3%). На 2-м месте по популярности оказался массаж (107/26%), на 3-м — аппаратная физиотерапия (59/14,3%), на 4-м — прием таблетированных препаратов (57/13,8%), из которых наиболее предпочтительными были НПВП (80,7%/46 из 57). На 5-м месте была мануальная терапия (50/12,1%), на 6-м — тейпирование (32/7,8%), на 7-м — внутримышечное (в/м) введение НПВП (31/7,5%). Хирургические вмешательства на суставах или позвоночнике (по медицинским показаниям) перенесли 26/6,3% ответивших. На 9-м месте стояли новокаиновые блокады (22/5,3%), на 10-м — лечебная физкультура (17/4,1%). По субъективным оценкам респондентов, наиболее эффективными методами борьбы с мышечно-суставной болью были таблетированные препараты, их эффективность отметили 53 (93%) из 57 респондентов, применявших «таблетки». Внутрисуставные (в/с) введения препаратов помогли 13 (92,9%) из 14 респондентов, хирургические вмешательства — 24 (92,3%) из 26. Эффективность массажа отметили 97 (90,7%) из 107, мануальной терапии — 44 (88%) из 50, тейпирования — 28 (87,5%) из 32, мазей или гелей — 169 (86,2%) из 196, в/м введения препаратов — 26 (83,9%) из 31, местной новокаиновой блокады — 18 (81,9%) из 22 опрошенных. Наименее эффективным методом, по мнению респондентов, была аппаратная физиотерапия — 43 (72,9%) из 59.

Заключение. Самые популярные методы борьбы с мышечно-суставной болью у 412 опрошенных относительно здоровых людей, ведущих спортивный образ жизни, — применение мазей или гелей (47,6%) и массаж (26%).

По субъективной оценке участников опроса, наиболее эффективными методами были использование таблетированных препаратов (93%), в/с введение препаратов (92,9%)

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

и хирургическое вмешательство (по медицинским показаниям) на суставах или позвоночнике (92,3%).

Фибромиалгия при ревматоидном артрите: особенности болевого синдрома, влияние на активность РА и качество жизни

Меликова Н.А.^{1,2}, Филатова Е.Г.¹, Лиля А.М.^{2,3}

¹Кафедра нервных болезней ИПО ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия; ²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ³кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Основным клиническим проявлением фибромиалгии (ФМ) является распространенная хроническая боль, ассоциированная с усталостью, мышечной скованностью, нарушением сна, тревогой, депрессией, когнитивной дисфункцией и другими расстройствами. Влияние ФМ на качество жизни (КЖ) весьма значительно. Распространенность ФМ в общей популяции составляет в среднем 2–8%, а у пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) она в 2–3 раза выше. Несмотря на выраженное ухудшение КЖ, высокую интенсивность и распространенность боли у пациентов с ФМ, данный диагноз в России устанавливается редко, что сказывается на эффективности терапии хронического болевого синдрома, особенно в случаях коморбидности ФМ с РЗ.

Цель исследования — оценить влияние ФМ на показатели активности ревматоидного артрита (РА), особенности болевого синдрома и КЖ пациентов.

Пациенты и методы. В исследование включено 55 пациентов с РА (50 женщин и 5 мужчин), предъявлявших жалобы на хронический болевой синдром и проходивших стационарное лечение в НИИР им. В.А. Насоновой с февраля по июнь 2021 г. Всем пациентам проведено общеклиническое и лабораторное обследование с определением активности РА (по индексу DAS28). ФМ диагностировалась согласно критериям ACR 2016 г. (с применением опросника диагностики ФМ — FSQ), симптомы центральной сенситизации (ЦС) — с помощью опросника CSI, фенотипы боли — по опроснику PainDETECT, интенсивность боли — по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, 10 см) в покое, КЖ — по опросникам FIQR и EQ-5D.

Результаты. После заполнения опросника FSQ все участники исследования были разделены на две группы. В основную группу вошли пациенты с ФМ (n=24, 43,6%), в контрольную — лица без проявлений ФМ (n=31, 56,4%). Активность РА в обеих группах была высокой — индекс DAS28 составил 4,58 [3,90; 5,51] и 5,14 [4,55; 5,70] соответственно (p=0,227). По другим клинико-лабораторным показателям (число болезненных суставов, число припухших суставов, СОЭ, СРБ, ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду) также существенных различий не установлено. Однако при анализе особенностей болевого синдрома средние значения всех указанных параметров были значимо выше в основной группе. Так, интенсивность боли по ВАШ в покое в основной и контрольной группах составила 6,5 [4,75; 8,00] и 4,0 [2,50; 7,00] см

соответственно (p=0,017). Симптомы ЦС (CSI ≥40) выявлены у 18 (75,0%) пациентов основной и 11 (35,5%) контрольной группы (p=0,004), что подтверждает известные данные о ведущей роли ЦС в патогенезе ФМ. Средняя оценка по невропатическому опроснику PainDETECT составила 17,5 [10,0; 23,3] балла в основной и 11,0 [6,50; 13,5] балла в контрольной группе (p=0,015), что свидетельствует о высокой представленности невропатического компонента боли у пациентов с ФМ. Анализ КЖ выявил значимые различия в основной и контрольной группах как по опроснику EQ-5D (p=0,037), так и по опроснику FIQR (p<0,001).

Заключение. ФМ является серьезным бременем для пациентов с РА. Болевой синдром при наличии ФМ имеет более выраженную интенсивность и распространенность, сопровождается невропатическими дескрипторами и плохо поддается контролю. Это оказывает существенное негативное влияние на КЖ при РА, что требует проведения дальнейших исследований с целью разработки алгоритма персонализированной терапии таких пациентов.

Лобулярный панникулит при ASIA-синдроме

Мусатов И.Д.¹, Егорова О.Н.², Раденска-Лоповок С.Г.^{1,3}

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; ²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ³кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

ASIA (Autoimmune/Inflammatory Syndrome Induced by Adjuvants) объединяет заболевания с общим механизмом развития, вызванные неспецифическими стимуляторами иммуногенеза, — веществами различного происхождения и состава (пропилен, соли алюминия, силикон, сквален, различные компоненты вакцин и т. д.). Адъювант, будучи связанным с антигеном, представляет собой «депо» и может длительное время сохраняться как вне-, так и внутриклеточно, оказывая стимулирующее действие на иммуокомпетентные клетки. К заболеваниям, индуцированным действием адъюванта, относят силиконоз, макрофагальный миофасциальный синдром, синдром Персидского залива, синдром «больного здания» и поствакцинальный феномен. Широкое распространение и применение в последнее время адъювантов обуславливает повышенную частоту развития ASIA.

Приводим клиническое наблюдение лобулярного панникулита (ЛПн) при ASIA, который развился после установки полипропиленового протеза.

Клиническое наблюдение

Пациентка П., 1974 г. р., считает себя больной с 2019 г., когда после проведения лапаротомии, пангистерэктомии, установки полипропиленового протеза развилась гематома подкожной жировой клетчатки, появились гнойное отделяемое из хирургической раны и ее инфильтрация. Ввиду распространения поражения на переднюю брюшную стенку (из-за формирования мышечного дефекта в гипогастрии) и не поддающегося антибактериальной терапии воспаления произведено иссечение кожно-подкожно-фасциального лоскута передней брюшной стенки с аллопластикой ее нижней части. Однако сохранялось гнойное отделяемое из раны, температура тела повы-

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

шалась до 38–39 °С. Трижды проводилось гистологическое исследование биоптатов: дважды обсуждался диагноз идиопатического ЛПн (болезни Вебера–Крисчена), а затем — узловой эритемы. В сентябре 2020 г. пациентка госпитализирована в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. По данным обследования: СОЭ — 22 мм/ч, Hb — 110 г/л, антинуклеарный фактор — 1/160h+sp, антитела к ДНК — 11,8 Ед/мл, D-димер — 0,2 мкг/мл, СРБ — 12,2 мг/л, креатинин — 64,6 мкмоль/л, ревматоидный фактор — 9,4 МЕ/мл, лептин — 8,1 нг/мл, α -антитрипсин — 1265 мг/л, ИЛ1 β — <5,0 пг/мл, ИЛ6 — 2,58 пг/мл, фактор некроза опухоли — <4,0 пг/мл.

Учитывая анамнез, клиническую картину и лабораторно-инструментальные данные, проводилась дифференциальная диагностика между аутовоспалительным синдромом, индуцированным действием адьюванта, и инфильтративной формой идиопатического ЛПн хронического течения. При повторной гистологической экспертизе были выявлены специфические признаки реактивного ЛПн, ассоциированного с ASIA. Иссечение полипропиленового протеза и сочетанная терапия глюкокортикоидами и цитостатиками способствовали регрессу заболевания, после чего проведена терапия метипредом 45 мг/сут и микофенолата мофетилем 1000–2000 мг/сут с удовлетворительной переносимостью и положительным эффектом.

Заключение. Данный случай интересен развитием ASIA после установки полипропиленовой сетки, что сопровождалось болью, повышением температуры тела и возникновением инфильтративной формы ЛПн. В литературе описаны местные осложнения при использовании данного эндопротеза для лечения паховых грыж. Авторы выделяют хроническую послеоперационную боль, от которой страдают 10–20% пациентов. Наше наблюдение показало, что полипропиленовые протезы могут являться адьювантом и триггером усиленного иммунного ответа.

