# Актуальные проблемы современной

# Ревматологии

Сборник научных работ

Волгоград 2008

# Алфлутоп®

эффективность, доказанная опытом

## ИНЪЕКЦИОННЫЙ ХОНДРОПРОТЕКТОР

- **Высокая эффективность**

  На 2-3 инъекции при внутрисуставном способе введения

  На 7-10 день при внутримышечном способе введения

- **Уникальный механизм действия**

  Угнетение активности гиалуронидазы

  Активация синтеза гиалуроновой кислоты

- **Возможность выбора оптимального способа введения для каждого пациента.**

ROMPHARM COMPANY

**Представительство**
**ROMPHARM COMPANY в России**
119991, Москва, Ленинский проспект, 32а
Тел.\факс 938 64 41\42\43
E-mail: info@rompharm.ru

# ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН

**НАШ АДРЕС:**
**Волгоград, 400138, ул. Землячки, 76**
**телефон (8442) 35-56-48**
**факс (8442) 93-42-11**
**www.pebma.ru, e-mail: nauka@pebma.ru**

● Волгоград

**15-16 апреля**
**2008 год**

# VI НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

## Основные научные направления

- Эпидемиология, заболеваемость ревматическими болезнями
- Этиология и патогенез ревматических болезней
- Диагностика, лечение, профилактика ревматических болезней
- Проблемы психологии в ревматологии
- Ревматические заболевания у детей и подростков
- Остеопороз в ревматологии
- Вопросы ревмаортопедии
- Реабилитация больных ревматическими заболеваниями

**ОРГАНИЗУЕТСЯ ВЫСТАВОЧНАЯ ЭКСПОЗИЦИЯ**

## В конференции примут участие:

- Специалисты ведущих научных, медицинских, ревматологических центров Российской Федерации, ВолГМУ
- Главные специалисты-ревматологи Южного Федерального округа
- Производители лекарственных средств, изделий медицинского назначения
- Врачи ревматологи, терапевты широкого профиля, неврологи, ортопеды-травматологи, хирурги, реабилитологи, геронтологи, эндокринологи, гинекологи ЛПУ Волгограда и Волгоградской области

**Ответственные секретари**

Мозговая Елена Эдуардовна – ведущий научный сотрудник ГУ НИИ КиЭР РАМН, к.м.н. Тел.моб. 8-905-064-7737; E-mail: alena@vistcom.ru

Стажаров Михаил Юрьевич – ведущий научный сотрудник ГУ НИИ КиЭР РАМН, к.м.н. Тел.моб. 8-905-333-3741; E-mail: biocentrum@tele-kom.ru

# АНТИБИОТИКИ+

## Вобэнзим

## Один препарат 5 действий

- Снижает риск развития заболеваний
- Увеличивает эффективность антибиотиков и их концентрацию в очаге воспаления
- Уменьшает токсичность антибиотиков и выраженность побочных эффектов
- Поддерживает биоценоз кишечника и улучшает процессы переваривания
- Активизирует иммунную систему, стимулирует выработку интерферонов

mucos

С.-Петербург: (812) 315 9585, Москва: (495) 231 2731
Ростов-на-Дону: (863) 244 1645 www.mucos.ru

Препарат имеет противопоказания. Внимательно ознакомьтесь с инструкцией по применению или проконсультируйтесь со специалистом.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Российская Академия медицинских наук
Государственное Учреждение «Научно-исследовательский
Институт клинической и экспериментальной ревматологии РАМН»
Волгоградский Государственный медицинский университет

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ РЕВМАТОЛОГИИ

СБОРНИК НАУЧНЫХ РАБОТ

Под редакцией
академика РАМН, заслуженного деятеля науки РФ,
профессора А. Б. ЗБОРОВСКОГО

ВЫПУСК ДВАДЦАТЬ ПЯТЫЙ

Волгоград 2008

**УДК 616-002.77 (06)**

Актуальные проблемы современной ревматологии. Сборник научных работ / под ред. академика РАМН А. Б. Зборовского. – Вып. XXV, Волгоград, ООО «Царицынская Полиграфическая Компания», 2008. – 148 с.

Настоящий сборник включает научные работы в области ревматологии, представленные ведущими клиническими, исследовательскими центрами, высшими учебными заведениями России, стран ближнего и дальнего зарубежья. Рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза, эпидемиологии, диагностики, лечения и реабилитации ревматических заболеваний.

Издание рассчитано на широкий круг научных работников, врачей, аспирантов и студентов старших курсов медицинских ВУЗов.

**ISBN 978-5-903040-22-3**

© Коллектив авторов, 2008
© Составление. Оформление.
ГУ НИИ КиЭР РАМН, 2008

*Абрамов Н.Б., Зборовская И.А., Кудряков Р.Ш., Мартемьянов В.Ф.*

# АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ АДЕНИЛОВОГО ПУЛА ПУРИНОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ И БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград

Данные литературы свидетельствуют о весьма сходных гистоморфологических изменений кожи при бляшечной (БСД) и системной склеродермии (ССД). Достаточно однотипные изменения определялись и по встречаемости антигена HLA B8, уровню трансформирующего фактора роста, содержанию гистамина, серотонина (Струков А., 1969; Скрипкан Ю., 1996) отмечены случаи трансформации БСД в ССД (Довжанский С., 2002) потому как для дерматологов, так и ревматологов весьма актуальным является вопрос о возможности трансформации БСД в ССД и поиск практических сходств и различий при этих заболеваниях.

**Цель исследования**. Изучить особенности энзимного профиля крови у больных бляшечной (БСД) и системной (ССД) склеродермии.

**Материал и методы**. Под наблюдением находилось 54 больных ССД, из которых; (88,9 %) женщин и 6 (11,1 %) мужчин. Средний возраст больных ССД – 43,1 ± 1,1 лет, средняя длительность заболевания – 8,1 ± 0,6 лет. I степень активности процесса определялась у 18 больных, II степень – у 29 и III степень – у 7 больных. Группу сравнения составили 15 больных бляшечной склеродермией, из которых 12 (80 %) женщин и 3 (20 %) мужчин. Средний возраст больных БСД – 41,8 ± 0,7 лет, продолжительность болезни – 4,23 ± 0,26 лет. У больных БСД наиболее часто поражались кожные покровы туловища (80 %) и редко кожи лица (13,3 %). Количество очагов поражения кожи варьировало от 1 до 10 – 12, и некоторые очаги носили сливной характер. Поражения кожи в большинстве очагов находились в стадии эритемы и уплотнения (индурации). Отклонения от уровня здоровых для иммуноглобулинов G отмечались в 26,7 % случаев, СРБ, гамма-глобулинов, СОЭ – в 20 % случаев. В плазме крови, лизатах лимфоцитов и эритроцитов всех больных определялись активности аденозиндезаминазы (АДА), АМФ-дезаминазы (АМФДА) и адениндезаминазы (АД) общепринятыми методами (Martinek R., 1963; Sakai T., 1978). Активность энзимов в плазме крови выражались в нмоль/мин/мл., в лизатах эритроцитов – нмоль/мин/мл-1х$10^9$ клеток, в лизатах лимфоцитов в нмоль/мин/мл-1х$10^7$ клеток.

**Результаты исследований.** В плазме крови активность (нмоль/мин/мл) АДА составила 7,23 ± 0,18; АМФДА – 1,45 ± 0,06; АД – 2,76 ± 0,06; в лизатах эритроцитов: АДА – 36,7 ± 0,68; АМФДА – 21,6 ± 0,85; ФД – 12,2 ±0,29; в лизатах лимфоцитов: АДА – 44,8 ± 0,54; АМФДА – 3,21 ± 0,1 и АД – 1,06 ± 0,03.

У больных ССД (всей группы), по сравнению со здоровыми, в плазме выше активность АМФДА (р<0,05) и АД (р<0,01), в эритроцитах – выне активность АДА (р<0,001), АД (р<0,05), в лимфоцитах – ниже активность АДА (р<0,001), АД (р<0,001) и выше активность АМФДА (р<0,001). У больных БСД, по сравнению со здоровыми, в плазме выше активность АДА (р<0,001), ниже АД (р<0,01), в эритроцитах ниже активность АДА (р<0,001), в лимфоцитах ниже активность АДА (р<0,001), выше АМФДА (р<0,05<) и АД (р<0,001). Сравнительные исследования показали, что у больных БСД, по сравнению с больными ССД, в плазме крови выше активность АДА (р<0,001), ниже АМФДА (р<0,05) и АД (р<0,001), в эритроцитах ниже активность всех энзимов: АДА (р<0,001), АМФДА (р<0,05), АД (р<0,01), в лимфоцитах выше активность АДА (р<0,001), АД (р<0,001) и ниже АМФДА (р<0,001). Примерно аналогичные изменения между БСД и ССД обнаружены и при сравнении энзимных показателей по степени активности процесса при ССД.

**Заключение.** Результаты исследования выявили наличие существенных изменений активности энзимов пуринового метаболизма как при ССД, так и БСД. Различия между БСД и ССД носили не только количественный характер по активности энзимов, но и по направленности энзимных реакций. Обобщая полученные данные, можно выявить следующие закономерности: в плазме при БСД активность АДА значительно повышена, а при ССД – в приделах нормы, активность АМФДА при БСД в приделах нормы, а при ССД – повышена, активность АД при БСД ниже , а при ССД выше, чем у здоровых. В эритроцитах: активности АДА,АМФДА и АД ниже, чем у здоровых или в пределах нормы, а при ССД активность этих энзимов выше, чем у здоровых. В лимфоцитах: активность АД при БСД выше, чем у здоровых, а при ССД ниже, активность АДА при БСД незначительно ниже, чем у здоровых, а при ССД в 2 раза ниже, активность АМФДА при БСД незначительно повышена, а при ССД повышена почти в 2 раза. Если же у больных БСД в плазме активность АДА приближается к уровню нормы, а активность АД превышает уровень нормы, в эритроцитах активность всех энзимов выше, чем у здоровых, в лимфоцитах активность АД выше, чем у здоровых, то за подобными больными необходимо тщательное наблюдение, так как энзимный профиль крови больных БСД становиться весьма похож на профиль крови при ССД и возможна трансформация БСД и ССД.

*Александрова О.Л., Скрябина Е.Н., Захарова А.Н., Курако М.М.*

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВЕГЕНЕРА

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

Диагностика гранулематоза Вегенера может представлять большие трудности. Это связано как с редкой встречаемостью данной нозологической формы, так и с разнообразием клинической картины в дебюте заболе-

вания. Поражение легких может являться одним из ранних проявлений заболевания, следовательно, своевременное его распознавание чрезвычайно важно в клинической практике.

**Целью работы** явилось изучение характера поражения легких при гранулематозе Вегенера. С учетом поставленной цели было обследовано 18 больных с гранулематозом Вегенера, среди которых было 8 мужчин и 10 женщин в возрасте 15-67 лет, находившихся на лечении в областной клинической больнице с 1989 по 2007 годы. В результате обследования выявлено, что поражение легких наблюдалось у 12 из 18 обследованных. У 9 пациентов были выявлены инфильтраты в легких, у 3 - легочным васкулит.

У четырех пациентов старше 55 лет инфильтративный процесс в легких отмечался в дебюте заболевания, сопровождался кашлем, кровохарканьем, похуданием, ускорением СОЭ. В связи с этим три из этих больных в течение 6-9 месяцев наблюдались онкологом с диагнозом рак легкого. У четвертого пациента после проведения онкологического поиска и консультации фтизиатра, диагноз оставался неясным, в связи с чем была выполнена диагностическая торакотомия. При гистологическом исследовании материала обнаружены изменения тканей, характерные для гранулематоза Вегенера. У пяти больных в возрасте от 20 до 55 лет также отмечались инфильтративные процессы в легких. У одного пациента инфильтрат в легких был обнаружен на 4-м году с момента постановки диагноза, у другого - процесс в легких в сочетании с эозинофилией был выявлен в дебюте заболевания, поэтому изначально трактовался как эозинофильная пневмония. У третьей больной из этой группы инфильтраты в легких в дебюте заболевания были расценены как проявление легочного туберкулеза. Отрицательная рентгенологическая динамика на фоне активной туберкулостатической терапии в течение шести месяцев, а также появление нефрита позволило выставить диагноз гранулематоза Вегенера. У двух других больных из этой подгруппы имело место бессимптомное течение инфильтративного процесса в легких в дебюте заболевания; в течение 6 месяцев они наблюдались онкологом и фтизиатром. Легочный васкулит, отмечавшийся у трех пациентов, первоначально трактовался как проявление другой системной патологии (узелкового полиартериита или системной красной волчанки), так как другие симптомы, такие как синдром Рейно, геморрагическая пурпура, похудание, анемия, лейкопения не являются типичными признаками данного заболевания. У всех пациентов на фоне лечения кортикостероидами и цитостатиками отмечалось улучшение состояния, наблюдалась положительная динамика клинической и рентгенологической картины в легких.

**В результате** наших наблюдений можно сделать вывод о том, что диагностика гранулематоза Вегенера на ранних стадиях заболевания представляет большие сложности. Поражение легких при данном заболевании является частым клиническим признаком и проявляется легочными инфильтратами и легочным васкулитом. Инфильтративные процессы в легких могут возникать как в дебюте заболевания, так и через некоторое время после установления диагноза гранулематоза Вегенера. Легочный васкулит может быть ранним признаком этого заболевания. Анализ патологии легких имеет большое значение для постановки диагноза гранулематоза Вегенера.

*Аманжолова А.С., Исаева Б.Г., Етекбаева К.З.*

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАБТЕРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Казахский Национальный медицинский университет, Алматы, Казахстан

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое заболевание суставов, с которым связано значительное нарушение трудоспособности и ранней инвалидности. Фактически 50% больных РА становятся инвалидами в течение пяти лет. В настоящее время появилась возможность с помощью современных методов лечения обеспечить в дальнейшем благоприятное течение заболевания и улучшить отдаленный исход РА (Чичасова Н.В. 2000). Одним из таких препаратов является Мабтера (ритуксимаб) – первые терапевтические моноклональные антитела, эффект которых направлен на CD20 рецепторы В- клеток.

**Цель исследования:** оценить эффективность и безопасность препарата Мабтеры при лечении больных тяжелой формой РА.

**Материал и методы.** Всего обследовано 14 больных (1-мужчина, 13 - женщин), серопозитивных по ревматоидному фактору (РФ), в возрасте от 32 до 81 лет (средний - 62,37±14,32). Влияние Маберы на активность и прогрессирование достоверного РА оценены по критериям Американской ревматологической ассоциации (ACR, 1987). Основным показанием к назначению Мабтеры послужило отсутствие должного эффекта от ранее проводимой терапии. Базисная терапия у 10 больных проводилась метотрексатом в дозе 7,5-10 мг/неделю, у 4 - аравой (10-20 мг в неделю). Помимо базисной терапии все больные получали метипред в дозе от 4- 16 мг/сут. Мабтеру вводили внутривенно капельно по 500 мг в 1-ый и на 15 день - 4 больным, остальным по 1000 мг дважды. Эффективность лечения оценивалась по следующим параметрам - суставной индекс Ричи, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С- реактивный белок (С-РБ).

**Результаты.** У больных уже после первого введения Мабтеры улучшилось самочувствие, уменьшилась утренняя скованность, болевой синдром, ревматические узелки, увеличился объем движений в суставах, улучшились лабораторные показатели - СОЭ (с 44,2±11,52 до 29,6±8,44 мм/час), СРБ (с 35,0±16,37 до 11,02±5,21 мл/дл) и индекс DAS 28 (с 5,98 ± 0,95 до 4,78±0,30). Ко второму месяцу у больных достоверно уменьшилось число болезненных и припухших суставов, исчезла или сохранялась кратковременная утренняя скованность. К 4 месяцу у 8 пациентов удалось полностью отменить гормональные препараты, оценка пациентов своего состояния здоровья по Визуальной Аналоговой шкале равно 1,6, а DAS 28<2,4, что согласно критериям соответствует полной медикаментозной ремиссии, а у 6 - DAS<3,1- низкой активности. Побочное действие препарата наблюдалось после первой инфузии в виде головной боли у 3 больных (артериальная

гипертензия - у 2, гипотензия – у 1), заложенности носа – у 1. Препарат не был отменен и все больные получили 2-ую инфузию Мабтеры.

**Заключение.** Мабтера является высокоэффективном препаратом при лечении РА (по критериям ACR>50% улучшением). Действие препарата наступает быстро, переносимость терапии больными хорошая.

*Бабаева А.Р., Кострюкова И.В., Сигаева Н.И., Рязанов Д.С., Склярова М.В.*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА АРТРОФООН В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Особенности патогенеза болевых синдромов при ОХ позвоночника, заключающиеся в развитии асептического воспаления с запуском «цитокинового каскада», свидетельствуют о целесообразности использования фармакологических средств антицитокинового действия.

**Целью** настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности препарата Артрофоон, содержащего антитела к ФНО-α, на основании анализа динамики клинических показателей, у пациентов с болью в спине, вызванной ОХ в сравнении с плацебо. Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия.

**Материалы и методы:** В исследование включены 30 больных с диагнозом ОХ без признаков компрессии спинного мозга и корешков. Обследовано 22 женщины и 8 мужчин в возрасте от 48 до 70 лет (средний возраст 50,4 года). Длительность течения ОХ позвоночника у обследованных составляла от 1 года до 11 лет (в среднем 8,3 года). Пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от характера проводимого лечения. Первая группа (15 человек) получала терапию артрофооном в дозе 8 таблеток в сутки сублингвально по 2 таблетки четыре раза в день. Во второй группе (15человек) пациенты принимали плацебо по той же схеме. Группы больных были сопоставимы. Эффективность лечения оценивали по динамике клинических показателей: индекса McCill, обьёма движений в позвоночнике, динамики индексов Oswestry и Roland Morris. Анализ указанных показателей в сравниваемых группах проводили через 1, 3 и 6 месяцев от начала клинического исследования.

**Результаты и их обсуждение.** При проведении сравнительной оценки эффективности лечения в первой (терапия артрофооном) и во второй (плацебо) группах через 1 месяц от начала лечения установлено уменьшение индекса боли, снижение индекса McCill в первой группе, во второй группе динамики клинических показателей не наблюдалось. Через 3 месяца от начала лечения артрофооном обнаружено достоверное снижение индекса боли,

индекса McCill, повышение объёма движений в позвоночнике, уменьшение показателей по индексам Oswestry и Roland Morris. Во второй группе через 3 месяца была обнаружена недостоверная динамика только по индексу McCill .

Через 6 месяцев терапии артрофооном средние значения всех используемых клинических показателей изменились достоверно. Отмечено снижение индекса McCill на 78,6%, повышение объёма движений в позвоночнике на 62,5%, уменьшение индексов Oswestry и Roland Morris на 46% и 94,5% соответственно. Во второй группе пациентов достоверной положительной динамики по сравнению с исходным уровнем клинических показателей нами не обнаружено. При сравнительном анализе суммарной оценки эффективности лечения по мнению пациента и проведённой нами получены следующие данные. В группе больных, получавших терапию артрофооном, 13% расценили эффект как отличный, 61% как хороший и 28% дали удовлетворительную оценку. При суммарной оценке, проведённой нами, отличный результат отмечен у 7% больных, хороший - у 74% и удовлетворительный - у 19% пациентов. В группе пациентов, получавших терапию плацебо, 13% расценили эффект от проводимой терапии как хороший, 26% как удовлетворительный и 61% были не удовлетворены результатами лечения. Оценка, проведённая нами, не отличалась от оценки пациентов.

**Выводы:** Курсовая терапия препаратом артрофоон продемонстрировала клиническую эффективность у пациентов с остеохондрозом позвоночника. Длительность курсовой терапии не должна быть менее трёх месяцев. Эффективная доза препарата составляет 8 таблеток в сутки, принимаемых сублингвально в четыре приёма.

*Бабаева А.Р., Черевкова Е.В., Солоденкова К.С., Кострюкова И.В., Сергеева С.А., Качанова М.В.*

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АРТРОФООН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО УРОГЕННОГО АРТРИТА

Волгоградский государственный медицинский университет

В последние годы ревматологами разных стран отмечается рост числа больных реактивными артритами, ассоциированными с урогенитальной инфекцией. Особенности патогенеза болевых синдромов при урогенных артритах (УА), заключающиеся в развитии воспаления с запуском «цитокинового каскада», свидетельствуют о целесообразности использования фармакологических средств антицитокинового действия. Новым отечественным препаратом из группы «биологических агентов» является препарат Артрофоон производства «Материа Медика Холдинг», который представляет собой антитела к фактору ФНО – альфа в сверхмалых дозах.

**Цель**: оценка эффективности и переносимости препарата Артрофоон в лечении урогенных артритов.

**Методы**: открытое рандомизированное исследование выполнено на клинической группе, состоящей из 37 больных с хроническим течением артрита, ассоциированного с хламидийной, микоплазменнной или уреаплазменной инфекцией, а также с их сочетанием. Группу обследуемых пациентов составили 15 мужчин и 22 женщины в возрасте от 19 до 60 лет, продолжительность заболевания от 3-х месяцев до 3-х лет. Методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) было установлено, что у 20 (54,05%) пациентов в качестве этиологического фактора УА выступала Ureaplasma urealyticum, у 7 (18,92%%) Chlamidia trachomatis, у 2 пациентов (5,4%) хламидийно-уреаплазменная ассоциация, у 7 пациентов (18,92%) Mycoplasma genitalium. Все пациенты были разделены на две однородные группы. Первая наряду с эрадикационной терапией получала Артрофоон по схеме, вторая – диклофенак. Эффективность лечения оценивали по динамике клинических и лабораторных показателей суставного воспаления, а также по уровню провоспалительных цитокинов (ФНО-альфа, ИЛ-1, ИЛ-6) после 1-го, 3 -х месяцев лечения.

**Результаты:** Через месяц от начала лечения в обеих группах не наблюдалось существенной динамики клинических и лабораторных признаков артрита, хотя по некоторым показателям были положительные сдвиги в группе контроля. Через 3 месяца в первой группе произошло сравнимое с контрольной группой снижение болевых и суставных индексов, а также лабораторных показателей (С- реактивного протеина, СОЭ), провоспалительного цитокина ФНО-α. Суммарная оценка эффекта лечения после 3 месяцев в первой и второй группах оказалась следующей: «хороший» - 40% и 60%, «удовлетворительный» - 54,2% и 32 %, «неудовлетворительный» 5,8 % и 8% соответственно. Статистически значимых различий по эффективности в сравниваемых группах не выявлено. В первой группе побочных эффектов не зарегистрировано, во второй 5 пациентов (20%) выбыли из исследования из-за развития НПВС-гастропатии.

**Выводы**: клиническая эффективность Артрофоона в курсовой терапии артритов, ассоциированных с урогенитальной инфекцией, не уступает эффективности Д при значительно лучшей переносимости.

*Багирова Г.Г., Грязнов В.В., Попова Л.В., Журавлева М.О., Сагитова Э.Р., Кадырмаева Д.Р.*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург, Россия

**Целью работы** явилось изучение распространенности ревматических заболеваний (РЗ) у больных кардиоваскулярной патологией.