Панникулитоподобная Т-клеточная лимфома: трудности диагностики

Мусатов И.Д.¹, Егорова О.Н.², Раденска-Лоповок С.Г.^{1,3}, Городецкий В.Р.²

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; ²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ³кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Панникулитоподобная Т-клеточная лимфома (ППТКЛ) — редкая неходжкинская лимфома, состоящая из $\alpha\beta$ - и $\gamma\delta$ -Т-клеточных фенотипов Т-клеток. Заболевание обычно манифестирует с возникновения подкожных узлов и бляшек без вовлечения лимфатических узлов, печени, селезенки и костного мозга. Дифференциальная диагностика ППТКЛ затруднена, так как морфологически опухоль может быть неотличима от «доброкачественных» вариантов панникулитов и других лимфопролиферативных заболеваний, поражающих подкожную жировую клетчатку. Обязательными при диагностике являются оценка всех клинических и лабораторных данных, а также тесное сотрудничество клиницистов и патологов. Для верификации диагноза рекомендуется проведение морфологического исследования с

применением методов иммуногистохимического (ИГХ) и молекулярно-генетического исследования. При гистологическом исследовании выявляются признаки лобулярного панникулита (ЛПн) без поражения соединительнотканых перегородок, эпидермиса и дермы, с присутствием инфильтрата различной плотности, состоящего из атипичных Т-, В-клеток и макрофагов. Наиболее яркой гистологической особенностью является образование кольцевидных структур из опухолевых клеток с большими ядрами, агрегированных хроматином и скудной цитоплазмой, окружающих отдельные жировые клетки. В области жировой инфильтрации и деструкции часто присутствуют гистиоциты. Другие воспалительные клетки, в том числе плазматические, в типичных случаях отсутствуют. Опухолевые клетки имеют зрелый CD8+/CD3+Т-клеточный фенотип с экспрессией цитотоксических молекул, включая granzyme B, perforin и TIA1.

Представляем клиническое наблюдение панникулитоподобной Т-клеточной лимфомы.

Клиническое наблюдение

Пациентка К., 1983 г. р., в начале октября 2020 г. отметила болезненность в области верхней трети латеральной поверхности правого плеча. Через неделю появились болезненные эритематозные уплотнения на латеральных поверхностях бедер и лихорадка (до 40 °С). С середины октября 2020 г. — множественные распространенные уплотнения на передней стенке живота и в ягодичной области. Неоднократно находилась на стационарном лечении с диагнозами «узловая эритема», «лихорадка неясного генеза», «буллезный дерматоз», «рецидивирующий панникулит Вебера–Крисчена», «саркоидоз легких». При обследовании: Hb — 91 г/л, л. — $5,85 \cdot 10^9$ /л, лимф. — 25%, СОЭ — 21 мм/ч, СРБ — 21 мм/ч, аланинаминотрансфераза (АЛТ) — до 203 ЕД/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) — до 353 ЕД/л; показатели иммунологического обследования без патологических изменений. Проводилась терапия антибактериальными, сосудистыми и аминокислотными препаратами на фоне высоких доз глюкокортикоидов (ГК, до 48 мг/сут) с недостаточным эффектом: сохранялись множественные гиперемизированные уплотнения, лихорадка до 38,5 °С. Была госпитализирована в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой для уточнения диагноза и коррекции терапии.

При осмотре определялись диффузная гиперпигментация и индурация, множественные гиперемизированные безболезненные уплотнения в гипогастриальной, поясничной и ягодичной областях, на плечах, бедрах и голенях. Медикаментозный синдром Иценко–Кушинга. По системам и органам без патологии. По данным лабораторных методов обследования: Hb — 105 г/л, л. — $9,2 \cdot 10^9$ /л, лимф. — 19%, СОЭ — 49 мм/ч, СРБ — 15,8 мг/л, ферритин — 11 922 мкг/л, АЛТ — 120 ЕД/л, АСТ — 141 ЕД/л, лактатдегидрогеназа — 1582 ЕД/л, γ -глутамилтрансфераза — 217 ЕД/л, D-димер — 5337 мкг/л, суточная протеинурия — 0,5 г/л, увеличение количества Т-клеток (CD3+) до 92,1% и Т-цитотоксических клеток в крови (CD3+CD8+) до 53,9%. По данным УЗИ органов брюшной полости — признаки незначительной гепатомегалии: левая доля — 75 мм (при норме до 80 мм) и правая доля — 160 мм (при норме до 150 мм). При гистологическом исследовании выявлена картина ЛПн с инфильтратом различной плотности, состоящим из атипичных Т-, В-клеток и макрофагов в виде кольцевидных структур. Методом ИГХ выявлен зрелый $\alpha\beta$ -Т-клеточный CD8+ фенотип, экспрессия granzyme B +.

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

На основании анамнеза, клинической картины, данных инструментальных и лабораторных методов обследования, рефрактерности к терапии высокими дозами ГК верифицирован диагноз ППТКЛ. На фоне коррекции режима приема ГК отмечено снижение температуры тела (до 37,4 °C) и прогрессирования поражения кожи и жировой ткани. Пациентка направлена к гематологу для проведения полихимиотерапии.

Заключение. ППТКЛ представляет собой сложную диагностическую задачу, требующую мультидисциплинарного подхода для верификации диагноза и выбора тактики терапии.

Эффективность индивидуально дозированной интервальной гипоксии/гиперокситерапии в медицинской реабилитации пациентов с остеоартритом, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19

Орлова Е.В., Лямина Н.П., Погонченкова И.В., Скоробогатых Н.В.

ГАОУ г. Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

В настоящее время имеются данные, что умеренные дозы перемежающейся гипоксии обладают противовоспалительным действием, уменьшая экспрессию провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли α , интерлейкина 4), оказывают положительное влияние на качество жизни, свободно-радикальные процессы, обмен катехоламинов и биополимеров соединительной ткани (торможение распада коллагена и гликозаминогликанов) у больных ревматоидным артритом и анкилозирующим спондилитом. Перспективным представляется использование индивидуально дозированной интервальной гипоксии/гиперокситерапии (реокситерапии) в медицинской реабилитации пациентов с остеоартритом (ОА), перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19.

Цель исследования — оценить клиническую эффективность реокситерапии в медицинской реабилитации пациентов с ОА, перенесших COVID-19.

Пациенты и методы. В рандомизированное плацебо-контролируемое исследование включено 36 пациентов с ОА (8 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 43 до 68 лет. Всем пациентам был установлен диагноз: генерализованный ОА или ОА коленных или тазобедренных суставов. У всех диагностирована коронавирусная инфекция COVID-19 за 6–26 нед до включения в исследование. Были выявлены следующие симптомы постковидного синдрома: слабость, утомляемость, одышка при физической нагрузке, нарушение сна, тревога, депрессия, головная боль, головокружение, усиление боли в суставах и мышцах, потеря обоняния, сухой кашель. Все пациенты были рандомизированы в три группы. Пациенты основной группы ($n=13$) получили 10 процедур реокситерапии, пациенты группы сравнения ($n=9$) — 10 процедур реокситерапии по плацебо-методике на фоне стандартной программы реабилитации; в контрольной группе ($n=14$) проводилась только стандартная реабилитация. При реокситерапии с помощью аппарата ReOxy через маску в интервальном режиме подавалась гипоксическая (содержание кислорода FiO_2 10–15%, гипоксическая нагрузка) и гипероксическая (FiO_2 до 40%, восстановление) газовая смесь. Гипоксическая нагрузка дозировалась инди-

видуально, в зависимости от результатов предварительного 10-минутного гипоксического теста, который проводился перед 1-й и 4-й процедурами (FiO_2 12–13%). Время 1–4-й процедуры составляло 30 мин, 5–10-й процедуры — 40 мин (FiO_2 13–15%). При проведении процедуры по плацебо-методике использовалась маска с отверстием, через которое поступал обычный атмосферный воздух. Стандартная программа медицинской реабилитации во всех группах в течение 2 нед включала 10 сухих углекислых ванн, 10 процедур электростатического массажа (аппарат «Хивамат») или 10 сеансов общей магнитотерапии (аппарат «Униспокс»), 10 сеансов лечебной физкультуры с элементами дыхательной гимнастики. Медикаментозная терапия во всех группах проводилась нестероидными противовоспалительными препаратами и SYSADOA в стандартных дозах.

Эффективность реабилитационной программы оценивалась исходно и через 2 нед по динамике интенсивности боли в суставах, общего состояния здоровья (ОСЗ) и качества жизни по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, 100 мм), функционального статуса по индексу Лекена, психоэмоционального статуса по шкале оценки реактивной и личностной тревожности Спилберга–Ханина и депрессии Бека, одышки при физической нагрузке по шкале Борга.

Результаты. После окончания реабилитации в основной группе боль по ВАШ снизилась на 49,6% ($p<0,05$), индекс Лекена — на 39,3% ($p<0,05$), уровень тревожности по шкале Спилберга–Ханина — на 40,9% ($p<0,05$), уровень депрессии по шкале Бека — на 64,1% ($p<0,01$), оценка ОСЗ по ВАШ повысилась на 69,3% ($p<0,01$), качества жизни — на 55,7% ($p<0,05$). Оценка одышки по шкале Борга в основной группе исходно составляла $2,5\pm 0,9$ балла (легкая одышка), а после проведения программы реабилитации — уже $0,3\pm 0,4$ балла (практически отсутствие одышки). При этом наблюдались статистически значимые различия по всем показателям с группами сравнения ($p<0,05$) и контроля ($p<0,05$).

Заключение. Медицинская реабилитация, включающая индивидуально дозированную интервальную гипоксию/гиперокситерапию, у пациентов с ОА, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19, способствует уменьшению болевого синдрома, одышки, улучшению функционального и психоэмоционального статуса, ОСЗ и качества жизни.