Проанализированы 1729 историй болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении острой сосудистой неврологии за 2005-2007гг.: 847 женщин и 882 мужчин, средний возраст 47,5 года. Кроме того

изучена 281 амбулаторная карта пациентов, перенесших инфаркт миокарда или инсульт с 2002 по 2006 гг.: 196 мужчин и 85 женщин, средний возраст 56,2 года. Среди стационарных больных 70% госпитализировано с ишемическим инсультом, а остальные - с геморрагическими проявлениями. Среди них выявлено 3 больных с ревматической болезнью сердца и 1 больная с системной красной волчанкой, что составило 0,12%. По амбулаторным картам выявлены 1 случай ревматоидного артрита и 1 болезни Бехтерева, что составляет 0,7%. Проведенное исследование показывает, что среди лиц, перенесших инсульты или инфаркты миокарда процент лиц с РЗ невелик, хотя в последнее время в литературе достаточно широко обсуждается вопрос о более частом выявлении атеросклероза и кардиоваскулярных осложнений у лиц с аутоиммунными процессами, в частности ревматоидным артритом, системной красной волчанкой и др.

**Таким образом** проведенное исследование показывает, что частота РЗ среди лиц, имеющих кардиоваскулярную патологию составляет в среднем 0,3%.

*Бийболатова К.А., Ахмедханов С.Ш., Джамалутдинова А.Д.*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНФЛИКСИМАБА ПРИ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Кафедра внутренних болезней стоматологического, педиатрического и медико-профилактического факультетов. Ревматологическое отделение РКБ, Махачкала, республика Дагестан, Россия

Одним из самых крупных достижений медицины XX столетия является патогенетическое обоснование и применение антицитокиновой терапии.

**Целью** настоящего исследования является изучение эффективности и безопасности лечения ревматоидного артрита (РА) ифликсимабом.

**Материалы и методы:** Нами было обследовано и подготовлено к проведению терапии инфликсимабом 14 больных. Большинство больных были с тяжелым вариантом РА: высокая активность заболевания (преимущественна III степень) и имели тяжелые внесуставные проявления. Лечение инфликсимабом проводилось в сочетании с метотрексатом 10-15 мг/неделю, который назначался минимум за 1-3 месяца до начала терапии инфликсимаба. Доза инфликсимаба рассчитывалась на килограмм веса: минимальная – 3 мг/кг, максимальная – 5 мг/кг веса. Введение препарата проводится по стандартной схеме: после первой, вторая инфузия назначается через 2 недели, потом еще через 6 недель, и далее каждые 8 недель. Длительность терапии определяется лечащим врачом в зависимости от клинических и лабораторных показателей.

Развитие побочных эффектов было выявлено у 4 больных. Побочные действия, в основном, были связаны с обострением латентной инфекцией:

верхних и нижних дыхательных путей (3 случая), обострение пиелонефрита (1 случай). Также наблюдалось однократное кратковременное повышение температуры без видимых нарушений. Все случаи подверглись коррекции антибактериальными препаратами, и больные продолжают участие в исследование.

**Результаты:** положительная динамика клинических проявлений определялась у большинства больных (85%). Эффект инфликсимаба проявлялся через 2 -3 дня, исчезала утренняя скованность, уменьшались суставные боли и припухлость суставных областей. У всех больных отмечалась быстрая регрессия внесуставных проявлений: уменьшение в размерах ревматоидных узелков, купирование лихорадки, уменьшение проявление лимфоаденопатии и периферической нейропатии.

Развитие побочных эффектов было выявлено у 4 (28,5%) . Побочные явления больных, в основном, были связаны с активацией латентной инфекции (верхних и нижних дыхательных путей, обострением пиелонефрита). Также наблюдалось однократное кратковременное повышение температуры без видимых нарушений. Все случаи подверглись коррекции антибактериальными препаратами, и больные продолжают получать терапию инфликсимабом.

В целом, лечение инфликсимабом при постоянном контакте больного с врачом не является более опасным, чем лечение любым другим БПВП. Побочные реакции, как правило, не тяжелые. Инфекционные заболевания, при своевременном перерыве, в лечении инфликсимабом не носят затяжного характера. Таким образом, применение Ремикейда у больных с РА позволяет: добиться быстрого клинического улучшения, снизить активность воспаления, затормозить костную деструкцию, сохранить функциональную способность и улучшить качество жизни.

**Выводы**

1. Инфликсимаб вляется эффективным препаратом для лечения больных РА.
2. Инфликсимаб необходимо назначать, больным РА, резистентным к базисным противоспалительным препаратам.

*Бондаренко Е.А., Грехов Р.А., Харченко С.А., Новикова О.В., Булатова А.Н., Яшина Ю.В., Молчанова О.А., Бай С.А., Никифорова Н.В.*

# ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

Терапия с использованием биологической обратной связи (БОС) является нефармакологическим методом лечения. Основной задачей метода является формирование внутреннего локус-контроля, обучение саморегуляции и адаптивным стратегиям совладения с болезнью. Компьютерное оборудование делает доступной для пациента физиологическую информацию, в обычных условиях им не воспринимаемую.

**Цель исследования** - изучение эффективности БОС терапии и общепринятых методов лечения больных идиопатическим анкилозирующим спондилоартритом (ИАС).

**Материалы и методы**. Обследовано 47 больных с верифицированным диагнозом ИАС. Средний возраст– 31,6±0,74 лет. Средняя продолжительность заболевания -9,5±0,53лет. Больные были рандомизированно разделены на две группы. В основной группе (27 человек) пациенты получали ежедневные сеансы БОС на аппарате «Реакор» на фоне медикаментозной терапии. Курс – 10 сеансов. Контрольная группа (20 человек) получала аналогичное медикаментозное лечение. Оценивали клиническую эффективность (до начала курса лечения и после его окончания) по показателям: BASDAI, BASFI, боль по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), боль в позвоночнике по ВАШ, число воспаленных суставов, СОЭ. Психодиагностическое обследование проводилось с помощью методик определения уровня реактивной тревожности (методика Спилбергера-Ханина), депрессии (методика Бека). Для статистического анализа использовались критерий Стьюдента и критерий $\chi 2$ (хи-квадрат). Анализ эффективности БОС терапии в комплексном лечении больных ИАС проводился с использованием суммарной оценки эффективности лечения.

**Результаты исследования.** Полученные данные по совокупности оцениваемых параметров свидетельствуют о том, что результаты лечения были существенно лучшими в основной группе больных ИАС ($\chi^2$ = 6,39; $p<0,01$), где наблюдалась следующая достоверная положительная динамика: уменьшение болей в позвоночнике по ВАШ, воспалительного индекса, суставного счета, времени утренней скованности в позвоночке, снижение СОЭ, С-реактивного протеина. У пациентов обеих групп достоверно изменялся BASDAI ($p<0,05$), однако в основной группе эти изменения были более выражены. Показатели индекса BASFI основной группе были достоверно выше, чем в контрольной ($p<0,01$). Более того, в основной группе количество пациен-

тов, у которых состояние не изменилось в результате проведенного лечения, было достоверно меньше, чем в контрольной. ($\chi^2$=8,165, p=0,004). Кроме того, у больных основной группы наблюдалась достоверная положительная динамика тревожно-депрессивных реакций. В контрольной группе отмечались сходные изменения психологических показателей, однако, они были статистически недостоверными.

**Выводы.** Таким образом, применение БОС терапии в лечении больных ИАС позволяет повысить эффективность комплексного лечения и реабилитации, улучшить «качество жизни» пациентов с данной патологией, способствует снижению уровня депрессии и тревоги.

*Выставкина Е.А., Неделько Г.Н., Матвеева О.Н.*

# РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, СТРАДАЮЩИХ ОСТЕОАРТРОЗОМ, НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

ГУЗ ОБ№2 Ростов-на-Дону, Россия

Многие годы остеоартроз рассматривался как изолированное заболевание суставов, связанное с дегенерацией хряща в результате естественного старения организма человека. Но причины или факторы риска, обуславливающие возможность развития остеоартроза, гораздо шире, чем просто возрастные изменения. Все они подразделяются на три основные группы: генетические (женский пол, дефекты гена коллагена типа II, врожденные заболевания костей и суставов), приобретенные (пожилой возраст, избыточная масса тела, дефицит эстрогенов в постменопаузе у женщин, приобретенные заболевания костей и суставов) и факторы внешней среды (избыточная нагрузка на суставы, травмы). Несмотря на многообразие причин, приводящих к остеоартрозу, основная проблема практически каждого больного с остеоартрозом – снижение качества жизни (болевой синдром). Главная причина болей при остеоартрозе - воспаление, связанное с высвобождением простагландинов, лейкотриенов и цитокинов. Нестероидные противовоспалительные препараты – это та группа лекарственных средств, которая блокирует эту "патологическую болевую цепь". Однако разнообразие наименований в этой лекарственной группе нередко заставляет задуматься специалиста при выборе конкретного препарата.

**Целью** нашего исследования стало изучение частоты встречаемости побочных эффектов у пациентов, страдающих остеоартрозом, в разных возрастных группах. На базе ревматологического отделения областной больницы № 2 г. Ростова-на-Дону нами было обследовано 100 пациентов с остеоартрозом. Средний возраст пациентов составил 68,3 лет. Из них – 60 женщины, 40 мужчин. Все пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли пациенты до 40 лет, во вторую от 40 до 60, в третью – пациенты старше 60 лет. Все они были госпитализированы в связи с выраженностью болевого

синдрома и проходили стационарное лечение. Средняя длительность приема НПВС по данным опроса в первой группе (18 пациентов) составила 3,2 года (с частотой приема 1-3 раза в неделю), во второй группе (32 пациентов) – 5,8 лет приема НПВП, в третьей группе (50 пациентов) – 13,9 лет приема. У пациентов, принимавших НПВС, нами наблюдались следующие побочные эффекты НПВС со стороны желудочно-кишечного тракта (симптоматические (диспепсия) - тошнота, рвота, диарея, изжога, боли в эпигастральной области, гастропатия -субэпителиальные геморрагии, эрозии и язвы желудка, 12перстной кишки - выявляемые при эндоскопическом исследовании, энтеропатии). Со стороны кардиоваскулярной системы наблюдались следующие осложнения: увеличение отеков нижних конечностей, подъем артериального давления, учащение приступов стенокардии). В первой группе пациентов побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта встречались у 2 пациентов (диспепсия – изжога, боли в эпигастральной области), во второй группе – у 22 пациентов (у троих – язвенная болезнь, у 10 – эрозивный гастрит, у 9 - диспепсия), в третьей группе – у 29 пациентов (у 8 – язвенная болезнь, у 9 – эрозивный гастрит, у 12 - диспепсия). Со стороны кардиоваскулярной системы побочные эффекты во второй группе встречались у 19 пациентов (у 12 – повышение артериального давления, у 5 – задержка жидкости, увеличение отеков нижних конечностей, у 2 – учащение приступов стенокардии), в третьей группе – у 22 пациентов (16 повышение артериального давления, у 6 – задержка жидкости).

**Таким образом,** повышение частоты побочных эффектов у пациентов старшей возрастной группы требует выбора в пользу селективных НПВС.

*Габараева Л.Н., Хетагурова З.В., Тотров И.Н.*

## ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия. Кафедра пропедевтики внутренних болезней. Владикавказ, Россия

Дисфункция эндотелия (ДЭ) – состояние, вызывающее значительный интерес у специалистов в области медицины. Начальным проявлением ДЭ, предшествующим его органическому повреждению, является нарушение его местной и вазорегулирующей функции.

**Цель:** изучить эндотелийзависимую регуляцию сосудистого тонуса у больных РА.

**Материалы и методы:** обследовано 50 больных с достоверным РА, минимальной, средней и высокой степенью активности заболевания. Суставная форма заболевания выявлена у 34, системные проявления – у 16 обследованных (длительность заболевания 10,1±2,3 года). Контрольную группу (КГ) составили 10 практически здоровых лиц идентичных по полу и возрасту больным РА. Состояние эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии изучали по методике D. Celermajer.

**Результаты исследования:** у лиц КГ при проведении «манжеточной пробы» наблюдалось достоверное (p<0,001) расширение просвета сосуда как в систолу, так и в диастолу относительно исходного в процентах (%ПCs и %ПCd) и составило M±m=11,8±1,4% и M±m=12,4±1,2 % соответственно. У больных РА с суставной формой заболевания %ПCs составлял в среднем M±m=6,95±3,0 %, %ПCd = M±m=7,5±3,05%, при наличии системных проявлений наблюдался вазоспазм (в среднем %ПCs= - 0,6% и %ПCd= - 1,4%). У 34 (68%) обследованных в ответ на проведение пробы наблюдался вазоспазм, то есть %ПCs и %ПCd колебался от – 20% до 8%. Эту группу составили лица со средней и высокой степенью активности процесса, с длительностью заболевания от 6 месяцев до 5 лет, а также с длительностью заболевания от 10 и более лет.

**Заключение:** выявлена высокая степень дисфункции эндотелия, причем степень выраженности ее зависит от формы, стадии и длительности заболевания.

*Герусов Ю.И., Агафонова Н.Л., Григорьянц С.Р., Бедина С.А., Стажаров М.Ю., Мартемьянов В.Ф.*

## ЭНЗИМНЫЙ ПРОФИЛЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; Волгоград

Остеоартроз (ОА) характеризуется множественными метаболическими нарушениями, но мало что известно о состоянии пуринового метаболизма при этом заболевании. В то же время, учитывая, что пуриновые метаболиты играют важную роль в иммуно-воспалительных процессах, представлялось интересным изучение активности некоторых ферментов пуринового метаболизма: аденозиндезаминазы (АДА), АМФ-дезаминазы (АМФДА) и аденинде-заминазы (АД) у больных ОА, так как при этом заболевании помимо метаболических нарушений, определенное место отводится и иммунному воспалительному процессу.

**Цель исследования**. Изучить особенности активности АДА, АМФДА и АД в плазме крови больных ОА с узелковой и безузелковой формами.

**Материал и методы**. Под наблюдением в стационарных условиях находились 52 больных ОА, из которых 16 (30,8%) мужчин и 36 (69,2%) женщин. Средний возраст больных — 51,8±2,5 лет, продолжительность болезни — 10,8±4,6 лет. Узелковая форма ОА отмечалась у 32 (61,5%) больных, безузелковая форма — у 20 (38,5%) больных. Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей. В плазме крови всех больных и здоровых определялись активности АДА, АМФДА и АД по общепринятым методикам (Martinek R, 1963; Sakai T. et al., 1978). Полученные данные обрабатывались статистическими методами с использованием ПП «STATISTIKA 6.0». Результаты исследований. В плазме крови здоровых людей активность

(нмоль/мин/мл) АДА составила 7,28±0,16; АМФДА — 1,43±0,08; АД — 2,79±0,06.

У больных ОА с узелковой формой при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, выше активность АДА ($p<0,001$), ниже активность АМФДА ($p<0,05$) и АД ($p<0,001$). Через 10-12 дней лечения наблюдалось снижение активности АДА ($p<0,05$), повышение ранее сниженной активности АМФДА ($p<0,001$) и АД ($p<0,001$). По окончании курса лечения, по сравнению с начальным этапом, наблюдалось дальнейшее снижение активности АДА ($p<0,001$), повышение активности АМФДА и АД ($p<0,001$) и активность всех энзимов не имела отличий от здоровых.

У больных с безузелковой формой, по сравнению со здоровыми, при поступлении отмечалось снижение активности АД ($p<0,001$), а изменения других энзимов были несущественными. Через 10-12 дней наблюдалось повышение ранее сниженной активности АД ($p<0,05$) и наметилась положительная динамика АДА и АМФДА. По окончании курса лечения, по сравнению с исходным фоном, снизилась активность АДА ($p<0,01$), повысилась активность АД и АМФДА ($p<0,001$), активность всех энзимов не имела отличий от здоровых. Сравнительные исследования показали, что у больных с узелковой формой ОА, по сравнению с безузелковой формой, значительно выше активность АДА, ниже активность АМФДА и АД (все $p<0,001$).

**Заключение.** Проведенные исследования выявили существенные изменения активности энзимов аденилoвой ветви пуринового метаболизма в плазме крови больных ОА, заключающиеся в повышении активности АДА и снижении активности АМФДА и АД. Узелковая форма ОА отмечалась от безузелковой более высокой активностью АДА и более низкими активностями АМФДА и АД.

*Герусов Ю.И., Мозговая Е.Э., Стажаров М.Ю., Бедина С.А., Мартемьянов В.Ф.*

## АКТИВНОСТЬ АДЕНИЛОВЫХ ЭНЗИМОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; Волгоград

**Цель исследования.** Изучить активность аденозиндезаминазы (АДА), АМФ-дезаминазы (АМФДА) и адениндезаминазы (АД) в плазме крови больных подагрическим артритом (ПА) в зависимости от клинических форм заболевания.

**Материал и методы.** Под наблюдением в стационарных условиях (ревматологическое отделение ГКБ №25 г. Волгограда) находились 32 больных ПА, из которых 28 (87,5%) мужчин и 4 (12,5% женщины). Средний возраст больных - 48,3±1,18 лет, средняя продолжительность болезни 9,8±0,6 лет. Интермиттирующая форма ПА отмечалась у 12 (37,5%) больных, хроническая форма – у 20 (62,5%) больных. Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей. У всех больных в плазме крови определялись активности (в нмоль/мин/мл) АДА, АМФДА и АД общепринятыми методами

(Martinek R, 1963; Sakai T, 1978) и результаты исследований обрабатывались с использованием ПП «Статистика».

**Результаты исследования.** Активность АДА в плазме здоровых людей составила 7,28±0,06 нмоль/мин/мл, АМФДА – 1,43±0,08; АД – 2,79±0,06 нмоль/мин/мл. у больных ПА (всей группы) при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, определялось повышение активности АДА ($p<0,001$), АД ($p<0,01$) и тенденция к снижению активности АМФДА ($p=0,06$). Через 10-12 дней лечения наблюдалось снижение активности АДА ($p<0,05$) и повышение активности АМФДА ($p<0,001$). После проведенного курса лечения по сравнению с начальным этапом значительно снизилась активность АДА ($p<0,001$), АД ($p<0,01$) и повысилась ранее сниженная активность АМФДА($p<0,001$), и активность энзимов не имела отличий от здоровых ($p>0,05$). У больных с интермиттирующей формой ПА, по сравнению со здоровыми, определялась только более высокая активность АДА ($p<0,001$). По окончании курса лечения, по сравнению с начальным этапом, еще более снизилась активность АДА ($p<0,001$), повысилась ранее сниженная активность АМФДА ($p<0,001$). Заметной динамики активности АД не наблюдалось. Все энзимные показатели перед выпиской не имели отличий от здоровых. У больных с хронической формой ПА, по сравнению со здоровыми, значительно (на 39 %) выше активность АДА ($p<0,001$), АД ($p<0,001$) и ниже активность АМФДА ($p<0,001$). После проведенного курса лечения, по сравнению с исходным, наблюдалось существенное снижение активности АДА ($p<0,001$), АД ($p<0,001$) и повышение ранее сниженной активности АМФДА ($p<0,001$), и активность всех энзимов не имела статистических отличий от здоровых. Сравнительные исследования показали, что у больных ОА с интермиттирующей формой, по сравнению со больными ОА с хронической формой, в плазме крови ниже активность АДА ($p<0,001$), АД ($p<0,001$) и выше активность АМФДА ($p<0,001$).

**Заключение**. Проведенные исследования выявили существенные изменения активности энзимов аденилового пула пуринового метаболизма в плазме крови больных подагрическим артритом, зависящие от клинических особенностей заболевания. Чем тяжелее течение болезни, тем выше активности АДА, АД и ниже активность АМФДА.

*Глазова И.Л., Зудбинов Ю.И., Ханов А.Г.*

# ПОСЕЗОННАЯ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ГУЗ «Областная больница-№2» г. Ростов-на-Дону

Ревматологическое отделение областной больницы имеет 60 коек круглосуточного стационара и 10 дневного. В отделении оказывается ревматологическая помощь жителям Ростовской области и 3 раза в неделю осуществляется экстренная госпитализация кардиологических больных прилежащих районов г.Ростова/Дону. Объемы стационарной помощи устанавливаются РОФОМСом и их исполнение строго контролируется административными и экономическими методами. В тоже время исключить сезонный фактор в обострении ревматологических заболеваний невозможно. Нами проведен анализ госпитализированной заболеваемости за 2006 год .Всего в 1-ом квартале было пролечено 281 больной, выполнено 4872 к/дня при средней длительности лечения 17,3 к/дня, во 2-ом 283, 4787, 16,9, в третьем 298, 5042, 16,9, в четвертом 338, 5377, 15,91 соответственно. Показатель летальности по квартально 1,07(3 больных), 1,41(4), 0,67(2), 1,48(5)..Процент госпитализации по экстренным показаниям 18,8(53), 16,9(47), 9,7(29), 15,18(52 больных). Условно всех госпитализированных больных можно разделить на 3 группы: ревматологические, кардиологические и прочие «скоропомощные». Соответственно эти показатели поквартально составили 80%, 18%, 2%**;** 81%**,** 18%, 1%**;** 89%, 11%**,** 0%**;** 82%, 18%, 0%. Экстренная госпитализация в группе ревматологических больных в 1-ом квартале составила 5%, 2-ом 4%, 3-ем 1,5%, 4-ом 2,5%. В группе кардиологических больных 78%, 71%, 76%, 71%.Среди прочих заболеваний 75%, 50%, 0%, 0%.В группе кардиологических больных экстренная госпитализация не составляет 100% в связи с тем, что в ревматологическое отделение продолжают госпитализироваться больные с ревматическими пороками сердца, которые по классификации МКБ-Х относятся к кардиологическим заболеваниям .Для анализа госпитализированной заболеваемости все нозологические формы были разделены на основные группы :ревматоидный артрит(РА), серонегативные спондилоартропатии (ССА), подагра, диффузные болезни соединительной ткани(ДБСТ), системные васкулиты(СВ), остеоартрозы(ОА) и другие ревматические заболевания(узловатая эритема, инфекционный артрит), включая острую ревматическую лихорадку, так зашифрованную.

**Таким образом** в группе ревматологических больных доля РА поквартально составила 37,5; 38,5; 40,5%, 36% ОА 25,5; 18,5; 19,5%, 22%, ССА 18,9; 13,9; 19,6%, 22% ДБСТ 8,8; 18,7; 10,0%,11,4% подагра 4,8; 4,5; 2,6%, 3,6% СВ 0; 2,6; 1,0%, 1%, другие 4,8; 3,4, 7%, 3%.На анализ госпитализированной заболеваемости дополнительно оказывает влияние кодировка и статистический учет. Необходимо строгое разграничение в группе ССА на ББ, болезнь Рейтера, РеА, ПсА. Таким образом, основная группа госпитализированных больных -это больные РА. Их госпитализация осуществляется равномерно в течении года с максимальным подъемом в 3 квартале. При этом, серопозитивный вариант составлял соответственно 96; 83; 76 , 86%.Госпитализация ОА увеличивается в 1 и 4-ом квартале. Наибольшее количество больных ССА пролечено в 4 квартале, ДБСТ и СВ во 2-ом, подаграй в 1-ом.

*Гонтарь И.И., Романов А.И., Александров А.В., Маслакова Л.А., Емельянов Н.И., Кочнева Л.И.*

# АУТОАНТИТЕЛА К КОЛЛАГЕНУ II ТИПА И ФИБРОНЕКТИНУ КАК ДЕСТРУКТИВНЫЙ ФАКТОР СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, кафедра госпитальной терапии ВолГМУ, г.Волгоград, Россия

Основой патогенеза ревматоидного артрита (РА) в настоящее время считается развитие иммунопатологических реакций на компоненты соединительной ткани и, в первую очередь, на ее основной белок – коллаген. Ведущую роль при этом отводят коллагену II типа, преимущественно содержащемуся в суставном хряще. Фибронектин (ФН) является секреторным продуктом соединительнотканных клеток и его взаимодействие с фибрином, коллагеном и гликозаминогликанами касается организации и репарации поврежденных и воспаленных тканей. Различные этиологические факторы индуцируют выработку аутоантител к основным компонентам соединительной ткани, приводят к выраженной воспалительной реакции с последующей деструкцией соединительной ткани. От количества антител как диагностического теста, можно судить о выраженности этого процесса.