Клиническая эффективность комплексной медицинской реабилитации больных остеоартритом, перенесших новую коронавирусную инфекцию

Орлова Е.В., Лямина Н.П., Погонченкова И.В., Скоробогатых Н.В., Ксенофонтова И.В.

ГАОУ г. Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, Москва

Перенесенная новая коронавирусная инфекция (COVID-19) вызывает обострение болевого синдрома и ухудшает течение коморбидных заболеваний у пациентов с остеоартритом (ОА). Перспективным представляется использование у больных ОА с постковидным синдромом персонализированных программ медицинской реабилитации, включающих реокси-, физио- и гидробальнеотерапию, лечебную физкультуру.

Цель исследования — оценить влияние комплексной

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

программы медицинской реабилитации на выраженность болевого синдрома, функциональный, психоэмоциональный статус, качество жизни и выраженность одышки у пациентов с ОА, перенесших COVID19.

Пациенты и методы. В исследование включено 16 больных ОА (5 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 43 до 62 лет. Всем пациентам был поставлен диагноз ОА коленных или тазобедренных суставов. У всех больных была диагностирована коронавирусная инфекция (COVID-19) за 6–26 нед до включения в исследование.

Комплексная программа медицинской реабилитации проводилась в течение 2 нед и включала: 10 процедур реоксигенации; 10 сухих углекислых ванн с концентрацией 15% и температурой 28 °С, по 10–15 мин; 10 процедур электростатического массажа (аппарат «Хивамат») на грудной отдел спины или 10 сеансов общей магнитотерапии (аппарат «Униспокс») по 10 мин; 10 сеансов лечебной физкультуры с элементами дыхательной гимнастики. При реоксигенации пациенту через маску в интервальном режиме подавалась гипоксическая (содержание кислорода FiO_2 10–15%, гипоксическая нагрузка) и гипероксическая (FiO_2 до 40%, восстановление) газовая смесь аппаратом ReOxy. Гипоксическая нагрузка дозировалась строго индивидуально, на основании результатов предварительного 10-минутного гипоксического теста, который проводился перед 1-й и 4-й процедурами (FiO_2 12–13%). Время 1–4-й процедуры составляло 30 мин, 5–10-й процедуры – 40 мин (FiO_2 13–15%). Медикаментозная терапия в обеих группах включала нестероидные противовоспалительные препараты, хондроитина и глюкозамина сульфат в стандартных дозах.

Эффективность реабилитационной программы оценивалась исходно и после ее окончания по динамике интенсивности болевого синдрома в суставах, общего состояния здоровья (ОСЗ) и качества жизни (по визуальной аналоговой шкале – ВАШ, 100 мм), функционального статуса (по индексу Лекена), психоэмоционального статуса (по шкалам оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилберга–Ханина и депрессии Бека), одышки при физической нагрузке (по шкале Борга).

Результаты. После окончания курса реабилитации болевого синдром в суставах по ВАШ снизился на 58,2% ($p < 0,05$), а оценка ОСЗ по ВАШ повысилась на 75,4% ($p < 0,01$), качества жизни – на 56,2% ($p < 0,05$), улучшились функциональные способности – индекс Лекена уменьшился на 36,4% ($p < 0,05$). Комплексная программа реабилитации положительно повлияла и на психоэмоциональный статус пациентов: уровень тревожности по шкале Спилберга–Ханина снизился на 35,5% – с $42,8 \pm 7,2$ балла (средний уровень тревоги) до $27,6 \pm 5,3$ балла (низкий уровень тревоги; $p < 0,05$), уровень депрессии по шкале Бека уменьшился на 61,3% – с $12,4 \pm 2,3$ балла (легкая депрессия, субдепрессия) до $4,8 \pm 1,9$ балла (отсутствие симптомов депрессии; $p < 0,05$). Оценка одышки при физической нагрузке по шкале Борга снизилась с $2,3 \pm 0,7$ балла (легкая одышка) до $0,3 \pm 0,8$ балла (практически отсутствие одышки).

Заключение. Проведение курса комплексной медицинской реабилитации у пациентов с ОА, перенесших коронавирусную инфекцию (COVID-19), способствует уменьшению болевого синдрома, одышки, улучшению функционального, психоэмоционального статуса, ОСЗ и качества жизни.

Эффективность применения роботизированной механотерапии в комплексной реабилитации пациентов с остеоартритом

Орлова Е.В., Погонченкова И.В.

ГАОУ г. Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Проблема реабилитации пациентов с остеоартритом (ОА) остается крайне актуальной в связи со значительной распространенностью этого заболевания, сопровождающегося хроническим болевым синдромом, нарушением функционального статуса и двигательной активности и, как следствие, потерей трудоспособности и инвалидизацией.

Цель исследования – оценить эффективность применения роботизированной механотерапии в комплексной медицинской реабилитации пациентов с ОА в условиях стационара многопрофильной реабилитационной клиники.

Пациенты и методы. В исследование включено 58 больных первичным ОА в возрасте от 49 до 65 лет. Все больные были рандомизированы в две группы. В 1-ю (основную) группу вошли 28 больных ОА, которым, помимо стандартной программы реабилитации (в среднем 2 нед), проводилась роботизированная механотерапия для пассивной разработки коленных и тазобедренных суставов (аппарат «Ормед Flex 01 для коленного и тазобедренного суставов»), суставов кистей и лучезапястных суставов (аппарат Kinetec Maestra hand and wrist CPM) по 20 мин 5 раз в неделю (10 сеансов). Во 2-ю (контрольную) группу отобрано 30 пациентов с ОА, которым назначали только стандартную программу реабилитации, включавшую 10 групповых занятий лечебной физкультурой для суставов по 45 мин под руководством инструктора, 10 процедур электростатического массажа мышц и периартикулярных тканей (аппарат «Хивамат», методика с ручным аппликатором), 10 сеансов эрготерапии по 45 мин. Пациенты обеих групп получали медикаментозную терапию: нестероидные противовоспалительные препараты, хондроитина и глюкозамина сульфат в стандартных дозах. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов не проводилось.

Эффективность терапии оценивалась исходно и через 2 нед по динамике интенсивности боли в суставах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, 100 мм), числа болезненных суставов (ЧБС), амплитуды сгибания в коленном суставе, измеренной с помощью гониометра, маршевой пробы (время прохождения 20 м, в с), силы сжатия кистей, измеренной динамометром, индексов Лекена и WOMAC.

Результаты. Через 2 нед в основной группе наблюдались снижение параметров болевого синдрома и положительная динамика локомоторных показателей. Боль по ВАШ уменьшилась на 42,9% ($p < 0,05$), ЧБС – на 38,7%, ($p < 0,05$), при этом выявлены значимые различия с группой контроля ($p < 0,05$). В 1-й группе сгибание в коленном суставе увеличилось на 34,2% ($p < 0,05$), время маршевой пробы уменьшилось на $3,5 \pm 1,2$ с (или на 28,8%; $p < 0,05$), сила сжатия более пораженной кисти повысилась на 22,3% ($p < 0,05$) при значимых различиях с группой контроля ($p < 0,05$). В основной группе наблюдалось улучшение функциональной способности: индекс Лекена снизился в 1,5 раза ($p < 0,01$), индекс WOMAC – в 1,2 раза ($p < 0,01$) при статистически значимых различиях с группой контроля ($p < 0,05$).

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Заключение. Включение роботизированной механотерапии в комплексную программу медицинской реабилитации пациентов с ОА в условиях многопрофильной реабилитационной клиники способствует уменьшению боли, улучшению функционального статуса, двигательной активности и локомоторных показателей (маршевой пробы, амплитуды движений в коленном суставе, силы сжатия кисти).

Артрит, ассоциированный с целиакией (клинический случай)

Пилипенко А.И.^{1,2}, Гайдукова И.З.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия; ²СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №19», Санкт-Петербург, Россия

Целиакия — заболевание, проявляющееся поражением многих органов и систем. Вместе с тем вовлечение опорно-двигательного аппарата при целиакии встречается довольно редко и плохо изучено.

Представляем клинический случай, в котором наблюдалось поражение опорно-двигательного аппарата и нервной системы, купировавшееся на фоне безглютеновой диеты.

Клиническое наблюдение

Пациентка А., 1978 г. р., на момент первого осмотра предъявляла жалобы на выраженную слабость, выпадение волос, головокружение, нарушения координации, сна, раздражительность, сухость слизистой оболочки полости рта и глаз, боль в эпигастрии и позвоночнике, скованность суставов кистей, боль в нижнечелюстных суставах, мигрирующую боль в плечевых, локтевых, тазобедренных, голеностопных, коленных и плюснефаланговых суставах, снижение массы тела на 10 кг за 4 мес, в дальнейшем присоединились повышение температуры тела, жар в теле, постоянный жидкий стул (до 10 раз в сутки). По результатам комплексного объективного, инструментального и лабораторного обследования у пациентки были исключены воспалительные заболевания кишечника (ANCA/ASCA — норма, колоноскопия нетипична), болезнь Шёгрена, ревматоидный артрит (РФ/АЦЦП/АНФ — норма, сиалометрия и проба Ширмера — норма), системная красная волчанка (АНФ/АТ к dsDNA — норма), рассеянный склероз (магнитно-резонансная томография — МРТ — головного мозга — норма), спондилоартриты (МРТ крестцово-подвздошных суставов — норма, HLA-B27 — отрицательный), парапротеинемия, опухоль. Выявлено носительство аллеля человеческого лейкоцитарного антигена HLA-DQ2. С учетом наличия диареи, отягощенной наследственности (целиакия у двух детей пациентки), носительства аллеля лейкоцитарных антигенов HLA-DQ2 установлен диагноз DQ2-позитивной целиакии, ассоциированной с комплексом гистосовместимости. Отменены нестероидные противовоспалительные препараты, назначена диета с ограничением глютена. На фоне безглютеновой диеты симптомы заболевания полностью купировались. В дальнейшем у пациентки восстановилась масса тела, исчезли боль в суставах и позвоночнике, а также неврологическая симптоматика, клиническая и лабораторная ремиссия сохранялась без лекарственной поддержки.