**Цель исследования:** усовершенствование иммунологической диагностики и контроля эффективности лечения ревматоидного артрита путем определения антител к коллагену II типа и ФН с использованием иммобилизированной формы магнитоуправляемого сорбента.

**Материалы и методы:** под наблюдением находилось 117 больных РА: 84 женщины и 33 мужчины в возрасте от 22 до 78 лет. По степени активности патологического процесса больные распределились следующим образом: минимальная активность (I) наблюдалась у 14 человек (12%), умеренная (II) – у 66 (56,4%), максимальная (III) – у 37 (31,6%) пациентов. Суставная форма заболевания была диагностирована у 63 (53,9%) больных, находившихся под нашим наблюдением, суставно-висцеральная форма – у 54 (46,1%). Среди висцеральных проявлений наиболее часто наблюдалась анемия (40,2% от общего числа больных), лимфаденопатия (30,8%), синдром Рейно (24,8%), поражение нервной системы (17,1%), почек (10,3%) и сердца (10,3%). Антитела к коллагену II типа (АТ к КII) и ФН определяли иммуноферментным методом с использованием иммобилизированных гранулированных антигенных препаратов (ИГАП) в модификации И.П.Гонтаря и соавт. (2002г.). Полученные значения выражали в единицах оптической плотности (е.о.п.). При определении антител к ФН для интерпретации полученных результатов применяли поправку на неспецифическое связывание, обусловленную взаимодействием Fc-фрагмента IgG с клеточным доменом ФН.

**Результаты и обсуждение:** повышенные уровни антител к ФН при применении ELISA-теста с использованием ИГАП и поправкой на неспецифическое связывание выявлены у 49 (41,9%) больных РА, АТ к КII выявлялись у 90% больных. При этом исследуемый показатель коррелировал со степенью активности заболевания (p<0,01). Данное обстоятельство позволяет рассматривать АТ к КII и к ФН как своеобразный серологический маркер РА и использовать их в качестве дополнительных индикаторов тяжести патологического процесса. При определении АТ к КII не было принципиальных различий в группах с суставной и суставно-висцеральной формой, что свидетельствует о специфической зависимости содержания этих антител от поражения именно хрящевой ткани и их главенствующей роли в патогенезе РА. Была установлена связь между концентрацией антител к ФН и некоторыми клиническими особенностями заболевания. Максимальные значения исследуемых антител выявлялись у пациентов с висцеральными проявлениямии, в особенности, при наличии синдрома Рейно (p<0,05) и поражении РЭС (p<0,01).

**Выводы:** Определение антител к суставному коллагену II типа и фибронектину может свидетельствовать о степени ревматоидного деструктивного процесса соединительной ткани и применяться для дифференциальной диагностики с дегенеративными заболеваниями суставов.

*Гонтарь И.П., Сычева Г.Ф., Шилова Л.Н., Салман Расем, Москвитина О.В., Зборовский А.Б.*

## ОБЩЕБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП РЕГУЛИРОВАНИЯ ЭНЗИМАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ АНТИТЕЛАМИ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; ВолГМУ, кафедра госпитальной терапии; Волгоград, Россия

В последнее время особый интерес вызывает тот факт, что достаточно часто мишенью аутоиммунных реакций становятся энзимы основных метаболических путей и к ним, как к антигенам, вырабатываются аутоантитела у больных ревматическими заболеваниями. Антитела взаимодействуют с определенной областью молекулы антигена - эпитопом. Стереохимическая конфигурация антигенных детерминант распознается антителами и Т-клеточными рецепторами. При контакте специфичеких антител с антигеном между аминокислотными остатками антигенсвязывающего центра и эпитопом образуются многочисленные нековалентные связи (водородные, электростатические, ван-дер-ваальсовы и гидрофобные) они по отдельности весьма слабы, однако при большом их числе суммарная энергия связывания получается значительной.

Для взаимодействия эпитопа с антигенсвязывающим центром (паратопом или Fab- фрагментом иммуноглобулина) требуется взаимное притяжение атомных групп их конформаций, при этом Fc-фрагмент взаимодействует с различными клетками иммунной системы. Антитела распознают пространст-

венную форму эпитопов с поразительной специфичностью улавливая, кроме отличий в распределении зарядов, также и минимальные различия в первичной аминокислотной последовательности. Вследствие столь тонкой специфичности большая часть антител способна связываться только с нативными антигенами или с такими фрагментами антигена, которые сохраняют третичную структуру, необходимую для множественных взаимодействий при образовании связи между паратопом и эпитопом.

Антителообразование к отдельным ферментам исследовалось при ряде ревматических заболеваний. Так обнаружены антитела к супероксиддисмутазе и глютатионредуктазе при ревматоидном артрите (РА), к церулоплазмину у больных системной склеродермией (ССД) и системной красной волчанкой (СКВ), к каталазе при РА и ССД, к ДНК-азе и аденозиндезаминазе при СКВ, что имело важное диагностическое и прогностическое значение. Характер взаимодействия антител с ферментами может быть различен - они могут ингибировать ферментативную активность полностью или частично или не изменять ее. Если антигенные детерминанты фермента расположены вне его активного центра, то он и в фермент- антиферментном комплексе может оставаться доступным для субстрата сохраняя свою энзиматическую активность. Если же участки фермента, от которых зависят его антигенные свойства, частично охватывают и область активного центра, то антитела к ферменту будут мощным ингибитором, конкурирующим с субстратом.

Возможно также и усиление активности энзимов в результате взаимодействия с соответствующими антителами. Так, в литературе отмечено, что специфичекие иммуноглобулины помимо повышения истинной ферментативной активности каталазы, защищают ее от действия ингибиторов, ультрафиолетового облучения и нагревания.

Для дальнейшего изучения подобного взаимодействия необходимо иметь как минимум трехмерную структуру ферментов, чтобы четко представлять какие из выступающих частей структуры молекулы способны в первую очередь взаимодействовать с соответствующими антителами. Данные знания необходимы как в теоретическом, так и практическом аспектах. Получение моноклональных антител позволит целенаправлено активировать или ингибировать энзимы-регуляторы тех или иных патогенетических механизмов, что может привести к замедлению или остановке патологического процесса.

*Гончарук И.В., Бугрова О.В.*

## ИЗМЕНЕНИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ООО «Клиника промышленной медицины «Оренбурггазпром», г. Оренбург, Россия. ГУ ВПО Государственная медицинская академия, г. Оренбург, Россия

**Цель исследования.** Оценить количественные и морфометрические параметры тромбоцитов у больных системной красной волчанкой (СКВ), в том числе имеющих ДВС-синдром и антифосфолипидный синдром (АФС).

**Материалы и методы.** Обследованы 49 больных СКВ (44 женщины и 5 мужчин) в среднем возрасте 37,5±12,7 лет. Минимальная активность отмечалась у 10 (20,4%), средняя – у 27 (55%) и максимальная – у 3 (18,4%) пациентов. У 22 (45%) больных течение заболевания было хроническим, у 20 (41%) – подострым и у 4(8%) – острым. У всех больных наблюдалась полиорганная клиническая картина, свойственная СКВ. Тромботические осложнения имелись в 9 случаях (18%). Всем пациентах проводилось общепринятое клинико-лабораторное обследование. Помимо этого оценивались тесты, необходимые для верификации ДВС-синдрома и АФС. Тромбоцитарное звено гемограммы оценивали по количеству тромбоцитов, их среднему объему, тромбокриту, показателю степени анизоцитоза. По изменению этих параметров косвенно судили о степени агрегации тромбоцитов. Иммуноферментным методом исследовался уровень β-тромбоглобулина – показателя активации тромбоцитов. Морфология тромбоцитов изучалась в окрашенном мазке крови. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с обследуемыми больными, для определения норм изучаемых лабораторных параметров.

**Результаты и обсуждение.** При суммарной оценке количественных параметров тромбоцитов достоверных отличий не отмечалось. При индивидуальной оценке тромбограмм у 6 (12%) больных выявлена тромбоцитопения от значительной до минимальной; в 8 (16%) случаях – тромбоцитоз с морфологическими изменениями клеток во всех случаях. У 34 (69,4%) больных количество тромбоцитов было в пределах нормы, но у 14 (41%) из них отмечалось снижение тромбокрита до 0,17%, увеличение среднего объема тромбоцитов и выраженный анизоцитоз тромбоцитов до 21,9%, что может свидетельствовать о наклонности к тромбоцитопении и косвенно указывать на склонность тромбоцитов к агрегации, несмотря на фактически нормальное их количество. Активация тромбоцитов подтверждалась значительным увеличением уровня β-тромбоглобулина по сравнению с контролем. Синдром ДВС диагностирован у 13 (26,5%) больных, АФС – у 14 (28,5%); еще у 14 (28,5%) – их сочетание и у 8 (16,5%) – СКВ без ДВС и АФС-синдромов. Количество тромбоцитов было наибольшее в группе пациентов с ДВС-синдромом, наименьшее – с АФС. Средний объем тромбоцитов был чуть ниже у больных с сочетанием АФС и ДВС-синдромов. Тромбокрит был самым низким, а показатель анизоцитоза тромбоцитов – самым высоким у пациентов с АФС. Морфологические изменения тромбоцитов и наличие макроформ наблюдались одинаково часто во всех группах пациентов. Уровень β-тромбоглобулина оказался незначительно выше в группе с сочетанием АФС и ДВС-синдромов.

**Выводы.** При СКВ имеются выраженные количественные изменения тромбоцитов с наклонностью к тромбоцитозу при ДВС-синдроме и к тромбоцитопении при АФС. Морфометрические параметры свидетельствуют о склонности тромбоцитов к агрегации во всех группах пациентов, даже при нормальном количественном содержании их. Значительная функциональная активность тромбоцитов подтверждается высоким уровнем выделяемого ими белка - β-тромбоглобулина.

*Горбанев Е.А., Левитан Б.Н.*

# РЕДКОЕ ЯТРОГЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ

ГОУ ВПО Медицинская академия, Астрахань, Россия

Разрывы стенок и полостей сердца при митральной комиссуротомии (МК) составляют до 2% случаев, чаще повреждается ушко и левое предсердие (ЛП). Данные об ятрогенных разрывах стенки левого желудка в доступной нам литературе не встретились.

**Цель:** ознакомить ревматологов и кардиохирургов с непредвиденным интраоперационным осложнением – разрывом стенки левого желудочка (ЛЖ) во время пальцевой МК.

**Материалом** послужило наблюдение за больной Д., 46 лет с хронической ревматической болезнью сердца в течение 30 лет.

**Результаты наблюдения.** От предлагавшегося оперативного лечения митрального стеноза 1 гр., 4 стадии больная длительно отказывалась, но за последние три года прогрессировала легочная гипертензия с частым кровохарканием, сердечная недостаточность (СН), рецидивировали отек легких, аритмии. Эхо- параметры митрального клапана: площадь отверстия – 1,4 см$^2$, расхождение створок до 13 мм, скорость кровотока через клапан – 2,8 м/сек, скорость раннего диастолического закрытия передней створки митрального клапана – 26 мм в сек – все параметры изменены в 2-3 раза. ЛП и градиент давления на митральном клапане увеличены (45 мм и 30 мм рт. ст.). Гипертрофии и дилатации желудочков сердца нет. Фракция выброса ЛЖ – 67%. На ЭКГ – АВ блокада 1 степени.

Во время МК при разделении подклапанных сращений передней комиссуры произошло пальцевое повреждение – разрыв стенки ЛЖ с кровопотерей до трех литров крови. Дефект ЛЖ был ушит, но наступила молниеносная СН, фибрилляция желудочков, летальный исход, несмотря на все реанимационные меры. На секции масса сердца 380 гр., дряблое; толщина ЛЖ – 13 мм, толщина стенки ЛП – 5 мм; эндокард ЛП утолщен, белесоватый. Митральный клапан обызвествлен, утолщен. Левое атриовентрикулярное отверстие пропускает лишь кончик пальца. Миокард боковой стенки ЛЖ со швом в 3 см, пропитан кровью. Другие клапаны и коронарные артерии не изменены. Гистология: гипертрофия мышечных волокон и кровоизлияния в зоне разрыва стенки ЛЖ. Выраженный склероз эндокарда ЛЖ. Мелкоочаговый кардиосклероз. Очаговая дезорганизация соединительной ткани. Очаговые лимфогистиоцитарные инфильтраты.

**Обсуждение.** Фиброзно-склеротические изменения эндокарда ЛЖ, ЛП и гипертрофия их стенок привели к рестриктивным изменениям сердца, увеличению его жесткости при сохранной систолической функции ЛЖ. Поражение левого сердца мог вызвать вторичный фибропластический эндокардит, длительно протекавший у больной с выраженными подклапанными сращениями (синехии - по секционным данным). Они, несомненно, повлияли на техниче-

ский исход операции МК и способствовали механическому повреждению стенки ЛЖ, в то время как гипертрофированная стенка ЛП осталась неповрежденной.

**Выводы.** Клиническое и интраоперационное наблюдение диктует необходимость определения плотности оперируемых сердечных структур до и во время проведения операции на митральном клапане с помощью эхокардиоскопии.

*Гордеева И.Е., Бабушкин Я.Е.*

## ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра неврологии, нейрохирургии

Одним из основных методов лечения болевых и туннельных синдромов при заболеваниях периферической НС является лекарственная терапия. В первую очередь, необходимо отметить эффективность различных видов блокад.

Согласно данным проведенного на кафедре неврологии ВолГМУ в 2006 г. анонимного анкетирования врачей-неврологов (35 человек), инвазивные методы терапии в своей практике применяют 94,3% врачей (33 человека). Средний стаж работы опрошенных врачей – 15,57±7,06 лет. 40,0% опрошенных врачей (14 человек) отметили, что используют данные методики еженедельно; 8 неврологов (22,8%) – очень редко; 7 врачей (20,0%) – 1-3 раза в месяц; 4 человека (11,4%) – ежедневно.

Большинство врачей-неврологов (77,1%) указали, что для проведения блокад чаще всего используют лекарственный коктейль – т.е. смесь препаратов. Чаще всего в его состав включаются анестетики - 57,1% опрошенных респондентов (20 человек), при этом наиболее популярным анестетиком оказался новокаин (37,1% опрошенных неврологов), в то время как лидокаином пользуются 28,5% врачей. На втором месте по частоте применения в составе блокады стоят витамины группы В. Их используют 34,3% опрошенных неврологов. Чаще всего используется витамин В12 – 20,0 % респондентов. На третьем месте по частоте применения стоят глюкокортикоиды. Их используют в качестве компонента блокад 31,4% опрошенных неврологов. При этом чаще всего врачи прибегали к гидрокортизону (28,5%). Относительно редко в состав блокад врачами включались хондропротекторы - алфлутоп (11,4%), спазмолитики (8,5%), НПВС (5,7%), АТФ (5,7%). Как показало анкетирование, из всех видов блокад наиболее часто неврологи используют паравертебральные блокады – 32 человека (91,4%). Следующими по частоте применения оказались внутримышечные блокады (45,7%), подкожные блокады (37,1%), внутрикожные (28,5%), периартикулярне (14,3%), периневральные (14,3%).

Осложнения, такие как некроз мягких тканей и асептические абсцессы, отметили только 3 невролога (8,5%). В целом, врачи-неврологи оценили данный инвазивный метод терапии как «удовлетворительный» (62,8%), и лишь 3 человека (8,5%) назвали его «неэффективным и опасным». По мнению опрошенных неврологов (65,7%), их пациенты по эффективности также считают этот метод «удовлетворительным».

*Гулиева А.А., Боев И.В., Гулиева Г.И.*

# ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОК С СКВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ЛИЧНОСТИ

Кафедра психиатрии, психотерапии и медицинской психологии с курсом неврологии ФПО СтГМА, кафедра внутренних болезней №1 СтГМА, Ставрополь

Согласно общепринятым классификациям (Э. Кречмер, А.Е. Личко), существует 4 основных типа личности: шизоиды, циклоиды, эпилептоиды и истероиды. Для каждого из них характерно наличие особенностей индивидуального стереотипа поведения, сознания и восприятия окружающей действительности. Известно, что тяжесть течения соматического заболевания всегда является катализатором, ускоряющим развитие конституционально-психотипологической предиспозиции к возникновению и развитию психопатологической симптоматики, срыву барьера психологической адаптации.

**Цель:** изучение закономерностей развития психологических и психопатологических нарушений в зависимости от типа нервной системы, от типа личности у пациенток с системной красной волчанкой (СКВ).

**Материалы и методы:** для изучения распространенности и клинической структуры депрессивных расстройств у пациенток с СКВ, нами проведено клинико-психопатологическое и психологическое обследование 45 женщин, страдающих СКВ, в возрасте от 18 до 58 лет. Для выявления наличия расстройств аффективного спектра, помимо клинического осмотра, использовались: опросники Леонгарда и Айзенка, К-78, тест Русалова, клинический опросник для выявления уровня невротизации и психопатизации. Проводилась оценка психического состояния, выраженности расстройств в различных диапазонах (невротическом и субпсихотическом). Все обследованные были дифференцированы на личностные психотипы: из них к представителям эпилептоидного психотипа относились 14 пациенток, к представителям циклоидного психотипа - 9, к представителям шизоидного психотипа отнесено 8 человек, к представителям истероидного психотипа - 14 пациенток.

**Результаты:** у 87 % обследованных пациенток выявлена депрессия, уровень развития аффективных нарушений был различным. Наивысшие показатели депрессии, как клинически, так и по результатам психологического обследования, были обнаружены у представительниц циклоидного психотипа. У женщин, относящихся к представителям шизоидного психотипа в клинической картине преобладала тревога, обсессивно-фобические нарушения.

Ипохондрические расстройства с вегето-висцеральными реакциями и наивысшие показатели по шкале астении превалировали у представительниц истероидного психотипа. Для них же была характерна быстро возникающая социально-психологическая дезадаптация в связи с более низким уровнем толерантности к экзогенным, стрессовым воздействиям в сравнении с представителям других психотипов. Пациентки с эпилептоидным радикалом оказались более подвержены астеническим, астено-ипоходрическим нарушениям.

**Выводы:**

1. В условиях развития современной медицины лечение с позиций конституциональной психиатрии является весьма успешным, так как известна тропность определенных психотипов к различным группам лекарственных препаратов.

2. Диагностика психотипологических особенностей личности позволяет подобрать максимально точную фармакотерапию, осуществить адекватную психокоррекцию, тем самым значительно улучшить качество жизни больных с СКВ.

*Гулиева Г.И., Ягода А.В.*

## ЛЕФЛУНОМИД В ТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

Ревматоидный артрит (РА) – распространенное аутоиммунное заболевание, исход которого зависит не только от степени воспаления и аутоиммунной агрессии, но и от адекватного лечения. Скорость прогрессирования РА наиболее высока в первый год заболевания (ранний РА), когда особенно необходима рациональная базисная терапия. Нами для лечения раннего РА (РРА) был выбран лефлуномид (Лфд) – препарат с мощным противоспалительным, антидеструктивным и иммуномодулирующим эффектом.

**Цель исследования:** оценить эффективность и безопасность препарата Лфд при РРА.

**Материалы и методы:** В исследование включено 30 пациентов с серопозитивным РРА 2-3 степени активности. Длительность РРА в среднем составляла 7,8 месяцев, средний возраст больных – 36 лет. В работе оценивались параметры боли по шкале ВАШ, число болезненных и число воспаленных суставов, индекс Ричи, Лекена, критерии ACR, DAS, проводили мониторинг основных показателей иммунно-воспалительного процесса с интервалом 4 недели–3-6-9-12-15 мес. (не менее 2,5 лет). Рентгенологическое обследование проводили по методу Шарпа, выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) и контрастную магнитно-резонансную томографию (МРТ) суставов. По режиму дозирования пациентов разделили на 2 группы (по 15 человек): I группа принимала Лфд в «насыщающей» дозе 100 мг/сут первые

3 дня, далее – 20 мг/сут; II группа с первого дня лечения получала Лфд 20 мг/сут.

**Результаты:** У 50% больных I группы снижение активности РРА установлено через 4-6 недель. Во II группе у 27% больных активность снизилась к 6 месяцу лечения и ещё у 23% – к 9-му. Рентгенологические изменения, выявленные у 13 (43,3%) больных в виде единичных эрозий суставов кистей, через 12 месяцев лечения не обнаруживались. Признаки синовита, диагностированные по данным УЗИ коленных суставов у 9 (30%) больных также исчезли к 3 месяцу лечения. Разрастание синовиальной оболочки в медиальных отделах суставов (12 больных – 40%) не прогрессировало при динамическом исследовании на 6 месяце от начала терапии. При повторном МРТ (через 12 месяцев) исчезли: костный отёк запястья и эрозивная деструкция суставов кистей, имевшиеся соответственно у 16 (53,3%) и 14 (46,6%) больных РРА. Более значимая и быстрая клиническая эффективность Лфд выявлена в I клинической группе. Препарат хорошо переносился больными – только у 1 пациентки из I группы на 6 месяце лечения возникла гнёздная алопеция, потребовавшая временного уменьшения дозы Лфд до 10 мг/сут.

**Выводы:** 1. Монотерапия РРА лефлуномидом позволяет достичь стойкой ремиссии через 1,5 -2 года лечения.

2. Появление побочных эффектов не связано с режимом дозирования препарата.

3. Лефлуномид достоверно тормозит деструктивный процесс в суставах.

4. Прием лефлуномида в режиме «насыщения» оправдан при узком «терапевтическом окне».

*Гульнева М.Ю.*

# АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

**Цель работы:** Изучение антибиотикорезистентности микроорганизмов, наиболее часто контаминирующих организм больных при системных заболеваниях соединительной ткани.

**Материалы и методы:** Изучена антибиотикорезистентность 57 культур грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, выделенных со слизистых оболочек носа при бактериологическом обследовании 57 больных системными заболеваниями соединительной ткани, среди которых 42 больных системной красной волчанкой (СКВ) и 15 - системной склеродермией (СД). Диагноз СКВ и СД устанавливали согласно критериям Американской ревматологической ассоциации (1982, 1980). Чувствительность культур мик-

роорганизмов к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом Кирби-Бауэра.

**Полученные результаты:** Проведенные исследования показали, что микроорганизмы, выделенные у больных СКВ и СД обладали полирезистентностью к антибиотикам. Степень резистентности была различной у отдельных видов микроорганизмов. Выраженная антибиотикорезистентность установлена у золотистого стафилококка. Так, более 50% культур были устойчивы к природным пенициллинам, пенициллинам с расширенным спектром действия, тетрациклинам, макролидам и левомицетину. Штаммы S. aureus в 100% случаев были чувствительны к фторхинолонам и более 80% штаммов этого вида стафилококка были чувствительны к ингибиторозащищенным пенициллинам, цефалоспоринам Ш–IV поколений, карбапенемам, аминогликозидам и гликопептидам. Культуры S. haemolyticus и S. epidermidis проявляли чувствительность к более широкому кругу препаратов. S. haemolyticus был чувствителен к ингибиторозащищенным пенициллинам, цефалоспоринам, карбапенемам, аминогликозидам, гликопептидам в 80 – 90 % случаев, а высокую резистентность проявлял к природным пенициллинам и левомицетину. S. epidermidis в 100% случаев был чувствителен к ингибиторозащищенным пенициллинам, цефалоспоринам III–IV поколений, карбапенемам, фторхинолонам, гликопептидам, а устойчив только к пенициллинам. Единичные штаммы микроорганизмов семейства Enterobacteriaceae были чувствительны к пенициллинам природным и с расширенным спектром активности, макролидам, линкосамидам. 100% культур были устойчивы к фузидину. Менее 30% культур проявляли чувствительность к цефалоспоринам I-П поколений, тетрациклинам, левомицетину. Установлена высокая чувствительность грамотрицательных бактерий к фторхинолонам (100% штаммов) и аминогликозидам (94,1% штаммов). Более 50% культур были чувствительны к ингибиторозащищенным пенициллинам, карбапенемам, гликопептидам.

**Обсуждение:** Микроорганизмы, выделенные у больных СКВ и СД характеризовались выраженной полиантибиотикорезистентностью, что может приводить к снижению эффективности антибактериальной терапии. Степень резистентности была различной у отдельных видов грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Большинство культур, контаминирующих организм больных, чувствительны к фторхинолонам, аминогликозидам, карбапенемам, ингибиторозащищенным пенициллинам.

**Выводы:**

1. Микроорганизмы, выделенные у больных при системных заболеваниях соединительной ткани, отличаются полирезистентность к антибиотикам основных групп.

2. При проведении антибиотикотерапии у больных СКВ и СД препаратами выбора могут быть фторхинолоны, аминогликозиды, карбапенемы, ингибиторозащищенные пенициллины.

3. Повысить эффективность проведения антибактериальной терапии в каждом конкретном случае можно, определяя видовую принадлежность возбудителя и чувствительность выделенных культур к антибактериальным препаратам.

*Гурьянова А.М., Козлова Л.К., Артемова Н.Э.*

# ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И НАРУШЕНИЯ ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ С МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава

**Цель исследования.** Определить особенности морфофункционального состояния сердца при нарушении вазорегулирующей функции сосудистой стенки (ВРФСС) и повреждении эндотелиальных клеток у больных анкилозирующим спондилоартритом (АС).

**Материалы и методы.** Обследовано 57 больных с достоверным АС, в возрасте 38/1,1 лет, с давностью заболевания 12,3/0,9 года. Преобладала 2 степень активности патологического процесса (85%). Все пациенты имели медленно - прогрессирующее течение заболевания. Каждому больному было проведено исследование внутрисердечной и центральной гемодинамики, кровотока в легочной артерии (ЛА) при помощи ЭХО-кардиоскопии (ЭХОКС). ВРФСС оценивалась при проведении ультразвукового исследования плечевой артерии (ПА) с использованием проб с реактивной гиперемией и нитроглицерином (НГ), определялся уровень циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) в периферической крови.

**Полученные результаты.** Изменения морфофункционального состояния сердца по данным ЭХОКС выявлены у 41 (72%) пациента. Уровень ЦЭК, эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД), увеличение диаметра ПА после НГ пробы по средним значениям у них были несколько хуже, чем у больных с нормальными ЭХО-кардиоскопическими показателями ($p>0,05$). У пациентов с изменением морфофункционального состояния сердца выявлена положительная корреляционная зависимость между фракцией выброса и уровнем ЭЗВД ($r=0,45$; $t=3,06$; $p<0,01$) и отрицательная – между ФВ и ЦЭК ($r=-0,33$; $t=-2,1$; $p<0,05$).

Детальный анализ показателей ВРФСС и степени повреждения эндотелия у больных с нарушением диастолической функции левого желудочка (НДФЛЖ), гипертрофией межжелудочковой перегородки (ГМЖП), дилатацией левого желудочка (ДЛЖ), склерозом аорты выявил у них большую степень повреждения эндотелия и нарушения ВРФСС, в сравнении с пациентами без изменения морфофункционального состояния сердца и аорты ($p>0,05$). Из 4 больных с ГМЖП повышение уровня ЦЭК отмечалось у 3 пациентов, у 2 из последних были снижены показатели ЭЗВД и НГ пробы. У всех 4 пациентов с ДЛЖ отмечалось повышение ЦЭК, у 2 из них были снижены ЭЗВД и прирост диаметра ПА после НГ пробы.

**Выводы.** Таким образом, у больных АС, имеющих изменение морфофункциональных показателей сердца, более выражено нарушение ВРФСС и повреждение эндотелия. Отсутствие достоверной разницы в большинстве

случаев возможно связано с существенным влиянием на повреждение эндотелия и нарушение ВРФСС других факторов и, в первую очередь, активности заболевания.

*Гуцу Н.А.*

# ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО СТРЕПТОКОККОВОГО А-ТОНЗИЛЛИТА

ГУМФ «Н.Тестемицану», Кишинэу, Р.Молдова

**Актуальность** проблемы связана во многом с широкой распространённостью тонзиллитов в медицинской амбулаторной практике и риском развития негнойных осложнений, в том числе, и острой ревматической лихорадки (ОРЛ). Тонзиллиты относятся к числу наиболее частых инфекционных заболеваний, что подтверждается многочисленными исследованиями проведенных в разных странах [Bisno A.L., 2002; Белов Б.С., 2004]. Среди бактериальных возбудителей тонзиллитов наибольшее значение имеет бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА). Терапия острого стрептококкового А-тонзиллита (ОСТ) является первичной профилактикой ОРЛ и должна быть направлена на уменьшение клинических симптомов заболевания и на эрадикацию возбудителя БГСА из глотки пациента [Насонова В.А, 1998; Белов Б.С., 2000]. Отметим, что индекс ежегодной первичной заболеваемости ОРЛ в Республике Молдова превышает аналогичные показатели других стран, в 2006 г. индекс составил 5,7/100’000 населения сравнительно с 2,1/100’000 населения в Российской Федерации.

**Целью** исследования явилось изучение клинических признаков ОСТ, определение особенностей ранней диагностики и принципов антибактериальной терапии, выявление фармакодинамической эффективности различных антибактериальных препаратов при лечении острого А-стрептоккокого тонзиллита.

**Материал и методы:** В исследование было включено 76 больных с диагнозом ОСТ (на основании диагностических критериев McIsaac), возраста 10-25 лет (средний возраст 16,7$\pm$3,4 лет). Все больные находились на амбулаторном лечении. Диагноз ОСТ был определен на основании клинических симптомов (температура тела > $38^0$ С, боль в горле при глотании, гиперемия и наличие гнойных фолликул в лакунах миндалин, отсутствие кашля) и возрастной группы пациента (13-14 лет, 15-44 лет), исчисляя баллы по шкале McIsaac. Антибиотики назначались на основании клинической картины и анализа мазков из зева. Пациенты были распределены по 3 группам. Пациентам I-ой группы был назначен амоксациллин – взрослым 1,5 г/сутки в 3 приема, детям 50 мг/кг в сутки в 2 приема (10 дней); II-ой группы был назначен кларитромицин – взрослым 500 мг/сутки в 2 приема и детям 15 мг/кг в сутки в 2 приема (10 дней), III-ей группы был назначен зинат – взрослым 500 мг/сутки в 2 приема и детям 30 мг/кг в сутки в 2 приема (10 дней).

**Результаты:** При бактериологическом исследовании в 51 случаях (67,1%) в мазках из зева был выделен БГСА. Из общего числа пациентов с одним критерием McIsaac было 5 человек (6,5%), а БГСА выделен у одного больного (2,0%). С наличием 2 критериев McIsaac было 14 пациентов (18,4%), а БГСА выделен у 8 больных (15,7%). С наличием 3 критериев McIsaac было 25 пациента (32,8%), а БГСА выделен у 18 больных (35,3%). Была отмечена следующая фармакодинамическая эффективность использованных препаратов: амоксациллин (группа I) – 88,5%, кларитромицин (группа II) – 76,5%, зинат (группа III) – 90,0%. Частота развития нежелательных реакций в исследуемых группах составила не более 19,5%. Наиболее характерным побочным явлением для амоксацилина и зината была отмечена крапивница, а для кларитромицина были отмечены желудочно-кишечные расстройства.

**Выводы:** Наличие 3-5 критериев McIsaac при остром тонзиллите выделяет этиологическую роль БГСА. При положительном результате обязательного микро-биологичекого исследования назначается 10-дневный курс антибиотикотерапии. При терапии ОСТ курсы амоксациллина и зината являются более результативными сравнительно с кларитромицином для эрадикации возбудителя БГСА из глотки больного.

*Даниленко С.А., Сейсенбаев А. Ш., Габдулина Г.Х., Машкунова О.В., Бейсембаева Ш.А.*

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МОРФОДЕНСИТОМЕТРИИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АНЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Казахский Национальный Медицинский Университет, Алматы, Казахстан

**Цель:** изучение морфометрических и фотометрических показателей эритроцитов периферической крови при анемическом синдроме у ревматологических больных.

**Материалы и методы:** Под наблюдением находилось 100 больных с ревматической патологией, из них 40 больных с РА (средний возраст 48,13±3,6), 20 больных с СКВ (средний возраст 45±3,1), 40 больных с ССД (средний возраст 51,13±4,6). Контрольную группу составили 15 практически здоровых донора (средний возраст 36,5±2,21). Диагноз РА установлен с использованием критериев Американской ассоциации ревматологов 1982г. Для диагностики СКВ использовали критерии Насоновой В.А. (1986 г.). Диагноз ССД установлен согласно критериям ААР (1980 г.). Обследование больных проводилось в амбулаторно-поликлинических условиях. Пациенты с РА были разделены на группы в зависимости от степени активности воспалительного процесса. У 20 больных имелась I –я степень, 15 больных - II–я степень, у 5 больных была III–я степень. При рентгенологическом исследовании при РА больные распределились следующим образом: 15 - II–я стадия, 18 - III–я стадия, 7- IV стадия. При СКВ у 14 больных имелась - II–я степень, 6- III–я степень. У 18 больных с ССД имелась I –я степень, 22 больных - II–ю степень. Данное исследование проводилось натощак. Исследовалась капиллярная кровь, взятая из мякоти пальца с помощью иглы одноразового пользования. Объектом изучения были выбраны эритроциты периферической крови. Приготовленные мазки периферической крови окрашивались по стандартной методике по Романовскому-Гимзе. Исследовались 40 случайно выбранных эритроцитов у одного больного методом компьютерной морфоденситометрии (КМДМ). Видеотехнология КМДМ реализована на аппаратно-программном комплексе "ДиаМорф" (Москва). Морфоденситометрическое исследование эритроцитов включало несколько этапов: калибровка системы; задание параметров измерения; ввод изображения; улучшение качества изображения; сегментация изображения (селекция "фон/объект"); проведение измерения; сохранение полученных количественных данных в файле и/или вывод на принтер в виде таблицы. Оценивались следующие показатели в усл. ед., которые можно разделить на две группы: параметры, описывающие профиль эритроцита в целом, и параметры, описывающие отдельно участки профиля: восходящую, нисходящую части тора и пэллор. К ним относятся: точка перегиба (Bend), радиус (Radius), градиенты оптической плотности восходящей, нисходящей частей тора, пэллора (Grad1, Grad2, Grad3), средняя кривизна восходящей, нисходящей частей тора, пэл-

лора (Cur1,Cur2,Cur3), контрастность (Dy), показатель формы (Dx), длина линии профиля (Ler), площадь поверхности (Surface), объем (Volume). Измерения традиционных параметров (площадь сечения- Area, периметр-Perim, диаметр- Dcircl, фактор формы-FF, средняя оптическая плотность-OD, интегральная оптическая плотность- IOD) проводились в автоматическом режиме.

**Результаты:** установлено статистически достоверное снижение морфоденситометрических параметров в группах в сравнении с контролем. У больных с РА наблюдается достоверное уменьшение значений показателей Grad1, Grad2, Dx, Ler, Surface, Volume в сравнении с группой здоровых. Показатели при СКВ характеризуются низкими значениями Radius, Grad1, Grad2, Cur3, Dx, Ler, Surface, Volume по сравнению с группой доноров. При ССД отмечается значительное снижение параметров морфоденситометрического профиля: Radius, Grad1, Grad2, Grad3, Dy, Dx, Ler, Surface, Volume, а также снижение традиционных параметров Area, Perim, Dcircl.

**Выводы:** Отмечаются достоверные изменения для параметров, описывающих денситометрический профиль эритроцита. Это позволяет судить об увеличении количества эритроцитов, имеющих отклонение от правильной формы и среднего размера, что указывает на нарушение метаболических процессов в этих клетках крови и в организме в целом.

*Дильманова Д.С., Исаева Б.Г., Нысанбаева Г.А.*

## ПРИМЕНЕНИЕ ИНФЛИКСИМАБА (РЕМИКЕЙД) В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Военный клинический госпиталь, Алматы, Казахстан

**Цель:** Оценить эффективность инфликсимаба (ремикейд) при лечении идиопатического анкилозирующего спондилоартрита (ИАС) с помощью индексов BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) и BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index).

**Материал и методы:** Под наблюдением находилось 15 больных анкилозирующим спондилоартритом. Все больные мужчины в возрасте от 17 до 40 лет (средний - 26,7±12,2 лет). Длительность заболевания варьировала от 1 до 10 лет (в среднем 5,8 лет). Ремикейд назначался 6 больным из расчета 3 мг/кг внутривенно капельно на физиологическом растворе 250 мл в течение 2 часов через 0, 2 и 6 недель после начала лечения, в последующем – каждые 8 недель. До лечения инфликсимабом в качестве базисной терапии 3 больных получали сульфасалазин 2 г/сут, 3 больных – метотрексат 10 мг/нед. Комплексное лечение включало, помимо медикаментозной, физиотерапию, ЛФК. Больные обследовались до и после инфузий Ремикейда. В качестве основного показателя эффективности лечения использовалась динами-

ка активности заболевания по индексу BASDAI и функционального состояния по индексу BASFI.

**Результаты.** До начала терапии Ремикейдом активность заболевания по индексу BASDAI расценивалась как высокая (от 45 до 61,6, средний показатель – 55,6), выраженными считались и функциональные нарушения при счете BASFI (от 53 до 62, средний показатель – 58,8). Клинический эффект от применения ремикейда отмечался уже после первой инфузии и нарастал с продолжением терапии. Первая инфузия ремикейда принесла максимальный эффект: активность процесса по индексу BASDAI снизилась на 51,08% (средний показатель – 27,2), функциональное состояние улучшилось на 46,6% (средний показатель – 31,4). Переносимость ремикейда была хорошей у всех пациентов. Побочных проявлений препарата не наблюдалось.

**Выводы.** Инфликсимаб (ремикейд) является высокоэффективным базисным препаратом в ле-чении ИАС по индексам BASDAI и BASFI, которые хорошо демонстрируют динамику заболевания и количественно ее выражают.

*Дмитренко О.С., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В., Фофанова Н.А., Зборовская И.А.*

## ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ХОНДРОИТИНСУЛЬФАТУ ХРЯЩА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА

Государственное учреждение НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; Кафедра госпитальной терапии ВолГМУ, г. Волгоград, Россия

Остеоартроз (ОА) является одним из наиболее широко распространенных заболеваний суставов. В России, по данным ревматологов, до 6,4% населения страдают остеоартрозом. Им поражаются преимущественно женщины в возрасте 40-60 лет, однако в последние годы отмечается существенное "омоложение" болезни (Насонова В.А., 1993). В последние годы появилось много работ, в которых авторы обращались к изучению иммунологических сдвигов, происходящих при различных ревматических процессах. Учитывая то, что хондроитин сульфаты (ХС) являются основным компонентом хондропротекторов, применяемых для лечения остеоартроза, мы исследовали эффективность этой группы лекарственных средств в зависимости от исходного уровня антител к хондроитин сульфату.

**Целью** нашего исследования было прогнозирование эффективности терапии хондропротекторами в зависимости от уровня изучаемых антител в сыворотке крови больных остеоартрозом. Под нашим наблюдением находилось 120 больных ОА (71 женщины и 39 мужчин в возрасте от 21 до 65 лет) и 40 здоровых лиц (контрольная группа). 30 пациентов лечились глюкозамина сульфатом (стопартроз), 40 – алфлутопом. Группу сравнения составили 50

пациентов, не получавших хондропротекторов. Группы достоверно не отличались по полу и возрасту. При постановке диагноза мы руководствовались диагностическими критериями остеоартроза, разработанными в Институте ревматологии РАМН. Антитела к хондроитин сульфатам определялись непрямым твердофазным иммуноферментным методом ( ELISA-тест ) с использованием коммерческого препарата в качестве антигена.

Антитела к хондроитин сульфату были выше у больных остеоартрозом (от 0,157 до 1,231 ед.опт.плот.), чем у доноров (от 0 до 0,083 ед.опт.плот., $p<0,001$). Мы выявили, что эффективность терапии глюкозамина сульфатом была хорошей и удовлетворительной в 76,7%, плохой - в 23,3% случаев. Результаты терапии алфлутопом были хорошими и удовлетворительными в 90%, плохими - в 10% случаев. Стоит отметить, что уровень антител к хондроитин сульфату был ниже в группах с положительными результатами лечения алфлутопом по сравнению с группой, где результаты были неудовлетворительными (см. таблицу 1.). Эффективность алфлутопа была лучшей у больных с уровнем антител ниже 0,53 ($p<0.05$). Эффективность глюкозамина сульфата не зависела от концентрации изучаемых антител.

Таблица 1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АНТИТЕЛ К ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТУ

| Показатель | Глюкозамина сульфат | | | Алфлутоп | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Титр | улучшение (n=12) | без эффекта (n=11) | ухудшение (n=7) | улучшение (n=28) | без эффекта (n=8) | ухудшение (n=4) |
| Титр1: 40 | 3 (25, 0%) | 2 (18,18%) | - | 12 (42,86%) | - | - |
| Титр1 :80 | 2 (16,67%) | 2 (18,18%) | 1 (14,29%) | 9 (32,14%) | - | - |
| Титр1:160 | 2 (16,67%) | 2 (18,18%) | 1 (14,29%) | 7 (25,0%) | 4 (50,0%) | - |
| Титр1:320 | 2 (16,67%) | 2 (18,18%) | 1 (14,29%) | - | 3 (37,5%) | - |
| титр1: 640 | 1 (8,33%) | 1 (9,09%) | 1 (14,29%) | - | 1 (12,5%) | - |
| титр 1:1280 | 1 (8,33%) | 1 (9,09%) | 1 (14,29%) | - | - | 1 (25,0%) |
| титр1: 2560 | 1 (8,33%) | 1 (9,09%) | 2 (28,57%) | - | - | 3 (75,0%) |
| Ср.опт.плот. | 0,281±0,08 | 0,345±0,11 | 0,379±0,49 | 0,262±0,09 | 0,417±0,12 | 0,826±0,15 |

**Таким образом,** назначение алфлутопа при остеоартрозе целесообразно при исходном уровне антител к хондроитин сульфату не выше, чем 0,53 ед. опт. плотности. При более высоких уровнях изучаемых антител препаратом выбора может быть глюкозамина сульфат.

*Дубиков А.И., Борисенко Е.А., Белоголовых Л.А., Медведь Е.Э., Гришина И.Э., Любарская О.А.*

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФЛИКСИМАБА У БОЛЬНЫХ ЭРОЗИВНЫМ И НЕЭРОЗИВНЫМ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОДИНОГО АРТРИТА

Городской ревматологический центр. Владивосток. Российская Федерация

**Цель исследования:** сравнить эффективность инфликсимаба у больных с эрозивным и неэрозивным вариантами течения РА, используя индекс активности заболевания DAS28.

**Материалы и методы:** обследовано 58 больных с серопозитивным РА. Среди них выделено две группы (эрозивный и неэрозивный РА) сопоставимых по возрасту, полу, длительности течения и активности заболевания, по 28 человек в каждой группе. Обе группы больных получали инфликсимаб (Ремикейд) в дозе 3 мг/кг веса по стандартной схеме. Длительность исследования составила 12 месяцев.

**Результаты:** через 24 недели от начала лечения число больных с низкой степенью активности в группе с эрозивным РА было выше, чем в группе с неэрозивным РА. При этом отмечены различия в исходном цитокиновом профиле синовиальной жидкости обеих групп: более высокие концентрации ФНО и ИЛ-10 в группе эрозивного РА и превалирование ИЛ-1 в группе неэрозивного РА. На фоне лечения Ремикейдом отмечено более выраженное снижение уровня ФНО в группе больных с эрозивным РА и увеличение количества ИЛ-10 в синовиальной жидкости в этой же группе. При этом содержание ИЛ-1 в синовиальной жидкости практически не менялось в обеих группах. К 48 неделе исследования в обеих группах больных отмечались «неответчики» на лечение инфликсимабом (DAS28 соответствовал умеренной степени активности РА), причем в группе неэрозивного РА их было больше (10 пациентов), чем в группе с эрозивным вариантом течения процесса (6 пациентов). Число больных достигших ремиссии составило 18 в группе с эрозивным РА, в то время как в группе неэрозивного РА таких пациентов не было. Количество пациентов с низкой степенью активности процесса составило 4 и 18 соответственно. Цитокиновый профиль синовиальной жидкости существенно не менялся в двух группах больных по сравнению с данными к 24 неделе лечения.

**Выводы:** инфликсимаб был более эффективен в группе больных с эрозивным вариантом течения РА. Существуют различия в цитокиновом профиле синовиальной жидкости больных с эрозивным и неэрозивным вариантами течения РА, что может свидетельствовать о гетерогенности больных РА и определять дифференцированный подход к биологической терапии этой категории больных.

*Еремин Н., Мартемьянов В.Ф., Зборовская И.А., Рогаткина Т.Ф., Агафонова Н.Л.*

# АНТИОКСИДАНТНЫЕ ЭНЗИМЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТЕОАРТРОЗА

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН

**Цель исследования:** изучить возможность использования показателей активности энзимов антиоксидантной системы (супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГП), глутатионредуктазы (ГР)) в лизатах эритроцитов и плазме крови в дифференциальной диагностике ревматоидного артрита (РА) и остеоартроза (ОА).

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 74 больных, из которых 46 больных РА и 28 больных ОА. Среди больных РА были 34 (73,9%) женщин и 12 (26,1%) мужчин, среди больных ОА – 19 (67,9%) женщин и 9 (32,1%) мужчин. Средний возраст больных РА – 44,0±1,5 лет, больных ОА – 49,1±2,1 лет. Средняя продолжительность заболевания при РА – 10,0±0,7 лет, при ОА – 12,2±1,1 лет. Первая степень активности ревматоидного процесса определялась у 10 (21,7%) больных, II степень – у 29 (63,0%) и III степень – у 7 (15,2%) больных. Системные поражения выявлены у 19 (41,3%) больных РА, суставная форма – у 27 (58,7%) больных. У 20 больных ОА определялись выраженные проявления синовита в суставах, у 8 – клинические проявления синовита были не выражены. Узелковая форма ОА установлена у 7 (25%) больных, безузелковая форма – у 21 (75%) больного. В лизатах эритроцитов и плазме крови больных определялась активность СОД, ГП, ГР общепринятыми методиками (Ланкин В.З. и др., 1983; Чевари С. и др., 1985). Активность энзимов выражалась в условных единицах. В плазме также определялось содержание малонового диальдегида (МДА) по методу Коробейниковой Э.Н. (1989), выражаемое в нмоль/мл. При статистической обработке материала использовалась программа «Statistica 6».