Заключение. Синхронное течение симптомов поражения опорно-двигательного аппарата, нервной системы и желудочно-кишечного тракта свидетельствует об их возможной патогенетической общности в рамках целиакии.

Оценка состояния почек у пациентов с анкилозирующим спондилитом на фоне терапии генно-инженерными биологическими препаратами

Пленкина Л.В., Симонова О.В., Попова С.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Киров, Россия

Широкое использование генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) при анкилозирующем спондилите (АС) обуславливает необходимость оценки их влияния на различные системы органов.

Цель исследования — оценить состояние почек у пациентов с АС на фоне терапии ГИБП.

Пациенты и методы. Исследованы образцы мочи 38 пациентов (28 мужчин и 10 женщин) в возрасте 18 лет и старше (средний возраст 37 [34; 54] лет) с достоверным диагнозом АС, получавших ГИБП. Длительность суставного синдрома — 10 [7; 18] лет, активность по BASDAI — 2,2 [1,3; 4,6]. Оценивали следующие параметры: скорость клубочковой фильтрации (СКФ), микроальбуминурию (МАУ) в разовой порции мочи, мочевую экскрецию 1-го и 2-го типов белка, связывающего жирные кислоты (FABP1, FABP3), уровень фактора трилистника 3 (TFF3), которые определяли методом иммуноферментного анализа. Полученные значения приводились к уровню креатинина мочи. Результаты сравнивали с данными контрольной группы, сопоставимой по полу и возрасту.

Результаты. В исследуемой группе СКФ и микроальбуминурия были в пределах нормы — 113 [95; 121] мл/мин/1,73 м² и 4,83 [2,9; 6,7] мг/г соответственно и статистически значительно не различались с показателями в группе контроля (p=0,6). Уровни FABP1, экспрессируемого в проксимальных канальцах нефрона, и TFF3, вырабатываемого как в проксимальных, так и в дистальных канальцах, у пациентов с АС составили 0,04 [0,2; 1,2] и 33,6 [20,6; 91,7] нг/ммоль по сравнению с 0,0 [0,0; 0,1] и 23,3 [1,9; 62,9] нг/ммоль в контроле (p=0,06 и p=0,08) соответственно. Содержание FABP3, экспрессируемого в дистальных канальцах, было ниже диапазона обнаружения в обеих группах.

Заключение. Состояние почечной паренхимы у больных АС является удовлетворительным, что, вероятно, связано с низкой потребностью в нестероидных противовоспалительных препаратах, отсутствием внескелетных проявлений и осложнений АС на фоне эффективного лечения ГИБП.

Боль у пациентов с остеоартритом до и после тотального эндопротезирования коленного сустава

Речкунова О.А., Чернышева Т.В., Гурьянов А.М.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург, Россия

У большинства пациентов с поздними стадиями остеоартрита (ОА) коленных суставов наблюдаются выраженный болевой синдром, нарушение двигательных функций, что приводит к ухудшению качества жизни. При этом консервативное лечение, как правило, неэффективно, и имеются обоснованные показания к хирургическому лечению, чаще всего эндопротезированию. Однако результатами эндопротезирования не до конца удовлетворен каждый 5-й пациент, у каждого 2-го из них ведущей причиной такой неудовлетворенности является сохранение значимого уровня боли.

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Боль заставляет больных оставаться в постели, затрудняя раннюю мобилизацию. Поэтому купирование боли на протяжении длительного времени ожидания операции, а также в послеоперационном периоде является важной клинической и социальной задачей.

Цель исследования — оценить уровень боли у пациентов с ОА до и после тотального эндопротезирования (ТЭП) коленного сустава, а также после восстановительного лечения.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 120 больных с двусторонним гонартрозом в возрасте от 45 до 80 лет, имевших абсолютные показания к ТЭП (III–IV рентгенологическая стадия и выраженные нарушения функции сустава). Диагноз верифицировали на основании критериев Altman (1991). Реабилитацию пациентов проводили в позднем послеоперационном периоде (от 1 до 6 мес с момента ТЭП). Всем больным назначали стандартный комплекс лечебной физкультуры (ЛФК) для перенесших ТЭП коленного сустава, который они выполняли в течение 10 дней. Пациентов рандомизировали в три группы. В 1-й группе (основной, $n=40$) использовали стандартный комплекс физиотерапевтического лечения (магнитотерапия и электрофорез на область коленных суставов) в течение 10 дней; во 2-й группе ($n=40$) — только ЛФК с включением упражнений для коленных суставов; в 3-й группе ($n=40$) — периартикулярную подкожную озонотерапию на оба сустава. Анкетирование пациентов проводили в три этапа: до ТЭП, перед восстановительным лечением и после него. Уровень боли оценивали по визуальной аналоговой шкале (в см).

Результаты. В 1-й группе уровень боли до ТЭП составлял $6,0 \pm 2,2$ см, перед реабилитацией — $4,0 \pm 1,6$ см и после нее — $2,9 \pm 1,4$ см; во 2-й группе — $7,6 \pm 1,3$; $5,6 \pm 1,6$ и $4,5 \pm 1,1$ см и в 3-й группе — $7,1 \pm 1,5$; $4,0 \pm 1,8$ и $3,0 \pm 1,5$ см соответственно. Во всех трех группах отмечалось уменьшение боли в коленных суставах после ТЭП. На фоне восстановительного лечения прослеживалась тенденция к уменьшению боли: в 1-й и 3-й группах она расценена как слабая, а во 2-й группе — как умеренная.

Заключение. ТЭП коленного сустава и последующая реабилитация значительно улучшают состояние пациентов, способствуя уменьшению боли. Проведенное исследование показало, что озон- и физиотерапия в сочетании с ЛФК позволяют снизить уровень боли после ТЭП коленного сустава, в то время как одной ЛФК недостаточно для достижения положительного результата.

Скелетно-мышечная боль в тазобедренном суставе у детей: что должен знать ревматолог

Родионовская С.Р.^{1,2}, Торосян Г.Г.¹, Транковский С.Е.¹, Батова А.И.¹

¹ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства России», Москва, Россия; ²Академия постдипломного образования ФГБУ «Федеральное медико-биологическое агентство России», Москва, Россия

Скелетно-мышечная боль (СМБ) в области тазобедренного сустава (ТБС) — одна из распространенных жалоб у детей на приеме у ревматолога и ортопеда. Боль и хромота являются проявлениями широкого спектра состояний, требующих проведения дифференциальной диагностики.

Цель исследования — изучить возможные причины СМБ в области ТБС у пациентов детского возраста.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ клинической картины и результатов лечения 97 детей (66 мальчиков и 31 девочка) с СМБ в области ТБС. Обследование включало: анализ клинико-anamnestических данных, лабораторные исследования, рентгенологическое исследование и УЗИ. 42 больным выполнена также магнитно-резонансная томография. Все пациенты консультированы ортопедом.

Результаты. Возраст пациентов (Ме [25-й; 75-й перцентили]) составил 6,2 [4,1–8,5] года. Диагноз транзиторный синовит ТБС был верифицирован у 63 (68%) больных (большинство мальчики — 39, или 62%): в возрастной группе 0–6 лет — у 37 (58,7%), 6–12 лет — у 25 (39,6%), 12–18 лет — у 1. У 6 (6,2%) из 97 пациентов выявлена ортопедическая патология: болезнь Пертеса — у 1, эпифизеолиз — у 2, метафизарная дисплазия — у 1, остеонид-остеома — у 1, посттравматический синовит ТБС — у 1. Гнойно-септические заболевания имелись в 3 (3%) из 97 случаев: илеопсоит — в 2 и остеомиелит — в 1. При дальнейшем наблюдении у 24 (24,7%) из 97 пациентов диагностированы ревматические заболевания: полиартикулярный вариант ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) — у 2, олигоартикулярный вариант ЮИА — у 17, ювенильный ревматоидный артрит — у 1, ювенильный псориатический артрит — у 2, ювенильный анкилозирующий спондилит — у 2. У 1 пациента, у которого заболевание дебютировало клиническим симптомокомплексом коксита, на 2-м месяце подтверждена болезнь Крона. В группе пациентов с хроническими артритизмами позитивность по антинуклеарному фактору (АНФ) выявлена в 6 из 24 случаев, по HLA-B27 — в 10, увеит — в 2. Дебют ЮИА в возрастной группе 0–6 лет отмечен у 10 (10,3%) из 97 больных, в группе от 6–12 лет — у 9 (10%), в группе 12–18 лет — у 5 (5%). Лихорадка, высокий уровень лабораторных маркеров воспаления в дебюте наблюдались в 7 из 97 случаев (пациенты с остеомиелитом, илеопсоитом, болезнью Крона, ювенильным ревматоидным артритом, ЮИА). Все пациенты получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): ибупрофен — в 21,6% случаев, нимесулид — в 67%, диклофенак натрия — в 11,3%. В группе детей с транзиторным синовитом ТБС общая длительность заболевания составила 14 [12–20,5] дней, в 9 (14%) из 63 случаев в течение 3 лет однократно возникал рецидив, успешно купированный НПВП. Длительность заболевания на момент верификации диагноза в группе пациентов с хроническими артритизмами составила 6 [3,25–12] мес, в группе пациентов с ортопедической/гнойно-хирургической патологией — 6 [3–6] мес. Хирургическое лечение было проведено 3 детям.

Заключение. СМБ в ТБС является показанием для дифференциальной диагностики и дальнейшего наблюдения. Дебют ревматического заболевания с коксита у детей может наблюдаться в любом возрасте. Лихорадка и высокий уровень маркеров воспаления требуют исключения гнойно-септических заболеваний.

Выраженность боли в спине и активность заболевания у пациентов с аксиальным спондилоартритом

Румянцева Д.Г., Эрдес Ш.Ф.

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

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Цель исследования — провести корреляционный анализ выраженности боли в спине и основных параметров активности заболевания у пациентов с аксСпА.

Пациенты и методы. В исследование включено 175 пациентов, удовлетворявших критериям аксиального спондилоартрита (аксСпА) ASAS 2009 г. с длительностью воспалительной боли в спине менее 5 лет и возрастом дебюта заболевания до 45 лет из московской когорты раннего спондилоартрита (КоРСАп). Средний возраст больных на момент включения в исследование составлял $28,1 \pm 5,7$ года, средняя продолжительность заболевания — $23,8 \pm 17,6$ мес, 152 (92,7%) больных были позитивны по HLA-B27. У всех участников проводились оценка выраженности боли в спине по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ, 0–10), глобальная оценка самочувствия по ЧРШ (0–10), определение СРБ, СОЭ в крови, расчет индексов BASDAI и ASDAS-СРБ, а также магнитно-резонансная томография (МРТ) крестцово-подвздошных суставов (КПС). Выявление явного субхондрального отека костного мозга (остеит), визуализируемого как гиперинтенсивный сигнал в режиме STIR, расценивалось как МРТ-признак активного сакроилиита (СИ). Для оценки выраженности активного СИ КПС использовался британский счет Leeds.

Результаты. Выраженность боли в спине по ЧРШ (0–10) у всех пациентов ($n=175$) составила в среднем ($M \pm \sigma$) $2,8 \pm 2,2$; медиана (Me) счета Leeds — 1,0 [0; 3,0]; Me СРБ — 4,6 [1; 19,3] мг/л; Me СОЭ — 10,0 [5,0; 24,0] мм/ч; BASDAI ($M \pm \sigma$) — $3,3 \pm 1,9$; ASDAS-СРБ ($M \pm \sigma$) — $2,2 \pm 1,1$; глобальная оценка самочувствия ($M \pm \sigma$) — $3,4 \pm 2,0$. При корреляционном анализе выраженности боли в спине по ЧРШ с основными параметрами активности аксСпА получены следующие показатели: $-0,04$ ($p > 0,05$) со счетом Leeds; $0,04$ ($p > 0,05$) с СРБ; $0,06$ ($p > 0,05$) с СОЭ; $0,5$ ($p < 0,05$) с BASDAI; $0,3$ ($p < 0,05$) с ASDAS-СРБ; $0,6$ ($p < 0,05$) с глобальной оценкой самочувствия по ЧРШ. Выявлена положительная связь выраженности боли в спине по ЧРШ с глобальной оценкой самочувствия ($r=0,6$) и индексом BASDAI ($r=0,5$), слабая положительная связь с ASDAS-СРБ ($r=0,3$). С лабораторными параметрами системного воспаления (СРБ, СОЭ) выраженность боли в спине не коррелировала.

Заключение. Выраженность боли в спине у пациентов с аксСпА не зависит от значений объективных методов оценки активности заболевания, таких как активный СИ по данным МРТ КПС и лабораторные маркеры воспаления крови. Таким образом, больным аксСпА, независимо от выраженности воспалительной боли в спине, целесообразно назначать МРТ КПС, анализ крови на СРБ и СОЭ для уточнения активности заболевания.

Влияние длительности приема нестероидных противовоспалительных препаратов на выраженность боли в спине и рентгенологическое прогрессирование аксиального спондилоартрита

Румянцев Д.Г., Эрлес Ш.Ф.

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

Согласно рекомендациям сообщества по оценке спондилоартритов (ASAS), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются препаратами первой линии при лечении аксиального спондилоартрита (аксСпА).

Однако в настоящее время представлены противоречивые данные о влиянии приема НПВП на рентгенологическое прогрессирование аксСпА.

Цель исследования — сравнение влияния регулярного приема НПВП и режима «по требованию» на выраженность боли в спине и рентгенологическое прогрессирование аксСпА.

Пациенты и методы. В исследование были включены пациенты, удовлетворявшие критериям аксСпА ASAS 2009 г. с длительностью воспалительной боли в спине менее 5 лет и возрастом дебюта заболевания до 45 лет из московской когорты раннего спондилоартрита (КоРСАп). В настоящий анализ вошли 68 больных, наблюдавшихся не менее 2 лет. Средний возраст на момент включения в исследование составил $28,5 \pm 5,8$ года, средняя продолжительность заболевания — $24,1 \pm 15,4$ мес, 63 (92,6%) больных были позитивны по HLA-B27. Пациенты были разделены на две группы: в 1-й группе ($n=35$) больные получали НПВП регулярно в течение всего срока наблюдения в терапевтических дозах, во 2-й ($n=33$) НПВП назначались «по требованию» в зависимости от наличия боли в спине. Оценка выраженности боли в спине по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ, 0–10) и рентгенография костей таза проводились всем пациентам исходно и через 2 года. Для оценки прогрессирования болезни определялась сумма рентгенологических стадий сакроилиита (СИ) по Kellgren в левом и правом крестцово-подвздошных суставах. Частота приема НПВП рассчитывалась согласно индексу НПВП.

Результаты. Выраженность боли в спине (по ЧРШ) у всех пациентов ($n=68$) за 2 года наблюдения статистически значимо уменьшилась с $2,7 \pm 2,0$ [0; 9] до $1,8 \pm 1,7$ [0; 8] ($p < 0,05$). Исходно в 1-й и 2-й группах средняя выраженность боли в спине составила $3,4 \pm 2,1$ [0; 9] и $2,0 \pm 1,5$ [0; 5] соответственно ($p < 0,05$). Через 2 года наблюдения данный показатель снизился в 1-й группе до $2,4 \pm 1,8$ [0; 7], а во 2-й группе — до $1,4 \pm 1,3$ [0; 8] ($p > 0,05$). В группе постоянного приема НПВП медиана стадии рентгенологического СИ (рСИ) исходно и через 2 года равнялась 4,0 [3,0; 4,0] и 4,0 [4,0; 6,0] соответственно ($p > 0,05$); в группе приема НПВП «по требованию» — 3,0 [2,0; 4,0] и 4,0 [3,0; 6,0] соответственно ($p < 0,05$).

Заключение. Независимо от частоты приема, НПВП уменьшают выраженность боли в спине, однако длительное регулярное их использование в терапевтических дозах позволяет снизить скорость рентгенологического прогрессирования у пациентов с аксСпА.

Взаимосвязь показателей активности ревматоидного артрита с психологическим статусом пациента

Рыбакова В.В., Авдеева А.С., Верижникова Ж.Г., Дибров Д.А.

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

Для оценки уровня активности ревматоидного артрита (РА) большое значение имеют параметры, которые отражают мнение самого больного. При этом в ряде случаев приходится сталкиваться с расхождением между значениями объективных признаков воспаления и оценкой, которую дает пациент. Вместе с тем для выбора адекватной терапии очень важно корректно определить уровень воспалительной активности заболевания.

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Цель исследования — изучение взаимосвязи показателей активности РА и психологических факторов, у пациентов, получающих терапию согласно стратегии «Лечение до достижения цели» (Treat to target, T2T).

Пациенты и методы. В исследование включено 93 больных РА (77 женщин и 16 мужчин) в возрасте от 49 до 66 лет (средний возраст 58 лет) с длительностью заболевания в среднем 7 лет. Всем больным проводили клиническое обследование, регистрировали следующие параметры: общую оценку больного, общую оценку врача, оценку боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, мм), число болезненных и число припухших суставов. Определяли функциональный статус по опроснику HAQ, характер боли по PainDETECT, наличие тревоги и депрессии по HADS.

Результаты. Исходно индексы активности составляли: DAS28 — 5,31 [4,79; 6,14], SDAI — 28,27 [18,79; 40,73], CDAI — 25 [17; 36] (индекс ремиссии — ИР — DAS28 <2,6, SDAI <3,3, CDAI <2,8), что соответствовало высокой воспалительной активности заболевания, значение HAQ — 1,32 [0,75; 1,25]. Через 12 мес произошло значимое снижение активности заболевания и уровня острофазовых показателей. Далее пациенты наблюдались в рамках реальной клинической практики и были обследованы через 6–7 лет. Значения индексов активности составили: DAS28 — 4 [3,4; 4,59], SDAI — 15,06 [9,32; 21], CDAI — 15 [9; 21] (ИР DAS28 <2,6, SDAI <3,3, CDAI <2,8); ремиссия заболевания зафиксирована у 7,8% пациентов, низкая активность РА — у 21,3%, умеренная активность — у 60,6%, высокая активность — у 11,2%. Значение HAQ — 0,5 [0,25; 1], ВАШ боли — 35 [20; 50]. У 29 больных отмечалась субклиническая или клинически выраженная тревога (>8 баллов по HADS), при этом ремиссия/низкая активность заболевания установлена у 3,2%, умеренная/высокая активность — у 28%. Субклиническая или клиническая депрессия (>8 баллов по HADS) наблюдалась у 18 больных, из них ремиссия/низкая активность заболевания имела у 3,2%, умеренная/высокая активность — у 17%. При использовании опросника PainDETECT у 35 больных выявлена вероятная или определенная симптоматика невропатической боли, ремиссия/низкая активность заболевания — у 7,5%, умеренная/высокая активность — у 30%.