**Результаты исследования.** В плазме крови здоровых лиц активность СОД составила 5,5 ед., ГП – 1,2 ед., ГР – 1,5 ед. и содержание МДА – 3,48 нмоль/мл, в лизатах эритроцитов СОД – 39,5 ед., ГП – 233,5 ед., ГР – 113,6 ед. У больных РА, по сравнению со здоровыми, в плазме выше активность СОД ($p<0,001$), ГР ($p<0,001$), в лизатах эритроцитов выше активность СОД ($p<0,01$), ГП ($p<0,01$), ниже активность ГР ($p<0,001$). У больных ОА (всей группы), по сравнению со здоровыми, в плазме выше активность СОД ($p<0,001$) и ГР ($p<0,05$), в эритроцитах выше активность ГП ($p<0,001$), ниже активность ГР ($p<0,001$). У больных РА содержание МДА – 5,32 нмоль/мл, у больных ОА – 3,65 нмоль/мл.

У больных РА (всей группы), по сравнению с больными ОА (всей группы), в эритроцитах выше активность СОД ($p<0,01$) и ниже активность ГР ($p<0,001$), в плазме крови выше активность СОД ($p<0,001$) и ГР ($p<0,001$), выше содержание МДА ($p<0,001$). Учитывая, что при ОА с выраженным синовитом и больных РА клиническая картина заболеваний достаточно сход-

ная, мы провели сравнительные исследования активности энзимов у этих двух групп больных. Оказалось, что у больных РА (всей группы), по сравнению с больными ОА с синовитом, в эритроцитах ниже активность ГП ($p<0,01$) и ГР ($p<0,01$), в плазме выше активность СОД ($p<0,001$) и ГП ($p<0,001$), выше содержание МДА ($p<0,001$).

**Заключение.** Проведенные исследования выявили наличие существенных изменений активности антиоксидантных ферментов как при РА, так и при ОА, но при РА эти изменения более выражены, и процессы пероксидации липидов (ПОЛ) при этом более интенсифицированы (по уровню МДА), чем при ОА. Наибольшие различия между РА и ОА выявлены по активности ГР в эритроцитах и плазме, что и рекомендуется использовать при дифференциации РА и ОА.

*Еров Н.К., Сергиец Н.А.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА МЕТОТРЕКСАТОМ И ПЛАКВЕНИЛОМ

Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

Одним из перспективных и новых направлений в совершенствовании методов лечения больных ревматоидным артритом (РА) является комбинированная базисная терапия. Однако фактором, ограничивающим широкое клиническое применение комбинированной базисной терапии, является риск побочных реакций.

**Цель исследования.** Оценка эффективности комбинированной базисной терапии больных РА двумя препаратами – метотрексатом и плаквенилом.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включены 82 больных (18 мужчин и 64 женщины) достоверным серопозитивным (у 56) и серонегативным (у 26) РА в возрасте от 18 до 70 лет с давностью заболевания от 6 мес до 40 лет. У 30 обследованных были обнаружены внесуставные проявления. С I, II и III степенью активности воспалительного процесса было соответственно 3, 40 и 39 человек. Степени активности РА определяли по показателю воспалительной активности (ПВА): при величине ПВА от 10 до 60 баллов устанавливали I, 60 – 140 баллов – II и > 140 баллов – III степень активности заболевания. Комбинированную базисную терапию проводили метотрексатом по 7,5 мг/нед и плаквенилом по 0,2/сут; из нестероидных противовоспалительных препаратов всем больным назначался диклофенак по 100 мг/сут; 36 человек принимали также преднизолон по 5 – 15 мг/сут. Оценку эффективности лечения проводили по уменьшению и конечному значению ПВА: хороший эффект устанавливался по уменьшению ПВА > 100 баллов и конечному его значению < 60 баллов; удовлетворительный эффект – соответственно от 20 до 100 и от 60 до 140 баллов; уменьшение ПВА < 20 баллов и конечное его значение > 140 баллов расценивались как отсутствие эффекта.

**Результаты исследования.** Результаты комбинированной базисной терапии через 6 и 12 мес лечения оценены соответственно у 58 и 49 человек (по различным причинам выбили из исследования соответственно 24 и 9 человек). Через 6 мес лечения хороший эффект констатирован у 16 (27,6%), удовлетворительный эффект – у 38 (65,5%) и отсутствие эффекта – у 4 (6,8%) больных. В 6 случаях достигнута относительная клинико-лабораторная ремиссия. Через 12 мес лечения хороший и удовлетворительный эффект сохранялся соответственно у 14 и 35 человек. За 12 мес лечения внесуставные проявления исчезли у 15 (50%) пациентов. Побочные реакции наблюдались у 26 (31,7%) больных, которые послужили причиной отменены комбинированной базисной терапии.

**Выводы.** Комбинированная базисная терапия метотрексатом и плаквенилом оказывает выраженный противовоспалительный эффект, о чем свидетельствует значительная частота случаев хорошего и удовлетворительного эффекта. Исследование ПВА позволяет установить как степени активности ревматоидного воспаления, так и оценить эффективность проводимой комбинированной базисной терапии.

*Жужлова Н.Ю., Еругина М.В.*

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ИНВАЛИДНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЗА 2002 – 2006 ГОДЫ (ПО САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Кафедра организации здравоохранения, общественного здоровья, медицинского права ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», г. Саратов, РФ

На протяжении последних десятилетий проблемы ревматологии неизменно привлекают внимание специалистов, что, в первую очередь, обусловлено медико-социальной значимостью ревматических заболеваний. К ревматологической патологии относятся более 150 нозологий. Наиболее распространенными среди них являются остеоартроз и ревматоидный артрит, менее распространенными - системные заболевания соединительной ткани, однако именно они протекают более тяжело, требуют значительных затрат и часто приводят к стойкой утрате трудоспособности. Хронические ревматические заболевания сопровождаются постоянной болью, скованностью, слабостью, утомляемостью, приводят к нарушениям функции суставов, позвоночника, ряда внутренних органов и систем. Все эти процессы негативным образом сказываются на трудоспособности пациента ревматологического профиля, снижая или полностью лишая его возможности выполнять профессиональные функции и приводят к инвалидности. По показателю первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают третье место после заболеваний органов кровообращения и злокачественных новообразований, а по временной нетрудоспособности - третье место после острых респираторных заболеваний и болезней органов кровообращения.

Нами проанализирована общая и первичная заболеваемость, а также первичный выход на инвалидность больных с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани за период с 2002 г. по 2006 г (по Саратовской области). Показатель общей заболеваемости по данному классу болезней имеет отчетливую тенденцию к росту. В 2002 году заболеваемость ревматическими болезнями составляла 52,9 на 1000 населения, в 2003 году 66,24 на 1000 населения, в 2004 – 64,68, в 2005 – 75,51 и в 2006 году - 69,38 человек на 1000 населения соответственно. Однако, несмотря на рост общей заболеваемости, отмечается снижение первичной заболеваемости. За последние 5 лет в 2003 году отмечается наибольший интенсивный показатель первичной заболеваемости, который составил 29,94 на 1000 населения, в 2005 году - 27,93 на 1000 населения, а в 2006 году – 22,7. Отмечается также рост первичного выхода на инвалидность, который составил в 2002 году 3,4 на 10000 населения, в 2004 году - 4,0 , в 2005 году - 5,8 и в 2006 году – 5,5 на 10000 населения.

Таким образом, за последние 5 лет в Саратовской области отмечается рост общей заболеваемости, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста при одновременном снижении первичной заболеваемости, что требует дальнейшего изучения данной проблемы в группе ревматологических больных.

*Заводовский Б.В., Сивордова Л.Е., Дмитренко О.С., Мякишев М.В., Зборовская И.А.*

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНТИТЕЛ К ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТУ ХРЯЩА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

ГУ НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград.
Кафедра госпитальной терапии ВолГМУ

В последние годы было показано, что иммунологические механизмы имеют определенное значение в патогенезе дегенеративных нарушений при остеоартрозе (ОА). Это связано в первую очередь с особенностями анатомического строения хряща - его изолированностью от кровеностной системы и отсутствием контакта с иммунокомпетентными клетками. В процессе развития дегенеративных изменений при остеоартрозе происходит выход хондроитин сульфата из ткани хряща с соответствующим увеличением его концентрации в крови. Свободные фракции хондроитин сульфата способны стимулировать аутоиммунные реакции в организме.

Целью нашего исследования было изучение распространенности и уровня антител к хондроитин сульфату хряща в сыворотке крови больных остеоартрозом. Под нашим наблюдением находилось 120 больных остеоартрозом и 40 здоровых лиц. Для выявления антител к хондроитин сульфату в сыворотках крови мы использовали непрямой вариант твердофазного метода иммуно-

ферментного анализа. Результаты учитывались на спектрофотометре с вертикальным лучом (Multiskan EX, Германия) на длине волны 490 нм.

У здоровых лиц средний титр антител к хондроитин сульфату хряща был равен 38,50±1,16. При этом средняя оптическая плотность при разведении сыворотки 1:80 составила 0,07±0,01. У больных остеоартрозом повышенные титры анти-ХС обнаруживали в 83,65±3,54% случаев, что достоверно выше, чем у здоровых лиц ($p < 0,01$). При этом средний геометрический титр этих антител составил 186,82 ± 1,5, а средняя оптическая плотность при разведении сыворотки 1:80 - 0,32 ±0,08. Эти показатели оказались достоверно выше, чем у здоровых лиц ($p<0,01$). Достоверных различий в уровне анти-ХС больных остеоартрозом в зависимости от пола и возраста не выявлено. В результате исследования зависимости уровня антител к хондроитин сульфату от продолжительности заболевания, установлено, что наиболее высоким этот показатель был при длительности заболевания - от 10 до 15 лет. Видимо, к данному периоду заболевания степень деструкции хряща достигает максимума, что приводит к более активной антигенной стимуляции.

В работе также исследованы колебания уровня антител к хондроитин сульфату суставного хряща в зависимости от количества пораженных суставов. Установлено, что для множественного поражения суставов при остеоартрозе характерно более высокое содержание антител к хондроитин сульфату суставного хряща, чем для форм заболевания с поражением одного или нескольких суставов. Вероятно, антигенная стимуляция деградированными фрагментами хондроитин сульфата при полиостеоартрозе протекает более интенсивно, чем при моно - и олигоартрозе, что выражается в более высоком содержании антител у таких больных. В ходе исследования установлено, что при быстропрогрессирующем течении остеоартроза содержание антител к хондроитин сульфату достоверно выше, чем при медленнопрогрессирующем. Вероятно, в процессе развития заболевания наступает уменьшение молекул гликозаминогликанов или их деполимеризация. Вместо крупномолекулярных агрегатов хондроитин сульфаты находитяся в артрозном хряще в виде мелких субъединиц, которые, имея небольшой молекулярный вес, легче элиминируются из матрикса хряща. Эти изменения наблюдаются уже в ранней стадии остеоартроза и их интенсивность коррелирует со скоростью прогрессирования заболевания.

**Таким образом,** в сыворотке крови больных остеоартрозом достоверно чаще, чем у здоровых лиц, выявляются антитела к хондроитин сульфатам хряща, и их концентрации коррелируют с активностью и длительностью заболевания.

*Зборовская И.А., Заводовский Б.В., Саад Халим Рамез, Сивордова Л.Е., Красильников А.Н.*

# ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУ НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград;
Волгоградский государственный медицинский университет

Социальная значимость остеопороза (ОП) определяется его последствиями и осложнениями – нетравматическими переломами позвоночника и трубчатых костей, которые обуславливают значительный подъем заболеваемости, инвалидности и смертности. Большинство переломов при остеопорозе возникает вследствие умеренной или даже минимальной травмы, часть их может протекать малосимптомно. В результате, пациент не получает соответствующего обследования. А это, в свою очередь, затрудняет изучение эпидемиологии переломов по обращаемости за медицинской помощью. Единственным способом реальной оценки распространенности переломов является проведение специально спланированных популяционных исследований. Такое исследование было проведено в Волгоградской области. Целью данной работы было исследовать частоту развития остеопении и остеопороза в Волгоградской области.

Было обследовано 10620 человек в возрасте от 20 до 89 лет, из них 6422 женщины и 4198 мужчин. Методом ультразвуковой остеоденситометрии на аппарате UBIS-3000 (Франция) у 3959 пациентов (37,28%) обнаружено снижение показателей BUA, Z и T ниже границ нормы, что сопряжено с риском возникновения переломов. Частота переломов костей оценивалась путем сбора анамнеза и оценки рентгенограмм позвоночника среди индивидуумов, имевших, по крайней мере, один перелом в анамнезе. Стандартизованные показатели распространенности переломов предплечья составили 26 (0,245%), позвоночника – 837 (7,896%), шейки бедра – 19 (0,179%). Переломы костей у пациентов с остеопорозом и остеопенией наблюдались достоверно чаше, чем у лиц с нормальной плотностью костной ткани ($p<0,001$). Наиболее частой локализацией переломов у женщин были переломы дистального отдела предплечья и проксимального отдела бедренной кости, которые достоверно превышали их распространенность у мужчин ($p<0,001$ и $p<0,002$ соответственно). У мужчин более часто наблюдались переломы другой локализации (голень, кости кистей и стоп) и ребер ($p<0,02$). У женщин подавляющее число переломов (93,7%) произошло в результате минимальной травмы, что превышает аналогичный показатель у мужчин ($p<0,0001$) и свидетельствует о влиянии остеопороза как ведущей причины этих переломов. Среди мужчин преобладало падение с большой высоты или тяжелая травма (31,8% против 5,4% у женщин; ($p<0,0005$). В нашей выборке была выявлена зависимость частоты переломов от возраста у мужчин ($p<0,05$), переломами чаще страдали мужчины 75 лет и старше. В то время как среди женщин наибольшие показатели распространенности переломов отмечены в возрастных группах 65-69 лет и 75 лет и старше, причем в старшей группе

она была выше, чем во всех предыдущих группах вместе взятых (p<0,004). Для изучения распространенности нетравматических переломов позвоночника был предпринят анализ рентгенограмм больных с остеопорозом. Выявлено увеличение средних размеров передней и задней высоты и преобладание заднего размера над передним в направлении от верхних грудных ($T_4$) до нижних поясничных ($L_3$) позвонков. Наиболее частым типом перелома позвоночника был клиновидный (13,6% мужчин и 12,2% женщин), выявляемый преимущественно в среднегрудном отделе $T_6$ – $T_8$. Следующими по частоте были двояковогнутые переломы (по типу «рыбьих позвонков»), которые чаще локализовались в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника (3,7% мужчин и 5,9% женщин). Наиболее редкий тип перелома – компрессионный, преобладал у мужчин (4,1%) по сравнению с женщинами (0,5%) (p<0,001).

**Таким образом,** Волгоградская область является регионом со средней частотой остеопоретических переломов. Женщины наиболее часто страдают переломами дистального отдела предплечья и проксимального отдела бедренной кости, мужчины – голени, костей стоп и кистей. Самыми распространенными типами нетравматических переломов позвоночника являются клиновидные и двояковогнутые от среднегрудного до поясничного отделов.

*Зборовская И.А., Степанова Н.Н., Никитина Н.В., Заводовский Б.В.*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТРОНЦИЯ РАНЕЛАТА И АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ГУ НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН. Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза; кафедра госпитальной терапии ВолГМУ Россия, г. Волгоград

Современные женщины проводят одну треть жизни в состоянии постменопаузы. На фоне дефицита эстрогенных гормонов в постменопаузе могут возникать патологические состояния в различных органах и тканях организма, в том числе остеопороз (ОП) – системное метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, нарушением микроархитектоники кости, приводящие к значительному увеличению хрупкости костей и их переломов. Ревматоидный артрит (РА) приводит к развитию хронического воспалительного процесса, который также негативно сказывается на костном метаболизме. При наличии нескольких негативных моментов, способствующих развитию ОП, течение этого заболевания утяжеляется.

Для лечения ОП у женщин с РА используется ряд лекарственных препаратов. Целью нашей работы было исследовать сравнительную эффективность активного метаболита витамина Д альфакальцидола, (Альфа-Д3-Тева, «Тева», Израиль) и стронция ранелата (Бивалос, «Сервье», Франция), а так-

же изучить влияние терапии на уровень лабораторных показателей, отражающих активность костного ремоделирования. Выбор был обусловлен влиянием этих препаратов на оба процесса костного ремоделирования - торможение костной резорбции и стимуляцию костеобразования, что приводит к увеличению массы трабекулярной части кости, числа трабекул и их толщины, в результате этого улучшаются механические свойства кости.

В исследование было включено 76 женщин с достоверным диагнозом РА, которые имели признаки ОП или остеопении. Всем больным, находившимся под нашим наблюдением, было проведено исследование клинических и лабораторных показателей в динамике через 6 месяцев. Всем больным проводилось ультразвуковая остеоденситометрия пяточной кости с использованием аппарата "UBIS-3000" (Франция). Были изучены биохимические маркеры костного ремоделирования. Концентрация остеокальцина в крови и Cross Laps в моче определялись с использованием наборов OSTEOMETER (Дания). Пациенты были разделены на 2 группы. В первую вошли 32 пациентки, принимающие бивалос в дозе 2 г в сутки. Вторую группу составили 44 больных, получавших альфакальцидол в дозе 1 мкг в сутки.

Результаты исследования показали, что как в группе, получающих стронция ранелат, так и в группе сравнения, происходило достоверная положительная динамика BUA, Z и T, уменьшились боли в костях, позвоночнике, увеличилась мышечная сила. В тоже время стронция ранелат оказывал несколько большее влияние на показатели BUA, чем альфакальцидол (соответственно +5,8% и +2,3%) Исследование показателей костного ремоделирования показало, что в обеих группах достоверно снижаются изначально повышенные показатели костной резорбции (Cross-Laps) и повышаются показатели костеобразования (остеокальцин). Однако, влияние стронция ранелата на показатели костного ремоделирования было более выраженным. Оба препарата переносились хорошо. У 2 на фоне приема стронция ранелата отмечалась тошнота, которая прошла самостоятельно.

**Таким образом,** для лечения ОП при РА могут использоваться как стронция ранелат, так и активные метаболиты витамина Д. В то же время, стронция ранелат оказывает большее положительное действие на BUA, T, Z, маркеры костного ремоделирования и может быть рекомендован при более тяжелых формах ОП у женщин с РА.

*Зборовский А.Б., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В., Саад Халим Рамез, Зборовская И.А.*

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУ НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград;
Волгоградский государственный медицинский университет

Волгоградская область является регионом, в котором отмечается постепенное старение населения. Возникает множество медико-социальных проблем, связанных с заболеваниями пожилых. На одном из первых мест по заболеваемости стоит остеопороз (ОП). Остеопороз приводит к снижению прочности костной ткани. Понятие "прочность" кости отражает интеграцию двух главных характеристик: минеральной плотности костной ткани и качества кости (архитектоника, обмен, накопление повреждений, минерализация). Часто остеопороз сопровождается болями в костях и позвоночнике, изменениями осанки, что значительно ухудшает качество жизни пациентов.

**Целью** данной работы было исследовать частоту развития остеопении и остеопороза среди населения Волгоградской области. Было обследовано 10620 человек в возрасте от 20 до 89 лет, из них 6422 женщины и 4198 мужчин. Оценка качества костной ткани проводилась на ультразвуковом остеоденситометре UBIS-3000 (Франция). Кроме того, были изучены факторы риска развития остеопороза и связанных с ним переломов костей с помощью опросника, разработанного авторами.

При обследовании у 3959 пациентов (37,28%) обнаружено снижение показателей BUA, Z и T ниже границ нормы. Из них 2796 человек страдали остеопенией (26,33%), 1163 - остеопорозом (10,95%) и 6661 пациентов имели нормальную плотность костной ткани (62,72%). Остеопороз и остеопения достоверно чаще диагностировались у женщин старше 50 лет с низким индексом массы тела ($p < 0,005$).

Анализ более 30 факторов риска остеопороза и переломов проводился раздельно в соответствующих группах мужчин и женщин. Выявлено, что к достоверным факторам риска остеопороза можно отнести возраст 65 лет и более, вес тела 65 кг и ниже, низкий индекс массы тела. Кроме того дополнительно для женщин: возраст начала менопаузы до 48 лет и длительность менопаузы более 25 лет. Для мужчин: более тяжелый физический труд в возрасте 15 – 25 лет ($p<0,03$), малое время, уделяемое физкультуре и спорту после 25 лет ($p<0,01$), низкое ежедневное потребление молочных продуктов ($p<0,01$) и длительный стаж курения ($p<0,005$). Факторами риска осложнения остеопороза переломами костей у женщин являлись: возраст 65 лет и более, рост в 25 лет и в зрелом возрасте менее 155 см, вес тела 65 кг и ниже, индекс массы тела менее 24, тиреотоксикоз в анамнезе, перелом шейки бедра у матери в возрасте 50 лет и старше. У мужчин к достоверным факторам риска переломов можно отнести только: время ежедневного хождения

пешком менее 0,5 часа и более тяжелый физический труд в в возрасте 15 – 25 лет.

Предикторами новых переломов костей периферического скелета были низкие показатели минеральной плотности костной ткани, а также падение. Необходимо отметить, что недоказанность роли отдельных факторов риска на развитие остеопороза и его осложнений не отрицает возможного их влияния на возникновение остеопоретического процесса у отдельного индивида, а мультифакториальная природа остеопороза диктует необходимость оценки комплексного влияния различных факторов на развитие заболевания.

**Таким образом,** распространенность остеопенического синдрома среди населения Волгоградской области составляет 37,28%. Остеопороз является частой причиной переломов костей. По сравнению с другими регионами России область является регионом со средней частотой развития остеопороза.

*Зборовский А.Б., Хафис Эйса Сибхан, Мякишев М.В., Мартемьянов В.Ф., Чернов А.С.*

# АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПОСЛЕДНЕГО ЭТАПА ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ПЛАЗМЕ КРОВИ И ЛИЗАТАХ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; Волгоград

Пуриновый метаболизм играет важную роль во многих жизненно важных функциях организма. Его метаболиты участвуют в процессах синтеза и распада нуклеиновых кислот, пластических и энергетических процессах, регуляции иммунного статуса, и поэтому изучение активности ферментов обмена пуринов является весьма перспективным и актуальным для понимания патогенетических механизмов многих заболеваний, в том числе и системной красной волчанки (СКВ). В нашей работе были изучены активности ксантиноксидазы (КО) и ксантиндегидрогеназы (КДГ), действующих на завершающем этапе пуринового метаболизма.

**Цель исследования.** Изучить активность КО и КДГ в лизатах эритроцитов и плазме крови больных СКВ в зависимости от активности патологического процесса.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 54 больных СКВ, из которых 49 (90,7%) женщин и 5 (9,3%) мужчин. Средний возраст больных – 39,9±1,2 года, продолжительность болезни – 7,2±0,5 лет. I степень активности патологического процесса определялась у 15 (27,8%) больных, II - у 30 (55,6%) и III степень – 9 (16,7%) больных. Контрольную группу составили 33 практически здоровых людей. В лизатах эритроцитов плазме крови больных и здоровых определялась активность КО и КДГ общепринятыми методами (Дячина Е., 1973; Wood R. et al., 1981; Devenui Z. et al., 1987). Актив-

ность энзимов в плазме крови выражалась в нмоль/мл/мин, в лизатах эритроцитов в нмоль/мин на 1 мл, содержащим до лизиса $1x10^9$ клеток. При статистической обработке данных использовался ПП «STATISTIKA 6,0».

**Результаты исследований.** В плазме крови здоровых людей активность (в нмоль/мл/мин) КО составила 3,25±0,05; КДГ – 5,18±0,05; в лизатах эритроцитов – активность КО – 22,7±0,29 и КДГ – 47,9±0,30.