Заключение. У части больных, несмотря на достижение ремиссии/низкой активности заболевания, сохраняются невропатическая боль, субклиническая или клинически выраженная депрессия и боль. Для назначения адекватной противоревматической терапии необходимо учитывать не только активность РА, но и психологический статус больного.

Частота заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у пациентов с ревматоидным артритом в Туле (2020–08.2021)

Сороцкая В.Н.¹, Халмурадова Б.Б.¹, Плахова А.О.¹, Вайсман Д.Ш.², Балабанова Р.М.³

¹ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Тула, Россия; ²ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия; ³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия

В настоящее время имеется крайне мало данных о заболеваемости COVID-19 пациентов с ревматоидным артритом

(РА), их возрастных и гендерных особенностях, частоте вакцинации и летальных исходов от этой инфекции.

Цель исследования — изучение частоты новой коронавирусной инфекции у пациентов с РА.

Пациенты и методы. С помощью специально разработанного опросника проведен телефонный опрос 73 пациентов (60 женщин и 13 мужчин, средний возраст 61,7 года) с РА, находящихся на диспансерном наблюдении (ДН) у ревматолога в районной поликлинике Городской клинической больницы №2 Тулы. Проанализированы карты ДН пациентов с РА, амбулаторные карты и выписки из инфекционных отделений (госпиталей).

Результаты. Из 73 пациентов новую коронавирусную инфекцию перенесли 24 (33%; 18 женщин и 6 мужчин, средний возраст 59,9 года). Лечение в амбулаторных условиях под наблюдением участкового врача и ревматолога проводилось 15 (62%) пациентам. На фоне тяжелого течения инфекции были госпитализированы 9 (38%) больных (средний возраст 66,1 года): 5 женщин (средний возраст 63,3 года) и 4 мужчины (средний возраст 70 лет). Летальный исход от COVID-19 наступил у 2 пациентов 72 и 78 лет, находившихся на стационарном лечении. Из 73 больных РА 19 (26%) были вакцинированы от COVID-19. Среди вакцинированных пациентов заболевших COVID-19 не было.

Заключение. Необходимо продолжить изучение данных о заболеваемости COVID-19 пациентов с РА, что позволит сделать более определенные выводы.

Взаимосвязь рентгенологических и магнитно-резонансных изменений в позвоночнике и крестцово-подвздошных суставах при аксиальной форме псориатического артрита (предварительные данные)

Сухинина А.В.¹, Смирнов А.В.¹, Лиля А.М.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ²кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Псориатический артрит (ПсА) — хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, относящееся к группе периферических спондилоартритов и часто ассоциированное с псориазом. Осевое поражение при ПсА включает воспаление крестцово-подвздошных суставов — КПС (сacroiliит) и/или позвоночника (спондилит), которое может протекать латентно. Даже при длительном бессимптомном течении псориатического спондилита рентгенологическое прогрессирование со временем может нарастать, что приводит к нарушению функции позвоночника.

Цель исследования — изучение данных рентгенографии (Рг) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациентов с аксиальной формой псориатического артрита (аксПсА) и их связи с клинической картиной заболевания.

Пациенты и методы. В исследование включено 29 пациентов с аксПсА, обследованных согласно рекомендациям ASAS. Средний возраст больных составил 39,0±7,5 года, длительность заболевания на момент включения — 4,0±3,0 лет. Проведены Рг шейного (ШОП) и поясничного (ПОП) отделов позвоночника в боковых проекциях и костей таза в пря-

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

мой проекции с использованием рентгенологического аппарата Stephanix; МРТ всех отделов позвоночника и КПС на аппарате МРТ Philips Multiva с величиной магнитной индукции 1,5 Т в режимах T1 (для оценки структурных изменений), STIR T2 (для оценки воспалительных изменений), DWI (только для КПС) с последующим подсчетом на картах измеряемого коэффициента диффузии (ИКД) с целью выявления остейта в стадии, недоступной для STIR T2-режима. Для анализа изменений на Рг применяли индексы PASRI и mSASSS, для оценки МР-данных в STIR T2-режиме — счет SPARCC для позвоночника и КПС.

Результаты. HLA-B27-антиген выявлен у 8 (27,6%) больных. Средние значения СОЭ и СРБ составили $27,3 \pm 20,55$ и $19,8 \pm 1,75$ соответственно. Высокая активность заболевания — $4,4 \pm 2,6$ (BASDAI ≥ 4) имела у 76,3% обследованных. Отмечена прямая корреляция PASRI с СОЭ и уровнем СРБ (коэффициент Спирмена, $Rho = 0,53$ для СОЭ и $0,29$ для СРБ) и обратная корреляция ротации в ШОП со значениями mSASSS ($Rho = -0,4$). Связь между другими отделами позвоночника и клиническими проявлениями оказалась очень слабой ($Rho < 0,1$). Обнаружена корреляция между высокими показателями SPARCC ШОП и боли в спине в течение дня за последнюю неделю ($Rho = 0,31$), SPARCC грудного отдела позвоночника — ГОП ($Rho = 0,18$) и отсутствие связи со SPARCC ПОП ($Rho < 0,05$). Похожая тенденция наблюдалась при оценке взаимосвязи счета SPARCC ШОП с ночной болью в спине за последнюю неделю ($Rho = 0,49$), в то время как SPARCC ГОП и ПОП практически не имели такой корреляции. Выявлены высокие значения счета SPARCC КПС при высокой СОЭ ($Rho = 0,16$) и низком уровне СРБ ($Rho = -0,12$). Взаимосвязь данных в карте ИКД практически не отличалась от таковой при счете SPARCC КПС: отмечалась прямая корреляция с СОЭ ($Rho = 0,37$), результатами BASDAI ($Rho = 0,28$), оценкой по визуальной аналоговой шкале пациентом ($Rho = 0,35$), ночной болью в позвоночнике ($Rho = 0,32$) и болью в спине в течение дня ($Rho = 0,64$). А значения карты ИКД и изменения КПС в STIR T2-режиме указали на сильную обратную ($Rho = -0,63$) и прямую ($Rho = 0,58$) взаимосвязь с болью в нижнем отделе позвоночника и ягодицах. Статистически значимых различий при сравнительной оценке лучевых методов диагностики с клинико-лабораторными показателями не выявлено ($p > 0,05$).

Заключение. У пациентов с аксПсА отмечается обратная взаимосвязь данных Рг с ротацией в ШОП и прямая — данных МРТ с активностью лабораторных показателей воспаления (СОЭ, СРБ) и жалобами пациентов на боль. Соответствие жалоб пациентов значениям карт ИКД, характерных для остейта, и их несоответствие данным МРТ в режиме STIR T2 косвенно позволяет считать эту методику перспективной.

Взаимосвязь минеральной плотности кости осевого скелета с остеоартритом коленных суставов (предварительные данные)

Таскина Е.А.¹, Кашеварова Н.Г.¹, Стребкова Е.А.¹,
Шарапова Е.П.¹, Алексеева Л.И.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ²кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования — оценка влияния минеральной плотности кости (МПК) осевого скелета на клинические проявления и рентгенологическую картину остеоартрита (ОА) коленных суставов.

Пациенты и методы. В проспективное исследование включено 100 женщин с ОА коленных суставов I–III стадии по Kellgren–Lawrence, подписавших информированное согласие. Средний возраст пациенток составил $59,3 \pm 8,6$ года (38–74), длительность заболевания 8 (4–12) лет. На каждую пациентку заполнялась индивидуальная карта, включающая антропометрические параметры, данные анамнеза, клинического обследования, оценку боли в коленном суставе по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), WOMAC, KOOS и сопутствующие заболевания. Всем больным были выполнены стандартная рентгенография коленных суставов, денситометрия поясничного отдела позвоночника и всего бедра, лабораторное обследование.

Результаты. Остеопороз (ОП) и/или остеопения осевого скелета были выявлены у 29% пациенток (1-я группа), нормальные значения МПК — у 71% (2-я группа). Пациентки со сниженной МПК были старше: $64,8 \pm 6,6$ года против $56,7 \pm 9,9$ года, $p = 0,002$, имели большую медиану интенсивности боли: 50 (40–71) против 44 (25–51), $p = 0,03$, а также значимо более высокие показатели скованности: 105 (59–127) против 61 (40–90), $p = 0,02$ и функциональной недостаточности: 820 (460–1027) против 520 (289–780), $p = 0,02$ по WOMAC, более низкие значения индекса KOOS: 47 (34–55) против 66 (47–82), $p = 0,01$ и мочевой кислоты: 270,5 (249–327) против 325 (279–378), $p = 0,007$. При рентгенологическом исследовании в 1-й группе выявлено менее значимое сужение медиальной щели коленного сустава, чем у лиц с нормальной МПК: 3,6 (2,8–4,5) против 2,6 (1,8–3,6), $p = 0,03$. Обнаружена ассоциация между стадией ОА и общей МПК бедра ($г/см^2$; $r = 0,5$, $p = 0,01$). Корреляционный анализ по Спирмену подтвердил наличие положительных связей между снижением МПК (ОП и остеопения) и длительностью ОА ($r = 0,24$, $p = 0,05$), возрастом ($r = 0,4$, $p = 0,05$), скованностью ($r = 0,32$, $p = 0,05$) и функциональной недостаточностью ($r = 0,3$, $p = 0,05$) по WOMAC, болью в суставе ($r = 0,29$, $p = 0,05$) и отрицательных связей с массой пациента ($r = -0,32$, $p = 0,05$), общим показателем KOOS ($r = -0,4$, $p = 0,05$), уровнем мочевой кислоты ($r = -0,29$, $p = 0,05$).

Заключение. Высокие значения МПК в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедра чаще наблюдаются при выраженных стадиях ОА; подтверждена ассоциация между стадией ОА и общей МПК бедра. Однако у пациенток с ОП и/или остеопенией в осевом скелете по сравнению с женщинами, имеющими нормальные значения МПК, отмечено более тяжелое течение ОА: большая интенсивность боли, высокие значения индексов WOMAC и низкие показатели индекса KOOS.

Взаимосвязь метаболического синдрома и остеоартрита

Таскина Е.А.¹, Кашеварова Н.Г.¹, Стребкова Е.А.¹,
Шарапова Е.П.¹, Алексеева Л.И.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ²кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Цель исследования — оценка взаимосвязи метаболического синдрома (МС) и его компонентов с клиническими и рентгенологическими проявлениями остеоартрита (ОА) коленных суставов.

Пациенты и методы. В проспективное исследование включено 125 женщин в возрасте 40–75 лет с достоверным диагнозом ОА коленных суставов по критериям ACR, II–III стадии по Kellgren–Lawrence, подписавших информированное согласие. Средний возраст пациенток составил $54,2 \pm 7,6$ года (36–75 лет), длительность заболевания — 8 [4; 12] лет. Средние значения индекса массы тела (ИМТ) соответствовали ожирению ($30,9 \pm 5,4$ кг/м²), объем талии — $94,4 \pm 11,7$ см. На каждую больную заполнялась индивидуальная карта, куда заносили антропометрические показатели, данные анамнеза и клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), WOMAC, информацию о сопутствующих заболеваниях и терапии за период наблюдения. Всем пациенткам проводились стандартная рентгенография, УЗИ и магнитно-резонансная томография — MPT (по WORMS) коленных суставов, денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра, лабораторное обследование (общеклинический, биохимический анализы крови, СРБ), определение уровня лептина в сыворотке крови.

Результаты. МС был диагностирован у 60% пациенток. При МС отмечалось более тяжелое течение ОА коленных суставов: были выше суммарный WOMAC, а также боль и функциональная недостаточность по WOMAC; чаще выявлялись синовит, выраженные дефекты хрящевой ткани и отек костного мозга, при этом пациентки с МС и без МС были сопоставимы по возрасту и длительности ОА. При рентгенологическом обследовании на фоне МС выявлены значимо большие размеры остеофитов ($p=0,01$), при лабораторном исследовании — более высокие концентрации СРБ: $30,4$ ($23,5–43,6$) против $20,3$ ($18,6–30,4$), $p=0,001$, инсулина: $8,23$ ($7,29–10,68$) против $6,11$ ($4,49–8,59$), $p=0,04$, холестерина: $6,39$ ($5,39–6,84$) против $5,7$ ($4,77–6,3$), $p=0,04$ и триглицеридов: $1,71$ ($1,24–2,44$) против $1,25$ ($1,08–1,48$), $p=0,009$. Корреляционный анализ по Спирмену подтвердил наличие положительных корреляций между МС и болевым синдромом в коленных суставах по ВАШ ($r=0,35$, $p=0,02$), размерами медиальных остеофитов в области бедренной кости ($r=0,41$, $p=0,01$), наличием синовита ($r=0,23$, $p=0,05$), минеральной плотностью кости в поясничном отделе позвоночника ($r=0,37$, $p=0,03$), уровнем СРБ ($r=0,31$, $p<0,0$). Кроме того, выявлены позитивные взаимосвязи с компонентами МС: артериальной гипертензией ($r=0,4$, $p<0,01$), массой тела ($r=0,27$, $p=0,01$), уровнем холестерина ($r=0,25$, $p=0,04$), триглицеридов ($r=0,36$, $p<0,01$) и инсулина ($r=0,3$, $p=0,04$). Чрезвычайно интересными представляются данные, свидетельствующие об ассоциациях между метаболическим фенотипом ОА и концентрацией СРБ ($r=0,49$, $p<0,01$), лептина ($r=0,4$, $p<0,01$).

Заключение. Полученные данные подтверждают, что у больных ОА отмечается высокая частота МС. Продemonстрировано, что при метаболическом фенотипе наблюдается более тяжелое течение ОА. При лабораторном обследовании при наличии МС выявляются статистически значимо более высокие уровни СРБ, лептина, СРБ, инсулина, холестерина, триглицеридов. Корреляционный анализ пока-

зал значимые позитивные ассоциации между МС и болью по ВАШ, размерами остеофитов, синовитом, уровнем СРБ, лептина, инсулина и СРБ. Результаты исследования позволяют заключить, что терапия данного фенотипа должна быть направлена не только на ОА, но и на компоненты МС.

Долгосрочная оценка рентгенологического прогрессирования у пациентов с псориатическим артритом. Предварительные результаты 5-летнего наблюдения

Тремаскина П.О.¹, Логинова Е.Ю.¹, Коротаева Т.В.¹, Сухинина А.В.¹, Смирнов А.В.¹, Лиля А.М.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва, Россия; ²кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Псориатический артрит (ПсА) — хроническое воспалительное заболевание, приводящее к ранним деструктивным изменениям в суставах. В рамках исследования эффективности стратегии «Лечение до достижения цели» (Treat to target, T2T) у больных ранним ПсА проводилась оценка рентгенологических изменений, выявившая у четверти из них (27,5%) отрицательную рентгенологическую динамику спустя 1 год наблюдения [1]. В долгосрочной перспективе динамику рентгенологического прогрессирования не прослеживали.

Цель исследования — оценка рентгенологического прогрессирования у пациентов, которым на ранней стадии ПсА проводилось лечение согласно стратегии T2T, через 5 лет после завершения наблюдения.

Пациенты и методы. В исследование включено 16 пациентов с ПсА (10 женщин и 6 мужчин), удовлетворявших критериям CASPAR (2006), средний возраст — $42,6 \pm 11,8$ года, медиана (Ме) длительности ПсА — 70 [58,25; 82,5] мес, длительности псориаза — 114 [73,5; 168] мес, наблюдения — 60,5 [47,25; 72,5] мес. Ме DAPSA спустя 5 лет наблюдения составила 13 [5,25; 32,25]. На ранней стадии заболевания (до 2 лет) пациенты наблюдались в исследовании эффективности стратегии T2T, в рамках которой через 1 год проводилась оценка рентгенологического прогрессирования ПсА. После окончания наблюдения пациенты получали терапию «по требованию» в зависимости от активности заболевания. Через 5 лет у пациентов были повторно оценены активность болезни по индексу DAPSA и рентгенологические изменения суставов кистей и дистальных отделов стоп в сравнении с исходными данными. Значение DAPSA ≤ 4 соответствовало ремиссии, ≤ 14 — низкой активности болезни, ≤ 28 — умеренной активности и > 28 — высокой активности. Рентгенологическое прогрессирование оценивалось двумя независимыми рентгенологами с использованием количественного метода m-Sharp/van der Heijde, модифицированного для ПсА. Общий счет m-Sharp/van der Heijde складывался из счета эрозий и счета сужения щелей (ССЩ). Результаты представлены в виде медианы и интерквартильного интервала (Ме [25-й; 75-й перцентили]).

Результаты. Спустя 5 лет отрицательная динамика по данным рентгенографии по сравнению с исходными значениями была выявлена у 10 (62,5%) из 16 больных, отсутствие динамики — у 6 (37,5%). У 8 (50%) пациентов увеличилось число эрозий, исходно у 3 из них не было эрозивного

СИСТЕМНЫЕ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

поражения. Увеличение ССЦ отмечалось у 11 (69%) больных. Me DAPSA у пациентов с отрицательной рентгенологической динамикой ПсА составила 13 [5,5; 21] баллов, а у пациентов с отсутствием отрицательной динамики — 10 [2; 49] баллов, что соответствует низкой воспалительной активности.

Заключение. Оценка рентгенологического прогрессирования у больных ПсА, наблюдавшихся ранее в рамках стратегии T2T, в долгосрочной перспективе (в среднем через 5 лет) показала, что почти 2/3 из них имелась отрицательная рентгенологическая динамика, у половины больных обнаружено увеличение количества эрозий кистей и стоп по сравнению с исходными данными, несмотря на низкую активность заболевания. Необходимы дальнейшие исследования на большей когорте больных, включающие анализ фармакотерапии, для углубленной оценки отдаленных рентгенологических исходов.

Уровень боли по шкале WOMAC у женщин с остеоартритом коленного сустава в зависимости от состояния минеральной плотности кости

Усова Е.В., Аверкиева Ю.В., Раскина Т.А., Малышенко О.С., Летаева М.В., Королева М.В.

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

Цель исследования — оценка уровня боли по шкале WOMAC у женщин с остеоартритом (ОА) коленного сустава (КС) в зависимости от состояния минеральной плотности кости (МПК).

Пациенты и методы. В исследование включено 52 женщины (средний возраст $56,4 \pm 9,7$ года) с ОА КС, установленным в соответствии с критериями ACR. МПК и Т-критерий шейки бедра и поясничного отдела позвоночника определяли ме-

тодом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) на стационарном костном денситометре (Lunar Prodigy Primo, США). Для оценки клинических проявлений ОА КС больными использовался опросник WOMAC.