У больных с I степенью активности процесса, по сравнению со здоровыми, в плазме крови выявлено повышение активности КО ($p<0,001$) и КДГ ($p<0,001$), в лизатах эритроцитов – повышение активности КО ($p<0,001$) и снижение активности КДГ ($p<0,001$). Анализ корреляционных связей между энзимами в плазме крови выявил наличие прямых умеренных связей между КО и КДГ ($r=0,36$), в эритроцитах – обратных умеренных связей ($r=-0,32$), высокопрочных прямых связей между пл. КО – эр. КО ($r=0,77$) и обратных умеренных связей между пл. КДГ – эр. КДГ ($r=-0,48$). У больных СКВ с II степенью активности процесса при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, в плазме выше активность КО ($p<0,001$), но ниже активность КДГ ($p<0,001$), в эритроцитах – также выше активность КО ($p<0,05$) и ниже КДГ ($p<0,01$). Анализ корреляционных связей показал наличие в плазме обратных умеренных связей между КО и КДГ ($r=-0,56$) и слабых обратных связей в эритроцитах ($r=-0,17$). У больных СКВ с III степенью активности процесса при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, в плазме крови значительно (в 2 раза) выше активность КО ($p<0,001$) и ниже активность КДГ ($p<0,001$), в лизатах эритроцитов – ниже активность КО ($p<0,001$) и выше активность КДГ ($p<0,001$). Между активностями КО и КДГ в плазме выявлены высокопрочные обратные связи ($r=-0,78$), в эритроцитах – умеренные обратные связи ($r=-0,62$), между пл. КО и эр. КО - прямые высокопрочные связи ($r=0,77$) и обратные умеренные связи между пл. КДГ – эр. КДГ ($r=-0,48$).

Сравнительные исследования показали, что у больных СКВ с I степенью активности процесса, по сравнению с больными СКВ с II степенью, в плазме выше активность КДГ ($p<0,001$) и ниже КО ($p<0,001$), в лизатах эритроцитов выше активность КО ($p<0,001$) и ниже КДГ ($p<0,05$); по сравнению с III степенью, в плазме выше активность КДГ ($p<0,001$), ниже КО ($p<0,001$), в эритроцитах выше активность КО ($p<0,001$) и ниже КДГ ($p<0,001$). У больных с II степенью, по сравнению с III степенью, в плазме выше активность КДГ ($p<0,001$) и ниже КО ($p<0,001$), в эритроцитах выше активность КО ($p<0,001$) и ниже активность КДГ ($p<0,001$).

**Заключение.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенных изменениях активности КО и КДГ в плазме и эритроцитах больных СКВ, зависящие от выраженности активности патологического процесса. Выявлены определенные закономерности в активности энзимов: в плазме чем выше активность процесса, тем выше активность КО и ниже активность КДГ; в эритроцитах – ниже активность КО и выше активность КДГ. Повышение активности КО свидетельствует об интенсификации катаболизма пуринов при СКВ. Изученные энзимные показатели крови способствуют уточнению степени активности процесса при СКВ.

*Зудбинов Ю.И., Зудбинова В.Ю.*

# ЦЕНТРЫ АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ

ГУЗ «Областная больница № 2», г. Ростов-на-Дону, Россия

Терапия биологическими агентами, без преувеличения, совершила революцию в практической ревматологии. С внедрением ее в клиническую практику врачи воспаряли от безысходности лечения хронических ревматических болезней и неутешительного прогноза заболевания. Антицитокиновая терапия позволила в корне поменять парадигму ревматологии. Впервые клиницисты заговорили не об уменьшении степени активности воспалительного процесса, не об улучшении качества жизни, а о возможности достижения стойкой ремиссии, в ряде случаев полной.

Однако терапия биологическими агентами – обоюдоострое оружие в руках врача. Имеется достаточное количество ограничений в её применении, немалое количество осложнений и нежелательных последствий при введении этих препаратов, ряд теоретических проблем ее использования. Так, нельзя применять инфликсимаб, не исключив предварительно у пациента туберкулез и гепатиты, введение рутиксимаба требует предварительной подготовки инфузии препарата, нежелательные осложнения терапии биологическими агентами подстерегают врача и при непосредственном введении этих препаратов. Кроме того, процесс внутривенного вливания биологически активных препаратов должен производиться в надлежащих условиях. Все это настоятельно диктует необходимость организации специализированных центов антицитокиновой терапии, предварительной подготовки медперсонала и создание условий введения препаратов.

Для решения проблем использования биологических агентов, обозначенных выше, в областной больнице №2 г. Ростова-на-Дону в 2006 году был создан центр антицитокиновой терапии. Структурно центр представлен палатами, оснащенными сплит-системами со стерильными фильтрами для очистки воздуха, бактерицидными лампами, приборами инфузомат для дозированного введения препаратов, мобильной связью с пациентами, кардиомониторами наблюдения. В состав центра входит ординаторская, оснащенная интернет связью с головным центром антицитокиновой терапии страны, документацией введения препарата, инструкциями по устранению возможных осложнений введения лекарства, прямым контактом с реанимационным отделением.

За год работы в Центре проведено более 150 инфузий биологических препаратов инфликсимаб и рутиксимаб, при этом нами не наблюдалось ни одного какого-либо значимого осложнения введения биологических агентов. Приобретенный опыт лечения пациентов биологическими агентами позволяет в полной мере утверждать, что столь специфическая терапия должна проводиться в специально созданных центрах, оборудованных палатах и подготовленным для этих целей медицинским персоналом врачей и сестер.

Немаловажным в применении антицитокиновой терапии представляется и вопрос обоснованности этого лечения. Использование биологических пре-

паратов, с точки зрения иммунологии, относится к подавлению конкретного цитокина, точечному, «локальному» воздействию на определенное звено патогенеза воспаления. В этой связи биологически активная терапия должна быть «адресной», конкретно действующей на главенствующий цитокин патологического процесса. Следовательно, для повышения эффективности применения биологических агентов должен осуществляться предварительный лабораторный скрининг с целью выявления основного звена иммунопатологического процесса. И по результатам этого скрининга должен быть определен конкретный биологический препарат для лечения конкретного пациента.

*Зудбинова В.Ю., Белошапкина Е.В., Соболева Т.Н.*

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ГУЗ «Областная больница №2», Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области Ростов-на-Дону, Россия

Ревматоидный артрит определяют как хроническое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с прогрессирующим поражением преимущественно периферических (синовиальных) суставов по типу симметричного прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита. К сожалению, в подавляющем большинстве случаев поражение суставов при этой патологии отличается необратимым и инвалидизирующим характером, что может быть обусловлено как медицинскими, так и социальными проблемами (агрессивным, рефрактерным характером течения РА, несвоевременной обращаемостью, отсутствием комплайна, недостаточным объемом терапии и т.д.). Немаловажен также тот факт, что средний возраст начала заболевания составляет 35-45 лет, т.е. заболевают лица работоспособного и детородного возраста.

**Цель данной работы:** оценить качество жизни и функцию опорно-двигательного аппарата у больных ревматоидным артритом в зависимости от давности и степени активности заболевания.

**Материалы и методы:** под наблюдением находились 58 больных с верифицированным диагнозом ревматоидного артрита, получавших стационарное лечение в ревматологическом отделении Областной больницы № 2 в 2007 году, из которых у 28 человек длительность заболевания составила до 10 лет, средний возраст больных 44,5±23 лет. Из них у 15 больных диагностирована вторая степень активности артрита у 13 – третья. Вторую группу составили 30 больных, страдающие ревматоидным артритом более 10 лет, средний возраст больных 53,6±23 лет, вторая степень активности артрита определена у 20, третья – у 10 пациентов. Для оценки функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата и качества жизни использовался функциональный тест Ли, опросник состояния здоровья HAQ.

**Полученные результаты.** В группе больных, страдающих ревматоидным артритом менее 10 лет у пациентов со второй степенью активности показа-

тель функционального теста Ли составил в 12±8 баллов, суммарное значение HAQ 24±12 баллов, у больных с РА третьей степени активности - 18±12 баллов, суммарное значение HAQ 33±18 баллов. У больных, с давностью заболевания более 10 лет при второй степени активности показатель теста Ли равен 16±10 баллов, значение HAQ 28±12 баллов, у пациентов с третьей степенью активности ревматоидного артрита показатель функционального теста Ли 20±8 баллов, суммарное значение HAQ 32±14 баллов.

**Обсуждение.** Как и следовало ожидать, в обеих группах более выраженное ограничение функции суставов и снижение качества жизни наблюдалось у пациентов с третьей степенью активности ревматоидного артрита, однако при сравнении между собой групп пациентов с давностью заболевания до и более 10 лет существенных различий не обнаружено, более того, в отдельных случаях у больных страдающих РА менее 10 лет наблюдались более высокие показатели, т.е. более выраженное снижение качества жизни. Можно предположить, что этот факт обусловлен подбором адекватной терапии и стабилизацией состояния пациентов, либо социально-бытовой адаптацией больных, длительно страдающих ревматоидным артритом.

**Выводы.** На снижение качества жизни у больных ревматоидным артритом в большей степени оказывает влияние степень активности воспалительного процесса, тогда как продолжительность заболевания не играет в этом основополагающей роли. Таким образом, при своевременно подобранной адекватной терапии и снижении активности процесса прогноз у больных ревматоидным артритом можно считать благоприятным.

*Зудбинова В.Ю., Калашникова Т.А., Зудбинов Ю.И.*

## ЗНАЧИМОСТЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ИММУНОПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Ревматологическое отделение Областной больницы №2, Ростов-на-Дону, Кафедра клинической иммунологии и аллергологии Ростовского государственного медицинского университета, Ростов-на-Дону, Россия

**Целью** исследования явилось изучение уровня цитокинов RAИЛ-1, ФНО-α, ИЛ-4 в сыворотке крови больных РА.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 42 пациента, серопозитивных по ревматоидному фактору, из которых больные с суставной формой– 19 человек в возрасте 45,1±11 лет, из которых особо выделены 6 человек, получивших 3 инъекции инфликсимаба (ремикейда); пациенты, страдающие ревматоидным артритом с висцеропатиями – 13 человек в возрасте 56,6±14 лет, контроль составили 10 человек в возрасте 45,5±12 лет. В исходном иммунном статусе по сравнению с донорскими показателями у пациентов с РА определялось повышенное количество CD4-лимфоцитов, и сниженное - CD8-лимфоцитов, увеличение иммунорегуляторного индекса, повышение уровня иммуноглобулинов всех классов и циркулирующих иммунных комплексов, выявлялось снижение адаптационных резервов фагоцитарного звена. В ходе данной работы в периферической крови определяли со-

держание в сыворотке цитокинов: RAИЛ-1, ФНО-α, ИЛ-4 методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием диагностических тест-систем фирмы «IMMUNOTECH» (Франция) и «Вектор-Бест» (Россия).

**Полученные результаты.** Уровень ФНО-α в сыворотке у больных с суставной формой ревматоидного артрита составил 2,12±0,16 пкг/мл, у больных с висцеропатиями - 1,85±0,15 пкг/мл, определена экспрессия рецепции к нему у пациентов с суставной формой РА - CD120 13,29±1,2%, у больных с висцеропатиями CD120 17,5±2,4. Наиболее существенные изменения отмечены в продукции ИЛ-1, косвенным показателем которого явилась интенсификация синтеза RAИЛ-1 в обеих группах больных более, чем в 6 раз по сравнению с контролем. Содержание ИЛ-4 в обеих рассматриваемых группах больных было практически одинаковым и существенно не отличалось от показателя контрольной группы.

При исследовании сыворотки крови больных, получивших 3 инъекции инфликсимаба, было выявлено отсутствие ФНО-α. Клинически и в объективном статусе у этих больных отмечалось улучшение в виде уменьшения утренней скованности, болей и отечности в области суставов, увеличения объема активных и пассивных движений в них. При оценке показателей иммунного статуса отмечалось снижение уровня циркулирующих иммунных комплексов (113±7 у.е.), тенденция к нормализации показателей Ig A (1,7±0,5 г/л), а так же уровня Ig M (1,1±0,3 г/л).

**Обсуждение.** У больных ревматоидным артритом определяется повышение уровня провоспалительных цитокинов, причем это повышение более выражено при суставной форме заболевания, однако рецепция к нему повышена в большей степени у пациентов в висцеропатиями. В ходе лечения нейтрализация активности ФНО-α приводит к улучшению клинико-иммунологических показателей у больных РА, что свидетельствует о несомненной патогенетической значимости этого цитокина при различных вариантах ревматоидного артрита.

**Выводы.** При ревматоидном артрите отмечается повышение уровня провоспалительных цитокинов, блокируя действие которых достигается положительный терапевтический и прогностический эффект.

*Кирпикова М.Н., Мендукшева Ю.Е., Шутемова Е.А., Назарова О.А.*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У БОЛЬНЫХ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, г. Иваново

Остеопороз, являясь распространенным заболеванием, особенно у женщин пожилого возраста, оказывает отрицательное влияние на качество жизни пациенток. Лечебная физ-культура (ЛФК), как один из основных немедикаментозных методов лечения остеопороза (ОП), благоприятно влияет на минеральную плотность костной ткани, снижает риск падений, улучшает

качество жизни пожилых женщин. В тоже время, недостаточно изучено влияние ЛФК на субъективные характеристики качества жизни (КЖ).

**Целью** данного исследования было оценить влияние ЛФК на субъективные характеристики качества жизни у больных первичным остеопорозом.

**Материалы и методы.** Обследовали 61 женщину в возрасте от 55 до 77 лет (средний возраст 63,0±6,3 лет) с постменопаузальным ОП. Диагноз устанавливался по критериям ВОЗ в соответствие с данными общеклинического обследования и рентгеновской биэнергетической абсорбциометрии, проводимой на остеоденситометре Delphi A (Hologic). При исследовании КЖ оценивали реактивную и личностную тревожность методом Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, уровень депрессии по опроснику CES-D, субъективные характеристики состояния здоровья и уровня боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Пациентки были разделены на 2 сопоставимые по возрасту и клиническим проявлениям группы. 1 группа - 30 больных, прошедших обучение в «Школе для больных остеопорозом» (обучение проводилось по структурированной программе, разработанной на кафедре семейной медицины Уральской государственной медицинской академии). Занятия ЛФК в исследуемой группе продолжались в течение 6 недель на базе городской клинической больницы восстановительного лечения. 2 группа сравнения - 31 больная, получавшая только медикаментозную терапию. Повторное обследование субъективных характеристик КЖ и вегетативного статуса проводилось через 6 недель.

**Результаты исследования.** После проведения курса ЛФК отмечалось достоверное снижение реактивной тревожности с 34 до 27 баллов (p=0,009). Самооценка состояния здоровья достоверно возросла с 50% до 70% (p=0,019). Болевой синдром в среднем уменьшился с 50% до 35% (p=0,028). Уровень депрессии снизился с 19 до 17 баллов, но не достиг уровня статистической значимости. В группе сравнения достоверных изменений уровня тревожно-депрессивных расстройств, самооценки здоровья и выраженности болевого синдрома не произошло. Результаты работы подтверждают положительные эффекты ЛФК на эмоциональную сферу у больных постменопаузальным остеопорозом, что согласуется с данными полученными другими авторами при исследовании пациентов с хроническими ревматическими заболеваниями. Таким образом, использование ЛФК в рамках образовательной программы (Школы для больных остеопорозом) благоприятно влияет на субъективные характеристики качества жизни в виде снижения реактивной тревожности, выраженности болевого синдрома и повышения уровня самооценки здоровья.

*Кравцова О.Н., Багирова Г.Г.*

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТРИТОВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Оренбургская государственная медицинская академия,
кафедра общей врачебной практики

**Цель:** проведение исследования среди подростков для определения распространенности заболеваний суставов.

**Материалы и методы:** проведен опрос учащихся 9 – 11 классов школ Дзержинского района г. Оренбурга по анкете, предложенной ассоциацией ревматологов России и институтом ревматологии РАМН. Анкета включала вопросы, касающиеся симптоматики поражения коленных или тазобедренных суставов, наличия диагноза ревматоидного артрита или остеоартроза в анамнезе. Один из вопросов анкеты позволял уточнить каким специалистом был выставлен диагноз. Кроме этого анализировалась медицинская документация «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», Ф-12 за 2005г., 2006г.

**Результаты:** из 1000 анкетированных подростков 11,4 % отмечают припухание суставов в анамнезе (у 7,6% было раньше, последний год не беспокоят; у 2,3% было раньше и имеется в настоящее время; у 1,5% возникли и беспокоят в последний год). 31,3% опрошенных имеют в анамнезе боли в коленных и тазобедренных суставах (у 18,3% были, но последний год не беспокоят; у 9,4% были раньше и беспокоят периодически или постоянно последний год; у 3,6% возникли и беспокоят в последний год). Припухание суставов в анамнезе отмечается у 7% мальчиков и у 4,4% девочек. Анамнестически боли в коленных и тазобедренных суставах отмечаются среди мальчиков и девочек примерно одинаково (16,1% и 15,2% соответственно). Ревматоидный артрит был диагностирован у 0,6% подростков (0,3% девочек и 0,3% мальчиков). Диагноз остеоартроза был поставлен у 0,4% подростков мужского пола. Из подростков, участвовавших в анкетировании, не все обращались в поликлинику по поводу патологии суставов. Среди них были лица не только с ювенильными артритами, но и с воспалительными изменениям суставов другой этиологии. По результатам анкетирования распространенность ювенильных артритов составила 0,6%, тогда как по данным Ф-12 было отмечено, что заболеваемость ювенильными артритами по обращаемости среди подростков в 2005 году составила - 0,089%, в 2006 году – 0,11%, т.е. почти в 6 раз реже.

**Обсуждение:** из положительно ответивших на вопросы анкеты, не все подростки обратились за медицинской помощью, что указывает на необходимость активного выявления патологии суставов, детального обследования с целью установления диагноза, постановки на диспансерный учет и проведения адекватного лечения.

**Выводы:** полученные данные свидетельствуют о росте заболеваемости ювенильными артритами по обращаемости в поликлиники. Однако эти цифры, по-видимому, также требуют уточнения, т.к. скринирующее исследование указывает на больший процент выявления признаков поражения суставов, имеющихся в настоящее время или в анамнезе.

*Кузнецов В.И., Ильченко О.В., Яшина Е.Ю., Грачева Т.Г., Шарапова В.И.*

# КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РЕМИКЕЙД У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОДНЫМ АРТРИТОМ

МУЗ КБСМП №15, Волгоград, Россия

**Целью** настоящего исследования явилась оценка терапевтической эффективности препарата ремикейд у больных ревматоидным артритом (РА) в многоцентровом неинвазивном исследовании.

**Материалы:** в исследование включено 5 больных с диагнозом достоверного РА (критерии АРА), внесенных в регистр пациентов с РА, получающих лечение инфликсимабом. Среди больных было 4 женщины и 1 мужчина в возрасте от 32 до 65 лет. Преобладала II степень активности заболевания, быстропрогрессирующее течение, рентгенологическая стадия от II до III по Штейнброкеру. У всех больных в крови обнаружен ревматоидный фактор (серопозитивный вариант РА). Больные получали симптом-модифицирующую терапию (мовалис 15 мг/сут., вольтарен 100 мг/сут.). 4 пациентам ремикейд был назначен пять раз в дозе 5 мг/кг, при этом сначала традиционно использовали "нагрузочный" режим (три инфузии с интервалами 2 и 4 недели), а затем ремикейд применяли каждые 6–8 недель. У одного пациента три инфузии ремикейдом выполняли с интервалами 2 и 4 недели в дозе 5 мг/кг. Длительность лечения составила 12 месяцев.

**Методы:** при оценке эффективности терапии ремикейдом использовали показатели активности DAS-28, динамику уровня С-реактивного протеина (СРП), ревматоидного фактора в сыворотке крови, а также общая эффективность лечения РА у каждого больного индивидуально. Мониторинг клинических и лабораторных параметров осуществляли каждую неделю. Сравнительного изучения различных доз ремикейда не проводилось.

**Полученные результаты:** после однократного введения инфузии существенной динамики изучаемых параметров не наблюдалось, хотя по некоторым параметрам были положительные сдвиги. После третьей инфузии ремикейдом произошло достоверное снижение DAS-28 у всех больных, наиболее выраженное после окончания терапии ремикейдом. Уменьшение уровня СРП выявлено у 3 (60,0%) больных после первой инфузии ремикейдом; положительная динамика уровня РФ у всех пациентов наметилась после второго введения препарата. В целом лабораторные показатели нормализовались у 4 (80,0%) больных после четвертой инфузии ремикейда. Достоверное снижение показателей активности DAS-28, уровня С-реактивного протеина (СРП) и ревматоидного фактора в сыворотке крови имело место на протяжении всего периода лечения препаратом ремикейд у всех больных. Суммарная оценка

эффекта лечения после окончания терапии препаратом оказалась следующей: «хороший» эффект – 80,0%, «удовлетворительный» - 10,0%, «неудовлетворительный» – 10,0%. При лечении ремикейдом не отмечено каких-либо побочных или нежелательных эффектов, потребовавших его отмену или назначению других медикаментозных средств, способствующих уменьшению побочных действий.

**Обсуждение:** использование ремикейда в качестве болезнь-модифицирующего средства привело к снижению показателей активности DAS-28, уровня С-реактивного протеина (СРП), ревматоидного фактора в сыворотке крови у всех больных РА с наибольшей положительной динамикой при неоднократном препарата.

**Выводы:** препарат ремикейд обладают хорошей клинической и лабораторной эффективностью, поэтому он может быть рекомендован в качестве патогенетического средства у серопозитивных больных РА.

*Кузнецов В.И., Яшина Е.Ю., Грачева Т.Г., Шарапова В.И., Ильченко О.В.*

## ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА МОВАЛИС У БОЛЬНЫХ УРОГЕННЫМ АРТРИТОМ В СРАВНЕНИИ С ПРЕПАРАТОМ ВОЛЬТАРЕН

МУЗ КБСМП №15, Волгоград, Россия

**Целью** настоящего исследования явилась оценка терапевтической эффективности препарата мовалис у больных урогенным артритом (УА) в сравнении с эффективностью терапии вольтареном.

**Материалы:** в исследование включено 40 больных с диагнозом достоверного УА (критерии Агабабовой Э.Р.). Среди больных было 32 женщины и 8 мужчин в возрасте от 28 до 56 лет. У 32 пациентов (80,0%) выявлен уреаплазмоз, у 8 (20,0%) – хламидиоз. Клинико-анатомический вариант УА был представлен олигоартритом с преимущественным поражением суставов нижних конечностей. Больные получали антибактериальную терапию в зависимости от вида возбудителя. Все пациенты случайным образом разделены на 2 группы. Состав по возрасту, полу и тяжести заболевания существенно не различался. 20 больных УА получали мовалис 15 мг в сутки и составили основную группу; 20 пациентов принимали вольтарен 100 мг в сутки и были включены в контрольную группу. Длительность лечения составила 1 месяц.

**Методы:** при оценке эффективности терапии использовали клинические критерии: болевой индекс. длительность утренней скованности, суставной счет, индекс Ричи, индекс припухлости, число припухших суставов, окружность пораженных суставов, функциональный индекс Ли; данные рентгенографии пораженных суставов; лабораторные показатели: лейкоциты крови, СОЭ, С-реактивный протеин (СРП), альбумин-глобулиновый коэффициент, а

также общая эффективность лечения симптомов УА у каждого больного индивидуально. Мониторинг клинических и лабораторных параметров осуществляли каждые 2 недели.

**Полученные результаты:** исходные результаты в сравниваемых группах не различались. В основной группе больных средние значения пяти из семи изучаемых клинических показателей изменились достоверно: болевой индекс, длительность утренней скованности, индекс Ричи, индекс припухлости, число припухших суставов. Из лабораторных показателей наблюдалось уменьшение СОЭ, снижение уровня СРП. Прогрессирования деструкции костной ткани не выявлено. В контрольной группе достоверная положительная динамика обнаружена по четырем клиническим показателям (болевой индекс, индекс Ричи, индекс припухлости, число припухших суставов) и по одному лабораторному показателю (СРП). Отрицательной динамики рентгенологической картины заболевания в контрольной группе не выявлено. В основной группе больных УА снижение болевого индекса обнаружено у 18 пациентов (90,0%), индекса Ричи и припухлости – у 12 пациентов (60,0%). Среди пациентов контрольной группы уменьшение болевого индекса, индекса Ричи и припухлости выявлено у 18 больных (90.0%). Абсолютное количество больных с положительной динамикой клинических и лабораторных параметров УА было одинаковым в обеих группах (18 человек).

**Обсуждение:** сравнение эффективности лечения мовалисом и вольтареном показало, что оба препарата имели приблизительно одинаковую клиническую и лабораторную эффективность.

**Выводы:** препараты мовалис и волтарен обладают существенной анальгетической и противовоспалительной активностью, позволяющей эффективно воздействовать на основные признаки суставного воспаления при УА, что позволяет рекомендовать эти средства как эффективные средства для данной патологии.

*Кузьмин А.М., Кирпикова М.Н., Львов С.Е., Назарова О.А.*

# ВЗАИМОСВЯЗЬ ЧАСТОТЫ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА У ЖИТЕЛЕЙ Г. ИВАНОВО

ГОУ ВПО "Ивановская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", г. Иваново

В настоящее время остеопороз (ОП) привлекает большое внимание исследователей и врачей различных специальностей. Согласно рекомендациям ВОЗ изучение распространенности ОП и связанных с ним переломов в разных регионах и группах населения является актуальной задачей, решение которой позволит проводить эффективные стратегии лечения и профилактики. Многочисленные исследования убедительно доказали, что костная масса на 75-80% определяет прочность кости. Цель исследования: изучить взаимосвязь показателей минеральной плотности костной ткани и частоты переломов проксимального отдела бедренной кости в различных половых и возрастных группах жителей г. Иваново.

Оценка частоты переломов проводилась за период 2000-2004 годы у жителей города Иваново по данным медицинской документации Ивановского областного госпиталя для ветеранов войн и Ивановской городской клинической больницы № 7. Пациентам (n=500), обратившимся в городской кабинет профилактики остеопороза на базе геронтологического центра, проводилась оценка МПКТ в заднепередней проекции позвоночника и проксимальных отделах бедренной кости методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) на остеоденситометре Delphi A (Hologic).

За 5 лет было зарегистрировано 1676 случаев переломов проксимального отдела бедренной кости. Отмечается достоверный рост переломов проксимального отдела бедренной кости с 84,6 до 110,7 человек на 100 тыс. населения, то есть в 1,3 раза, в том числе у женщин в 1,35 раза, у мужчин - 1,22 раза. Среди пострадавших 65,2% составляют женщины. Максимальное количество переломов выявлено в возрастной группе старше 70 – 80 лет (128 и 331 у мужчин и женщин, соответственно). Частота переломов у женщин в возрасте от 60 до 70 лет выше в 2,4 раза ($p<0,001$), а у мужчин в 1,8 раза по сравнению с возрастной группой до 55 лет ($p<0,001$). При исследовании МПКТ в различных возрастных группах оказалось, что МПКТ осевого скелета и шейки бедра у пациентов 55 лет и старше достоверно ниже ($p<0,005$), по сравнению с соответствующими показателями возрастной группы 25-29 лет. При обследовании лиц 70 и старше лет (n= 104) были получены самые низкие показатели МПКТ - 0,67 ± 0,01; ни в одной другой возрастной группе столь низких средних значений МПКТ шейки бедра не получено. При сравнении групп пациентов, разделенных по полу, оказалось, что женщины в целом имеют достоверно ($p<0,05$) более низкую МПКТ проксимальных отделов бедренной кости и шейки бедра (0,72 ± 0,01; n=450), по сравнению с мужчинами (0,77 ± 0,02; n=50), и не отличаются по показателям МПКТ позвоночника.

Таким образом, за последние 5 лет отмечается достоверный рост переломов проксимального отдела бедренной кости с преобладанием женщин среди пострадавших. Наибольшее количество переломов шейки бедра приходится на группу старше 70 лет и соответствует показателям МПКТ при остеоденситометрии бедра ниже 0,700 г/см2 в данной возрастной группе, что свидетельствует о высоком риске перелома бедра. Это согласуется с общепринятыми представлениями о сенильном остеопорозе, при котором исследование МПКТ проксимальных отделов бедра имеет наибольшее значение для оценки риска перелома. Проведенное исследование позволило выявить распространенность переломов проксимальных отделов бедра в различных возрастных группах г.Иваново и ведущую причину переломов у женщин старше 50 лет – снижение костной плотности и развитие остеопороза. Исследование обосновывает необходимость проведения активного медикаментозного лечения остеопороза в регионе и его последствий в медицинских учреждениях травматологического профиля, где возможно проведение самой массовой третичной профилактики остеопороза.

*Лупашку-Волентир Феличия Ф.*

# ИЗУЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ СО СМЕШАННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Кафедра внутренних болезней N1 факультета усовершенствования врачей Медицинского государственного университета им.Н.Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова

Среди ревматических заболеваний особой сложностью диагностики выделяется смешанная болезнь соединительной ткани (СБСТ), которая включает ряд признаков, свойственных таким заболеваниям, как системная красная волчанка (СКВ), системная склеродермия, полиомиозит и ревматоидный артрит. Следует отметить, что СБСТ довольно слабо изучена и в научной литературе встречаются противоречивые мнения по поводу диагностико-терапевтических мер при этом заболевании.

СКВ является общей, генерализованной болезнью с хроническими воспалительными процессами, поражает особенно кожу, серозные оболочки, суставы, почки, кроветворную систему, которые ассоциируются с рядом дисфункций иммунной системы.

СКВ встречается в основном у лиц женского пола в возрасте 10-40 лет. Частота встречаемости болезни возрастает особенно в семьях с больными СКВ, что свидетельствует о генетической предрасположенности к данному заболеванию, а также у больных с другими автоиммунымми заболеваниями. СКВ начинается внезапно и остро. Обычная картина молодой женщины с данной болезнью состоит в проявлении высокой температуры, артралгий/артритов, кожных эрупций, похудении, серозиты (плеврезии, перикар-

дита, перитонита), а также ряда поражений - кардиоваскулярных (эндокардит, миокардит, коронарные дисфункции, васкулит, артериальные и венозные тромбозы), легочных (волчаночный пневмонит), почечных (мезангиальный гломерулонефрит – очаговый или диффузный, пролиферативный), невропсихических (конвульсии, острые головные боли, периферические невропатии, васкулярные мозговые поражения, психозы, потеря интеллектуальных функций – ориентация, память и др.). Цель настоящей работы - выявление биохимических и клинических особенностей СБСТ и СКВ.

Исследования проводили на основе показателей, полученных у 40 пациентов женского пола среднего возраста, больных СБСТ и СКВ, таких как СОЭ, мм/час. (1), количество лейкоцитов $10^{-9}$/л (2) и тромбоцитов, % (3), ревматоидный фактор, Ед/л (4), АЛАТ, ммоль/л (5), сывороточный креатинин и мочевина, ммоль/л (6,7), протеинурия, г/л (8), суточная потеря белка (СПБ), г/л (9), лейкоцитурия (кол-во) (10), эритроцитурия (кол-во) (11) и клинических показателей (степень легочного поражения, легочная гипертензия, вальвулярная недостаточность, пневмонит, артриты/артралгии крупных и мелких суставов, синдром Рейно, кожные поражения и поражение нервной системы). Статистическая обработка данных проведена в пакете программ STATISTICA.

Существенные отличия между изученными группами больных были выявлены в отношении признаков 4, 6, 8, 9, 11, которые составили 40,8; 0,07; 0,02; 0,05; 0,00 соответственно для больных со СБСТ и 4,0; 0,14; 0,25; 0,22; 9,07 для больных с СКВ (различия достоверны при $p \leq 0,05$). Результаты свидетельтвуют о более выраженных воспалительных процессах у больных СКВ. Отмечается, что частота легочных, почечных поражений и вальвулярной недостаточности выше у больных СБСТ, а частота артритов/артралгий крупных и мелких суставов, кожных поражений и поражений нервной системы – у больных с СКВ.

Качественные показатели жизненного уровня, установленные нами согласно стандарту HAQ (*Health Answer Questenary*), более низкие у больных с СКВ, что объясняется высокой агрессивностью болезни.

*Магдеева Н. А., Ребров А. П.*

## ФАКТОР ВИЛЛЕБРАНДА КАК МАРКЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ПОДАГРЕ

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», г. Саратов

Подагра – это заболевание, основой которого является хроническое воспаление, связанное с отложением кристаллов моноурата натрия вследствие гиперурикемии. Известно, что эндотелий сосудов участвует во всех фазах острого и хронического воспаления. Повреждение эндотелия является маркером активности воспалительных реакций и фактором риска прогрессирования атеросклероза.

**Цель исследования:** выявить наличие эндотелиальной дисфункции (повреждение эндотелия) у больных подагрой путем определения активности фактора Виллебранда.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 40 больных первичной подагрой (32 мужчины и 8 женщин), средний возраст 52,88±2,08 (от 30 до 76 лет). Диагноз подагры был определен на основании классификационных критериев Wallace и соавт., рекомендованных ARA в 2001 г. Критериями невключения являлись наличие ассоциированных с АГ состояний (в том числе, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца), сопутствующие хронические болезни в стадии обострения, острый приступ подагрического артрита. Все обследованные пациенты страдали АГ (длительность болезни от 1 года до 30 лет), риск был расценен как высокий и очень высокий. Группу сравнения составили 20 пациентов с артериальной гипертензией, сопоставимых по возрасту, полу, сопутствующей патологии. Для оценки повреждения эндотелия у всех больных использовалось определение активности фактора Виллебранда, основанное на его способности вызывать агглютинацию тромбоцитов. Известно, что в нормальной плазме здоровых лиц активность фактора Виллебранда составляет 50-150%.

**Результаты.** В группе больных подагрой средняя активность фактора Виллебранда составила 185±9%, среди больных артериальной гипертензией активность фактора Виллебранда была достоверно меньше ($p < 0,05$) и находилась в пределах нормальных величин – 151,52±12,38%, что свидетельствует о наличии повреждения эндотелия при подагре. При динамическом наблюдении на фоне терапии и снижении уровня урикемии у больных подагрой через 3 месяца активность фактора Виллебранда снизилась и составила 144±12,03%. Выявленные отличия были статистически значимыми ($p<0,01$).

**Выводы.** У больных подагрой выявлена эндотелиальная дисфункция (повреждение эндотелия), которая не была связана с наличием артериальной гипертензии, но возможно явилась следствием хронического воспаления, воздействия гиперурикемии на сосудистую стенку. Определение активности фактора Виллебранда может использоваться в качестве маркера повреждения эндотелия у больных подагрой.

*Майко О.Ю., Багирова Г.Г., Попова Л.В.*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КУРСОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА ПРЕПАРАТОМ ЦЕЛЬ Т

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

**Цель**. Определить клинико-экономическую эффективность длительного курсового лечения остеоартроза крупных суставов препаратом цель Т.

**Материал и методы.** В исследование включено 60 больных, обратившихся в поликлинику с обострением остеоартроза (ОА) тазобедренных и ко-

ленных суставов. Среди больных женщин было почти вдвое больше, чем мужчин (72% и 38% соответственно). Возраст больных колебался от 41 до 67 лет, преобладали лица от 51 до 60 лет (57%). У большинства (83%) пациентов длительность ОА не превышала 10 лет. Преобладала I стадия процесса (62%) и только у единичных больных была III стадия – 7%. В исследование включались пациенты с преимущественным поражением коленных и тазобедренных суставов, удовлетворяющие диагностическим критериям Американского Колледжа Ревматологов (АКР, 1991), имеющие I-III стадии по Kellgren, с выраженностью болевого синдрома по ВАШ ≥ 4 см, необходимостью приема НПВП. Все пациенты давали информированное согласие на включение в исследование. В исследование не включались лица с соматическими заболеваниями, осложненными нарушением функции пораженных органов и систем, эндокринной патологией. Всем больным были проведены полное клиническое и артрологическое обследование, рентгенография и УЗИ суставов на аппарате «Алока ССД-630» (Япония). При наличии у больного нескольких пораженных суставов клинические данные оценивались по наиболее пораженному суставу. Стадия процесса определялась по классификации Kellgren. Клинические данные дополнялись проведением оценки качества жизни больных по утвержденным опросникам SF-36, HAQ и ВАШ.

Больные получали препарат цель Т, который назначался трехмесячными курсами по 1 таблетке 3 раза в день сублингвально в сочетании с НПВП (найз) в течение 14 дней. Интервал между курсами был 3 месяца. 30 больных получили 4 курса. Контрольное обследование больных всех групп было проведено спустя месяц и затем каждые 3 месяца от начала регулярного лечения. Критерием эффективности лечения была положительная динамика всех клинических параметров и показателей КЖ и потребность в использовании НПВП.

**Результаты.** У больных, получавших препарат цель Т, наблюдалось волнообразное течение процесса, при котором было отмечено улучшение уже после первого и всех остальных курсов лечения с последующими ухудшениями спустя некоторое время. Так, все клинические параметры и показатели КЖ начиная с 3 месяцев от начала лечения, были статистически достоверно лучше ($p<0,05$) исходных и только через 24 месяца от начала лечения 3 клинических параметра (ходьба по лестнице, ходьба по прямой и индекс Лекена) и 3 показателя по шкалам КЖ опросника SF-36 (ролевое физическое функционирование, ролевое эмоциональное функционирование и социальное функционирование) уже достоверно не отличались от исходных ($p>0,05$).

Рентгенологические изменения при использовании цель Т были достаточно стабильными на протяжении двух лет наблюдения. Так, на протяжении первого года нарастание сужения рентгеновской суставной щели было отмечено у 7% больных, а к концу второго года исследования увеличение сужения суставной щели отмечалось в 12% случаев, а прогрессирование стадии процесса в 7%. Динамика данных УЗИ суставов подтверждала положительную динамику клинических данных. Если до лечения тендинит в сочетании с синовитом имел место у большинства больных (80% случаев), то к концу первого года от начала курсового лечения указанные процессы сохранились в 42% случаев, а нормализация данных УЗИ отмечалась в 22%. К концу вто-

рого года синовит с тендинитом сохранялись у 23% больных, а нормализация данных УЗИ отмечалась в 50% случаев.

**Выводы.** Выявлена достаточно высокая клиническая эффективность данного препарата при I-II стадии ОА крупных суставов.

*Майко О.Ю., Багирова Г.Г., Ткаченко И.В., Климова О.П., Позднякова Е.С.*

# ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

**Актуальнось.** В настоящее время активно обсуждается вопрос о возможности атеросклеротического поражения сердца и сосудов при аутоиммунных ревматических заболеваниях, в том числе при ревматоидном артрите (РА). Известно, что основную роль играют не только общие иммуновоспалительные механизмы, но и побочные эффекты лекарственных препаратов, используемых для его лечения.

**Цель исследования:** оценить функциональное состояние сердца у больных ревматоидным артритом по данным эхокардиографии (ЭхоКГ).

**Материалы и методы.** В условиях двух муниципальных поликлиник г. Оренбурга нами было обследовано 15 больных РА, состоящих на диспансерном учете у врача-ревматолога. Проводилось клиническое (с оценкой липидного спектра крови) и артрологическое исследование (выраженность суставного синдрома - суставной счет по 28 суставам, боль по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), утренняя скованность), рентгенография суставов, ЭКГ и ЭхоКГ.

**Результаты.** Все больные РА были женского пола, в возрасте от 43 до 56 лет (средн. 48,5±1,0 г.), средней продолжительностью РА 8,6±1,0 г. Серопозитивный РА диагностирован у 9 больных (60%), серонегативный - у 6 чел. (40%). Активность РА I степени выявлена у 46,7% пациентов, II степени - у 53,3%. II рентгенологическая стадия РА была у 8 пациентов (53,3%), III – у 4 (26,7%) , IV – у 3 (20%). Функциональная недостаточность суставов II степени выявлена у 9 (60%), I – у 6 больных (40%). У большинства пациенток (60%) сопутствующим заболеванием была артериальная гипертензия. Для оценки суставного синдрома использовалась выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ, которая составила от 60 до 90 мм (средн. 78,52±2,64 мм). Продолжительность утренней скованности колебалась в пределах 170-240 минут, суставной счет составил 9-28 суставов. Лечение проводилось у 8 пациенток (53,3%) метотрексатом в дозе 15 мг в неделю, у 2 больных (13,3%) дополнительно назначался преднизолон в дозе 10 мг в сутки, остальные (46,7%) получали только НПВП. Колебания уровня общего холестерина отмечались от 5,2 до 6 ммоль/л (средн. 5,6 ±0,67). По данным

ЭхоКГ у 10 больных (66,7%) выявлено уплотнение стенок аорты и створок аортального клапанов, аортальная и митральная регургитация I-II степени. У 3 пациенток (20%) отмечалась трикуспидальная регургитация I-II степени. У 1 больной был выявлен порок сердца (сочетание аортальной и митральной недостаточности), у 2 больных – перикардит, у 4 - гипертрофия преимущественно межжелудочковой перегородки. Показатели фракции выброса (ФВ) колебались от 45% до 75% (средн. 68,5±2,62 ). Значительное снижение ФВ было только у 2 пациенток с клиническими признаками сердечной недостаточности II Б стадии.

**Заключение.** Характер патологических изменений сердечно-сосудистой системы у больных РА обусловлен не только самим заболеванием, но имеет и признаки поражения атеросклеротической природы.

*Макаров М.А., Никонова Л.В., Кучумова Т.В.*

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

**Цель.** Изучение нарушений периферического кровотока (ПК) и микрогемоциркуляции (МГ) у больных ревматоидным артритом (РА) и возможности их коррекции с использованием физических факторов (один из разделов восстановительной терапии) на фоне медикаментозной терапии (МТ), одинаковой для всех наблюдаемых больных в течение 15 лет.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 619 больных РА в возрасте от 15 до 79 лет, с давностью заболевания от 0,5 года до 30 лет, с различной активностью процесса (женщин - 431, мужчин - 188) В зависимости от комплексного лечения больные РА были разделены на 5 групп: I группа - 11 больных получали диуцифон в диметилсульфоксиде (ДМСО) электрофорез - новый способ лечения (Патент РФ RU № 2102091C1); II группа - 48 человек - гелий неоновое лазерное излучение (ГНЛИ) в новых дозировках и способах лечения; III группа (152 человека) - переменное магнитное поле низкой частоты (ПеМПНЧ); IV группа - 118 человек - электромагнитные волны сверхвысокой частоты (СВЧ) дециметроволнового (ДМВ) и сантиметроволнового (СМВ) диапазонов; V - группа сравнения (290 человек) - только МТ. Контрольную группу составили 75 клинически здоровых лиц в возрасте от 15 до 70 лет. Инструментальный комплекс исследований и определение содержания общих сульфгидрильных (SH) групп позволил достоверно представить состояние системы МГ и ПК. Составляющие расстройства кровотока включали внесосудистые, сосудистые и внутрисосудистые изменения.

**Результаты.** До комплексного лечения у больных РА зафиксированы резкие нарушения кровотока, коррелирующие с тяжестью клинической картины заболевания. После лечения с применением диуцифон в ДМСО элек-

трофореза систолический приток достоверно повышается и реографический индекс (РИ) достигает 1,443±0,0093 (норма 1,406±0,0079). Улучшается кровенаполнение средних и мелких артериальных сосудов (Vср= 0,611±0,0952 Ом/с; p<0,05). Наблюдается восстановление линейной скорости кровотока (ЛСК) и ее показатель - 20,491±6,169 см/с - приближается к норме. Не обнаружено атоничных и спазмированных сосудов, периваскулярного отека, исчезли артериоло-венулярные анастомозы. Кровоток в сосудах становится равномерным; при высокой активности наблюдается лишь начальная степень феномена сладжирования. У больных РА значительно увеличивается содержание общих сульфгидрильных (SH) групп до 310,756±11,526 мкмоль/мл (p<0,05). После применения ГНЛИ ЛСК достигает значений 23,218 ±7,256 см/с. После курсового лечения СОЭ снизилась с 41,100±3,273 до 18,200±2,534 мм/ч (p<0,05). При назначении ПеМПНЧ наблюдается уменьшение периваскулярного отека после первой же процедуры. Улучшается венозный отток (Ac/Ad = 2,182±0,1759; β = 0,453±0,0477с; α/β = 0,213±0,0301с), нормализуются структурные свойства сосудов, их эластичность (α/T ×100 - 15,280±0,7413; ПЗК = 0,617±0,0839). После применения СВЧ систолический приток улучшается более демонстративно на ногах. Магистральный кровоток усиливается особенно вокруг болезненных суставов на руках. СОЭ снижается с 46,920±2,390 до 24,480±2,520 мм/ч после ДМВ, и с 44,500±3,311 до 22,650±2,700 мм/ч после СМВ. В группе больных, получавших только МТ, СОЭ не снижается (29,780±2,610 и 30,560±2,374 мм/ч соответственно до лечения и после).

**Выводы.** Диуцифон в ДМСО электрофорез рекомендуется проводить больным РА 3 раза в год при минимальной, средней и высокой степенях активности. ГНЛИ назначается 1 раз в год независимо от степени активности патологического процесса. ПеМПНЧ назначается больным РА при I, II степенях активности с висцеральными поражениями и без них 1-2 раза в год. СВЧ ДМВ и СМВ диапазонов следует назначать больным РА с системными проявлениями и без них при I, II, III степенях активности 1 раз в год. Все предложенные комплексы восстановительной терапии можно чередовать в течение года, учитывая состояние МГ и ПК.

*Мартемьянов В.Ф., Давидян В.С., Кузнецов В.И., Морозова Т.А., Чернов А.С.*

# ЭНЗИМНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА, ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА И ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; Волгоград

Анкилозирующий спондилоартрит (АС), остеохондроз поясничного отдела позвоночника (ОПОП) и псориатический артрит (ПсА), особенно его спондилоартритическая форма, протекающая без кожных проявлений псориаза,

нередко весьма сходны по клинической симптоматике, и дифференциальная диагностика этих заболеваний представляет в некоторых случаях определенные трудности

**Цель исследования.** Изучить возможность использования показателей активности некоторых энзимов пуринового метаболизма в дифференциальной диагностике АС, ПсА и остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

**Материал и методы**. Под наблюдением находились 62 больных АС, 32 больных ПсА (спондилоартритическая форма) и 16 больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника. Контингент больных АС был представлен 56 мужчинами и 6 (9,7%) женщинами. Средний возраст больных – 37,5±1,2 лет, продолжительность болезни -12,8±0,7 лет. Среди больных ПсА были 16 (66,7%) мужчин и 8 женщин. Средний возраст больных – 41,9±3,5 лет, продолжительность болезни -9,5±0,9 лет. Основную группу больных остеохондрозом составили также мужчины – 11 (68,8%). В сыворотке крови больных определялась активность гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ) общепринятыми методами. Средний возраст больных – 41,9±1,1 лет, продолжительность болезни -5,2±0,3 лет. Контрольную группу составили 35 практически здоровых людей.