Результаты. На основании результатов DXA по значению Т-критерия (ISCD, 2007) все обследованные были разделены в две группы: 25 женщин с нормальными показателями МПК (НМПК) и 27 пациенток с остеопеническим синдромом (ОПС), в том числе 16 (59,3%) с остеопенией и 11 (40,7%) с остеопорозом. При сравнительном анализе показателей индекса WOMAC обнаружено, что в группе больных с ОПС суммарный балл данного индекса по шкале боли был значимо выше, чем у пациенток с НМПК ($148,0 \pm 81,9$ балла против $116,5 \pm 66,0$ балла; $p=0,02$). При анализе отдельных компонентов индекса установлено, что женщины с ОПС по сравнению с пациентками с НМПК имели значимо более выраженную боль в суставах в ночные часы ($25,1 \pm 22,3$ против $19,4 \pm 21,6$; $p=0,03$) и в положении сидя или лежа ($22,4 \pm 17,4$ против $14,8 \pm 12,7$; $p=0,02$), большие затруднения при ходьбе по ровной поверхности ($29,3 \pm 20,1$ против $22,8 \pm 18,2$; $p=0,04$), вставании из положения сидя ($44,2 \pm 19,2$ против $36,3 \pm 19$; $p=0,02$) и лежа ($45,1 \pm 18,0$ против $40,1 \pm 20,7$; $p=0,03$), а также при длительном стоянии (более 30 мин; $36,2 \pm 20,8$ против $27,1 \pm 14,8$; $p=0,02$). По данным корреляционного анализа выявлена обратная связь между Т-критерием и оценкой боли по WOMAC ($r=-0,43$, $p=0,04$). Аналогичная связь обнаружена между Т-критерием и оценкой функциональной недостаточности по WOMAC ($r=-0,39$, $p=0,03$).

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что у больных ОА КС с ОПС имелись статистически значимо более высокие уровень боли и выраженность функциональной недостаточности, чем у женщин без ОПС.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Абрамкин А.А., Лисицына Т.А., Вельтищев Д.Ю., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Глухова С.И., Насонов Е.Л.</i>	
Депрессивные расстройства как один из основных факторов, ассоциирующихся с усталостью у больных ревматоидным артритом	3
<i>Аверкиева Ю.В., Королева М.В., Малышенко О.С., Летаева М.В., Раскина Т.А.</i>	
Минеральная плотность костной ткани у женщин в постменопаузе с остеоартритом коленного сустава в зависимости от рентгенологической стадии	4
<i>Аристова М.В., Агафонова Е.М., Дмитриева А.Е., Сахарова К.В., Эрдес Ш.Ф.</i>	
Универсальная алопеция у больных анкилозирующим спондилитом на фоне генно-инженерной терапии	4
<i>Аристова М.В., Сокол Е.В.</i>	
Редкое сочетание IgG4-связанного заболевания и болезни Шёгрена (описание клинического случая)	5
<i>Аристова М.В., Эрдес Ш.Ф.</i>	
Взаимосвязь индекса здоровья (ASAS HI) с активностью заболевания и функциональным статусом больных анкилозирующим спондилитом	5
<i>Аристова М.В., Эрдес Ш.Ф.</i>	
Валидность упрощенного индекса активности анкилозирующего спондилита (SASDAS) в российской когорте пациентов	6
<i>Аронова Е.С., Гриднева Г.И., Белов Б.С.</i>	
Клинико-демографическая характеристика пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, бессимптомно перенесших COVID-19	6
<i>Арутюнян Р.А.</i>	
Активность аденозиндеамины в синовиальной жидкости пожилых пациентов с невоспалительными и воспалительными заболеваниями суставов	7
<i>Баранова М.М., Муравьева Н.В., Белов Б.С., Воробьева Л.Д.</i>	
Инфекции нижних дыхательных путей у больных спондилоартритами (предварительные данные)	7
<i>Воробьева Л.Д., Тремаскина П.О., Чамурлиева М.Н., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В.</i>	
Оценка взаимосвязи боли с активностью псориатического артрита, функциональным статусом и качеством жизни, связанным со здоровьем	8
<i>Горбунова Ю.Н., Кириллова И.Г., Попкова Т.В., Насонов Е.Л., Лиля А.М.</i>	
Оценка боли и состояния здоровья пациентов при раннем ревматоидном артрите в зависимости от индекса массы тела	8
<i>Гриднева Г.И., Аронова Е.С., Самаркина Е.Ю., Баймеева Н.В., Муравьев Ю.В.</i>	
Корреляция концентрации полиглутаматов метотрексата с изменением оценки боли в ходе проспективного 36-недельного наблюдения больных ревматоидным артритом	9
<i>Коломейчук А.А., Тарасова Г.М.</i>	
Манифестация хронического небактериального остеомиелита во взрослом возрасте (клинический случай)	9
<i>Комаров В.Т., Хичина Н.С., Филатова М.А.</i>	
Особенности течения постинфекционных артритов после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19	10
<i>Кошукова Г.Н., Заяева А.А., Доля Е.М.</i>	
Вариабельность артралгического синдрома у лиц, перенесших инфекцию COVID-19	10
<i>Кричевская О.А., Ильиных Е.В., Дубинина Т.В., Демина А.Б., Андрианова И.А.</i>	
Изменение характера боли в спине у женщин с анкилозирующим спондилитом на фоне беременности	11

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

Безопасность вакцин против COVID-19 у больных с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (предварительные данные)	12
---	----

Курбанмагомедов М.К., Сахарова К.В., Демина А.Б., Эрдес Ш.Ф.

Предварительные данные изучения возможности использования сонографического метода для объективизации подвижности позвоночника при анкилозирующем спондилите	12
---	----

Матьянова Е.В., Каратеев А.Е.

Сравнение популярности методов борьбы с мышечно-суставной болью у относительно здоровых людей, ведущих спортивный образ жизни, по данным опроса	13
---	----

Меликова Н.А., Филатова Е.Г., Лиля А.М.

Фибромиалгия при ревматоидном артрите: особенности болевого синдрома, влияние на активность РА и качество жизни	14
---	----

Мусатов И.Д., Егорова О.Н.,
Раденска-Лоповок С.Г.

Лобулярный панникулит при ASIA-синдроме	14
---	----

Мусатов И.Д., Егорова О.Н.,
Раденска-Лоповок С.Г., Городецкий В.Р.

Панникулитоподобная Т-клеточная лимфома: трудности диагностики	15
--	----

Орлова Е.В., Лямина Н.П., Погонченкова И.В., Скоробогатых Н.В.

Эффективность индивидуально дозированной интервальной гипоксии/гиперокситерапии в медицинской реабилитации пациентов с остеоартритом, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19	16
---	----

Орлова Е.В., Лямина Н.П., Погонченкова И.В., Скоробогатых Н.В.,
Ксенофонтова И.В.

Клиническая эффективность комплексной медицинской реабилитации больных остеоартритом, перенесших новую коронавирусную инфекцию	16
--	----

Орлова Е.В., Погонченкова И.В.

Эффективность применения роботизированной механотерапии в комплексной реабилитации пациентов с остеоартритом	17
--	----

Пилипенко А.И., Гайдукова И.З.

Артрит, ассоциированный с целиакией (клинический случай)	18
--	----

Пленкина Л.В., Симонова О.В., Попова С.В.

Оценка состояния почек у пациентов с анкилозирующим спондилитом на фоне терапии генно-инженерными биологическими препаратами	18
--	----

Речкунова О.А., Чернышева Т.В., Гурьянов А.М.

Боль у пациентов с остеоартритом до и после тотального эндопротезирования коленного сустава	18
---	----

Родионовская С.Р., Торосян Г.Г.,
Транковский С.Е., Батова А.И.

Скелетно-мышечная боль в тазобедренном суставе у детей: что должен знать ревматолог	19
---	----

Румянцева Д.Г., Эрдес Ш.Ф.

Выраженность боли в спине и активность заболевания у пациентов с аксиальным спондилоартритом	20
--	----

Румянцева Д.Г., Эрдес Ш.Ф.

Влияние длительности приема нестероидных противовоспалительных препаратов на выраженность боли в спине и рентгенологическое прогрессирование аксиального спондилоартрита	20
--	----

Рыбакова В.В., Авдеева А.С., Верижникова Ж.Г., Дибров Д.А.

Взаимосвязь показателей активности ревматоидного артрита с психологическим статусом пациента	20
--	----

Сороцкая В.Н., Халмурадова Б.Б., Плахова А.О.,
Вайсман Д.Ш., Балабанова Р.М.

Частота заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у пациентов с ревматоидным артритом в Туле (2020–08.2021)	21
---	----

Сухинина А.В., Смирнов А.В., Лиля А.М.

Взаимосвязь рентгенологических и магнитно-резонансных изменений в позвоночнике и крестцово-подвздошных суставах при аксиальной форме псориатического артрита (предварительные данные)	21
--	-----------

*Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г., Стребкова Е.А.,
Шарапова Е.П., Алексеева Л.И.*

Взаимосвязь минеральной плотности кости осевого скелета с остеоартритом коленных суставов (предварительные данные)	22
---	-----------

*Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г.,
Стребкова Е.А., Шарапова Е.П.,
Алексеева Л.И.*

Взаимосвязь метаболического синдрома и остеоартрита	23
--	-----------

*Тремаскина П.О., Логинова Е.Ю., Коротаяева Т.В., Сухинина А.В.,
Смирнов А.В., Лиля А.М.*

Долгосрочная оценка рентгенологического прогрессирования у пациентов с псориатическим артритом. Предварительные результаты 5-летнего наблюдения	23
--	-----------

*Усова Е.В., Аверкиева Ю.В., Раскина Т.А.,
Мальшенко О.С., Летаева М.В., Королева М.В.*

Уровень боли по шкале WOMAC у женщин с остеоартритом коленного сустава в зависимости от состояния минеральной плотности кости	24
--	-----------