**Результаты исследований.** В сыворотке крови здоровых людей активность (мкмоль/л/мин) КО составила 3,59±0,06; ГДА - 1,10±0,03; ГЗДА – 2,12±0,04; ПНФ – 0,88±0,02. у больных АС по сравнению со здоровыми определялась более высокая активность КО ($p<0,001$), ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), ГФ ($p<0,001$) и более низкая активность ГЗДА ($p<0,001$). У больных остеохондрозом по сравнению со здоровыми выше активность КО ($p<0,01$) и ниже ГЗДА ($p<0,01$). У больных ПсА по сравнению со здоровыми выше активность КО ($p<0,001$), ГДА ($p<0,05$), ПНФ ($p<0,001$) и ниже активность ГЗДА ($p<0,001$). То-есть, при всех трех заболеваниях отмечается некоторая однонаправленность энзимных изменений, но, тем не менее, между всеми заболеваниями наблюдаются существенные энзимные различия. Так, у больных АС по сравнению с больными ОПОП выше активность КО ($p<0,01$), ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), ГФ ($p<0,001$) и ниже активность ГЗДА ($p<0,001$); по сравнению с больными ПсА, ниже активность КО ($p<0,001$), ГЗДА ($p<0,001$), выше активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$) и ГФ ($p<0,001$). У больных ПсА по сравнению с больными ОПОП выше активность КО ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$) и ГФ ($p<0,001$). Если же ориентироваться не на среднестатистические величины активности энзимов, а на индивидуальные энзимные показатели, то при ОПО активность ПНФ всегда ниже 1 мкмоль/л/мин, ГФ – меньше 2 мкмоль/л/мин, а при АС активность ПНФ и ГФ у всех больных выше этих величин. У больных ПсА в большинстве случаев активность КО больше 5 мкмоль/л/мин, ГФ – не превышает 2 мкмоль/л/мин, а у больных АС активность КО меньше 5 мкмоль/л/мин, а ГФ – больше 2 мкмоль/л/мин.

**Заключение**. В трудных клинических ситуациях при дифференциации АС, ПсА и остеохондроза позвоночника, когда для уточнения диагноза не хватает клинических и инструментальных признаков, определение активности КО, ПНФ, ГФ может существенно помочь в дифференциации этих заболеваний.

*Мартемьянов В.Ф., Герусов Ю.И., Хортиева С.С., Стажаров М.Ю., Мозговая Е.Э., Агафонова Н.Л.*

# АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ АДЕНИЛОВОЙ ВЕТВИ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН

Ферменты адениловой ветви пуринового метаболизма (ПМ): аденозиндезаминаза (АДА), АМФ-дезаминаза (АМФДА) и адениндезаминаза (АД) играют важную роль в регуляции синтеза и распада предшественников нуклеиновых кислот, пластических и энергетических процессов, сосудистого тонуса, и поэтому изучение их активности имеет важное значение в познании патогенетических механизмов многих заболеваний, в том числе и при остеоартрозе (ОА). Кроме того, вышеуказанные энзимы весьма чувствительны к изменениям различных метаболических процессов в организме.

**Цель исследования.** Изучить активность АДА, АМФДА, АД в плазме крови больных ОА в зависимости от интенсивности воспалительного процесса в суставах.

**Материал и методы.** Под наблюдением в условиях стационара находились 52 больных ОА, из которых 16 (30,8%) мужчин и 36 (69,2%) женщин. Средний возраст больных – 51,8±2,5 лет, продолжительность болезни – 10,8±4,6 лет. Явления выраженного синовита определялись в суставах у 36 (69,2%) больных, маловыраженного синовита – у 16 (30,8%) больных. В плазме крови всех больных определялись активности АДА, АМФДА, АД по общепринятым методикам (Martinek R., 1963; Sakai T. et al., 1978). Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей. Результаты исследований обрабатывались методами вариационной статистики с использованием ПП «Statistika 6.0».

**Результаты исследований**. В плазме крови активность (в нмоль/мин/мл) АДА составила 7,28±0,16; АМФДА – 1,43±0,08; АД – 2,79±0,06. У больных ОА (всей группы) при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, определялось повышение активности АДА ($p<0,01$), снижение активности АМФДА ($p<0,05$) и АД ($p<0,001$). По окончании курса лечения, по сравнению с начальным этапом, отмечалась положительная динамика как клинического состояния больных, так и энзимных показателей: значительно снизилась активность АДА ($p<0,001$), повысились ранее сниженные активности АМФДА и АД ($p<0,001$). Среднестатистические величины активности всех энзимов перед выпиской не имели отличий от здоровых лиц.

У больных ОА с клинически выраженным синовитом при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, отмечалось повышение активности АДА (p<0,001), снижение активности АД (p<0,001) и АМФДА (p<0,05). У больных ОА с клинически маловыраженным синовитом, по сравнению со здоровыми, статистически значимо только снижение активности АД (p<0,01). Сравнительные исследования показали, что у больных ОА с выраженным синовитом, по сравнению с больными ОА с маловыраженным синовитом, выше активность АДА (p<0,001), ниже активность АМФДА (p<0,001) и АД (p<0,001).

**Заключение.** У больных ОА в плазме крови выявлены существенные изменения активности энзимов адениловой ветви ПМ. Чем более выражены воспалительные изменения в суставах, тем выше активность АДА и ниже активности АМФДА и АД.

*Мартемьянов В.Ф., Кузнецов В.И., Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Ермолаева Н.А.*

## ОСОБЕННОСТИ ЭНЗИМНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; Волгоград

В клинической практике достаточно сложно проводить дифференциальную диагностику между ревматоидным артритом (РА) и ревматоидноподобной формой псориатического артрита (ПсА), так как по клиническим проявлениям оба заболевания довольно похожи. Если же ПсА протекает без специфического поражения кожи, а к типичному классическому Ра присоединяется псориатическое поражение кожи, то ситуация с диагностикой затрудняется еще в большей степени. Поэтому дифференциальная диагностика Ра и ПсА является актуальной проблемой в ревматологии.

**Цель исследования.** Изучить возможность использования отдельных показателей активности энзимов пуринового метаболизма в дифференциальной диагностике РА и ревматоидноподобной формы ПсА.

**Материал и методы**. Под наблюдением находились 32 больных ПсА с ревматоидноподобной формой, из которых 20 (62,5%) женщин и 12 (37,5%) мужчин. Средний возраст больных – 45,5±2,0 лет. У всех больных были кожные проявления псориаза: в 34% случаев – вульгарный псориаз, в 46,9% - пустулезно-бляшечная форма, в 18,8% - экссудативный монетовидно-бляшечный псориаз, распространенная форма. Средняя длительность артрита – 4,22±0,5 лет. I степень активности патологического процесса отмечалась у 16 больных, II степень – у 12 и III степень – у 4 больных. Группу сравнения представляли 18 больных Ра, из которых 6 мужчин и 12 женщин. Средний возраст больных – 42,8±1,2 лет, продолжительность заболевания – 5,8±0,9 лет. I степень активности определялась у 7больных, II степень – у 11 больных. В сыворотке крови больных Ра и ПсА определялась активность гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ) общепринятыми методами. Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей.

**Результаты исследования**. В сыворотке крови здоровых людей активность ГДА составила 1,09±0,07 МЕ, ГЗДА – 2,31±0,21 МЕ, ПНФ – 0,86±0,05 мкмоль/л/мин., ГФ – 1,86±0,05 мкмоль/л/мин. У больных ПсА с I степенью активности процесса при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, выше активность ГДА ($p<0,05$) и ниже активность ГФ ($p<0,01$). У больных ПсА с II степенью активности процесса, по сравнению со здоровыми, выше активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,05$) и ниже активность ГФ ($p<0,01$). У больных ПсА с III степенью активности процесса выше активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,05$) и ниже активность ГФ ($p<0,05$). У больных РА с I степенью активности процесса, по сравнению со здоровыми, выше активность ГДА ($p<0,05$), ГФ ($p<0,05$) и ПНФ ($p<0,001$). У больных Ра с II степенью активности патологического процесса, по сравнению со здоровыми, выше активность ГДА ($p<0,001$), ГФ ($p<0,001$) и ПНФ ($p<0,001$). Сравнительные исследования показали, что у больных ПсА с ревматоидноподобной формой и I степенью активности патологического процесса, по сравнению с больными РА с такой же активностью процесса, выше активность ГЗДА ($p<0,001$), но ниже активность ГДА ($p<0,05$), ГФ ($p<0,001$) и ПНФ ($p<0,001$). У больных ПсА с II степенью процесса по сравнению с больными РА с II степенью выше активность ГЗДА ($p<0,001$), но ниже активность ГФ ($p<0,001$) и ПНФ ($p<0,001$). То-есть, между этими двумя заболеваниями, несмотря на похожесть клинических проявлений, обнаружены существенные энзимные различия. При дифференциации этих заболеваний рекомендуется особо обращать внимание на активность ГЗДА, которая при РА ниже, чем у здоровых, и на активность ГФ (при РА выше, а при ПсА – ниже, чем у здоровых).

**Заключение**. Определение активности ГДА, ГЗДА, ГФ и ПНФ в сыворотке крови в комплексе с клинико-инструментальными данными способствует дифференциальной диагностике РА и ревматоидноподобной формы псориатического артрита.

*Мартемьянов В.Ф., Фофанова Н.А., Некрасова С.П., Красильников А.Н., Григорьянц Р.С.*

## АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГУ НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) (по старой классификации — ревматизм, неактивная фаза) занимает одно из первых мест по летальности среди ревматических болезней. Причины прогрессирования сердечной недостаточности, формирования новых пороков сердца вне обострения (повторная ревматическая лихорадка) являются предметом дискуссий и до настоящего времени остаются неясными. Представлялось интересным изучить энзимный профиль крови больных ХРБС вне обострения в сравнении со здоровыми.

**Цель исследования.** Изучить особенности активности некоторых энзимов пуринового метаболизма в сыворотке крови больных ХРБС вне обострения.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 37 больных ХРБС, из которых 26 (70,3%) женщин и 11 (29,7%) мужчин. Средний возраст больных — 48,5±1,9 лет, продолжительность заболевания — 21,8±2,3 года. У всех больных определялись пороки сердца с преобладанием комбинированного митрального порока. У 31 больного определялась Н-2А стадия недостаточности кровообращения, у 6 — Н-2Б стадия. Лечение проводилось без НПВП, антибиотиков с использованием диуретиков, дигоксина, вазодилататоров, ингибиторов АКФ. У всех больных в сыворотке крови определялись активности энзимов пуринового метаболизма: ксантиноксидазы (КО), ксантиндегидрогеназы (КДГ), гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ), пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ), аденозиндезаминазы (АДА). Контрольную группу составили 35 практически здоровых людей.

**Результаты исследования.** При поступлении на лечение у больных ХРБС, по сравнению со здоровыми, выше активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), КО ($p<0,001$), АДА ($p<0,001$), снижение активности ГЗДА ($p<0,001$) и ГФ ($p<0,01$). По окончании курса лечения отмечалась положительная динамика всех энзимных показателей, активность которых не имела отличий от здоровых лиц. Исключение составила лишь активность ГДА, которая значительно снизилась, но осталась выше, чем у здоровых ($p<0,001$).

У больных с Н-2А стадий, по сравнению со здоровыми, выше активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), КО ($p<0,001$), АДА ($p<0,001$), ниже активность ГЗДА ($p<0,01$) и ГФ ($p<0,01$). У больных с Н-2Б стадией, по сравнению со здоровыми, выше активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), КО ($p<0,001$), АДА ($p<0,001$), но ниже активность ГЗДА ($p<0,01$) и ГФ ($p<0,01$). При Н-2А стадии, по сравнению с Н-2Б стадией, выше активность ГЗДА ($p<0,01$), ГФ ($p<0,001$), КДГ ($p<0,05$), но ниже активность ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), КО ($p<0,05$) и АДА ($p<0,01$).

**Заключение.** Проведенные исследования выявили существенные изменения активности большинства энзимов пуринового метаболизма у больных ХРБС вне периода обострения. В то же время показано, что активность изученных энзимов в значительной мере зависит от выраженности сердечной недостаточности, и чем больше стадия недостаточности кровообращения, тем ниже активность ГЗДА, ГФ, КДГ, но выше активность ГДА, ПНФ, КО и АДА. Высказаться определенно, что же влияет на энзимный профиль крови: вялотекущий воспалительный процесс в миокарде или эти изменения активности энзимов обусловлены сердечной декомпенсацией, не представляется возможным. Это связано с тем, что у нас нет прямых доказательств наличия клинико-иммуно-биохимических проявлений воспалительного процесса у обследованных больных. Кроме того, нам не удалось провести энзимные исследования у больных, перенесших острую ревматическую лихорадку и не имеющих клинических проявлений недостаточности кровообращения, но работы в этом направлении проводятся.

*Мартемьянов В.Ф., Хафис Эйса Сибхан, Стажаров М.Ю., Бедина С.А., Ермолаева Н.А.*

# ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ КСАНТИНОКСИДАЗЫ, КСАНТИНДЕГИДРОГЕНАЗЫ И 5'- НУКЛЕОТИДАЗЫ В ЛИЗАТАХ ЛИМФОЦИТОВ И ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

Вопросы взаимосвязей между ограниченными формами красной волчанки, в том числе и дискоидной, и системной красной волчанкой (СКВ) до настоящего времени являются дискутабельными. Сходность клинических, иммунных, биохимических, морфологических изменений при дискоидной красной волчанке (ДКВ) и СКВ приводят многих дерматологов к заключению об общности процессов при этих заболеваниях и что ДКВ является одной из стадий эволюции СКВ (Главинская Г., 1999, 2001; Скрипкин Ю., 2000). Известно достаточно много случаев трансформации ограниченных форм КВ в СКВ Лелис И., 1980; Лосева В., и др., 2001). Поэтому вопросы дифференциации этих двух форм КВ являются достаточно актуальными как в ревматологии, так и в дерматологии.

**Цель исследования.** Выявить сходность и различия активностей ксантиндегидро-геназы (КДГ), ксантиноксидазы (КО) и 5'- нуклеотидазы (5'-НТ) в плазме крови больных ДКВ и СКВ.

**Материал и методы**. Под наблюдением находились 54 больных СКВ и 24 больных ДКВ. Среди больных СКВ были 49 (90,7%) женщин и 5 (9,3%) мужчин. Средний возраст больных – 39,9±1,2 года, продолжительность болезни – 7,2±0,5 лет. Среди больных ДКВ были 15 (62,5%) женщин и 9 (37,5%) мужчин. Средний возраст больных ДКВ – 39,4±2,2 года, длительность болезни – 4,78±0,9 лет. Характерными признаками для ДКВ были эритема, инфильтрация в очагах кожи, фолликулярный гиперкератоз. Наиболее частой локализацией очагов поражения на коже были спинка носа (25%), щёк, волосистой части головы (12,5%), слизистые полости рта – 8,3%. Прогрессирование процесса сопровожда-лось появлением на эритематозном фоне очагов мелких беловатых чешуек, при снятии которых были видны мелкие шипики. Контрольная группа была представлена 33 практи-чески здоровыми людьми. В лизатах лимфоцитов и плазме крови всех больных СКВ, ДКВ и здоровых людей определялись активность КО, КДГ и 5'-НТ общепринятыми методами (Дячина Е., 1973; Wood R. et al., 1981; Devenui Z. et al., 1987).

**Результаты исследований**. Активность (в нмоль/мл/мин) в плазме крови здоровых людей для КО составила 3,25±0,05; КДГ – 5,18±0,05 и 5'-НТ – 5,41±0,08. В лизатах лимфоцитов активность (нмоль/мин/$10^7$клеток/мл) КО составила 20,2±0,37; КДГ – 31,1±0,72 и 5'-НТ – 35,9±0,42.

У больных ДКВ, по сравнению со здоровыми, в плазме крови выше активность КО (p<0,05), ниже активность КДГ (p<0,001) и 5'-НТ (p<0,001); в лизатах лимфоцитов - ниже активность всех энзимов: КО (p<0,001), КДГ (p<0,01) и 5'-НТ (p<0,001). У больных СКВ, по сравнению со здоровыми, в плазме крови выше активность КО (p<0,001), ниже актив-ность КДГ (p<0,001) и 5'-НТ (p<0,001); в лизатах лимфоцитов - снижение активности всех энзимов: КО, КДГ и 5'-НТ (все p<0,001). Сравнительные исследования показали, что у больных СКВ, по сравнению с больными ДКВ, в плазме крови выше на 50% активность КО (p<0,001), ниже на 5,3% активность КДГ (p>0,05) и, практически, одинаковая активность 5'-НТ (t=0,2. p>0,05); в лизатах лимфоцитов ниже на 25% активность КО (p<0,001), КДГ – ниже на 42,9% (p<0,001) и несколько выше (на 1,2%) активность 5'-НТ (p>0,05).

**Заключение.** Проведенные исследования у больных ДКВ и СКВ показали, что изменения активности КО, КДГ и 5'-НТ в плазме крови и лимфоцитах при заболеваниях имеют однонаправленный характер, но только при СКВ они более выражены в количест-венном аспекте. Так что можно согласиться с мнением многих дерматологов и ревмато-логов об общности многих метаболических процессов при ДКВ и СКВ. Ноебходимы дальнейшие исследования в плане возможностей трансформации ограниченных форм КВ в системные.

*Матвеева О.Н., Соболева Т.Н., Выставкина Е.А.*

# НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУЗ "Областная больница №2", г. Ростов-на-Дону, Россия

Системная красная волчанка – тяжелое заболевание, поражающее преимущественно молодых женщин и приводящее к ранней их инвалидизации. Прогрессирующее поражение жизненно важных органов — почек, центральной нервной системы, сердца, легких, органов кроветворения определяет тяжесть и прогноз заболевания. Кроме того, особенностью СКВ является сохраняющаяся активность воспалительного процесса в течение многих лет после начала заболевания. В этой связи чрезвычайно важен анализ осложнений СКВ, степени активности воспаления и поражения отдельных органов и систем.

**Целью** данной работы явилось изучение частоты осложнений СКВ в Ростовской области, в зависимости от пола, возраста и степени активности заболевании.

**Материалы и методы.** Нами были проанализированы истории болезни пациентов с СКВ, пролеченных в ревматологическом отделении областной больницы №2 г. Ростова-на-Дону за 2006 год (всего 47 историй болезни). Диагноз СКВ был установлен на основании критериев, принятых Американской ревматологической ассоциацией в 1982 году.

**Полученные результаты.** Анализ историй болезни показал, что практически все больные (36 женщин в возрасте 35,8+/-6,7 лет) имели осложнения, треть из них (30,5%) в 2006 году была пролечена неоднократно в связи с высокой степенью активности воспалительного процесса.

Люпус-нефрит выявлялся достаточно часто (25 женщин - 69,4%), но только в двух случаях (5,5%) диагностирована ХПН 2 степени. Второй по частоте осложнений, оказалась артериальная гипертензия, которая выявлена у 22 пациенток (61,1%) и в большинстве случаев (52,7%) являлась трудно корригируемой. У 3 из них (8,6%) имелась гипертрофия левого желудочка, у одной (2,7%) – перенесенное ОНМК в анамнезе. Следует особо подчеркнуть, что у 6 больных (16,6%) с гипертензией нефрит отсутствовал. Третьим значимым осложнением была хроническая сердечная недостаточность, которую мы обнаружили у 12 больных (33,3%), 5 из них (13,8%) имели ХСН 2б стадии. Из других тяжелых системных проявлений СКВ, влияющих на прогноз и выживаемость, были выявлены вторичный антифосфолипидный синдром – 2 (5,5%), пульмонит – 2 (5,5%) и лимфопения – 3 (8,3%).

**Обсуждение и выводы.** Таким образом, среди наиболее серьезных осложнений СКВ, влияющих на жизненный прогноз, в Ростовской области на первом месте находится волчаночный нефрит. Однако артериальная гипертензия и сердечная недостаточность, встречаются не так уж редко и не всегда сочетаются с нефритом. При этом гипертензия носит злокачественный характер и быстро приводит к поражению органов-мишеней. Хроническая сердечная недостаточность, выявляемая у трети больных СКВ, существенно отяжеляет их состояние, ухудшает качество жизни и усугубляет прогноз.

Проведенный анализ показал, что у больных СКВ важным представляется не только выявление люпус-нефрита, но и контроль АД с последующей его коррекцией, верификация поражений органов-мишеней, диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности.

*Мнацаканян С.Г., Александров А.В., Алехина И. Ю., Махачев М.А., Стажаров М.Ю., Емельянов Н.И.*

# АУТОАНТИТЕЛА К КСАНТИНОКСИДАЗЕ: ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЯ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; ВолГМУ, кафедра госпитальной терапии; Волгоград, Россия

**Целью** исследования явилось изучение процессов антителообразования к основному ферменту пуринового метаболизма (ПМ) – ксантиноксидазе (КО, ЕС 1.1.3.22) – в сыворотке крови больных системной красной волчанкой (СКВ) и ревматоидным артритом (РА).

**Материалы и методы.** В исследование были включены 46 пациентов с СКВ (возраст от 28 до 64 лет) с различной степенью активности патологического процесса (I степень – у 18 человек, II-ая – у 28 человек) и 71 пациент с достоверным РА (возраст от 23 до 68 лет; 17 человек имели I степень активности заболевания, 44 человека – II-ю и 10 – максимальную активность патологического процесса). Контрольную группу составили 30 доноров станции переливания крови, прошедших обычное медицинское обследование.

Антитела к КО (анти-КО) определялись в сыворотке крови по модифицированной методике иммуноферментного анализа (Гонтарь И.П., 2001) с использованием иммобилизированных магнитоуправляемых сорбентов (МС) (значения < 0,124 Ед. считались положительными). Определение активности КО в сыворотке крови проводилось по методу Calckar H., ксантиндегидрогеназы (КДГ) – по методу Devenui Z. Амплитуда колебаний активности ферментов у здоровых людей по формуле $M \pm 2\sigma$ составила для КО 2,37–4,97 мкмоль/л• мин, для КДГ 4,01–7,41 мкмоль/л• мин, коэффициент КО/КДГ 0,52–0,80.

**Результаты и обсуждение.** При СКВ анти-КО были выявлены в 41,3% случаев, причем при наличии в сыворотке крови анти-КО обнаруживалась более низкая ферментативная активность КДГ ($p<0,05$) и практически неизменная активность КО ($p>0,05$), в то время как при отсутствии данных антител энзиматическая активность КДГ и коэффициент КО/КДГ по отношению к контролю оставались практически неизменными ($p>0,05$). Уровни анти-КО положительно коррелировали с индексом активности Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI) ($r=0,387$, $p<0,01$). В многомерном анализе клинических проявлений анти-КО продемонстрировали связь с поражением кожи, нервной системы ($p<0,01$) и выраженностью цитопенического синдрома ($p<0,05$).

У больных РА анти-КО были обнаружены у 31 (43,7%) человека. При I степени активности РА по сравнению со здоровыми лицами обнаружено повышение ферментативной активности КО ($p<0,001$), КДГ ($p<0,05$), увеличе-

ние соотношения КО/КДГ (p<0,001) и увеличение уровня анти-КО (p<0,05). С нарастанием активности патологического процесса отмечалось увеличение содержания анти-КО (p<0,01) на фоне снижения биохимической активности КДГ (p<0,001) и роста активности КО (p<0,05). При высокой активности РА увеличение коэффициента КО/КДГ происходило в основном за счет снижения активности КДГ. Снижение активности КДГ на фоне повышенной активности КО при воспалительных ревматических заболеваниях (РЗ) происходит, по-видимому, за счет трансформации Д-формы КО в О-форму при нарастании воспалительных явлениях в тканях, гипоксии, а также за счёт повышения активности протеолитических энзимов в очагах воспаления и свидетельствует о существенном увеличении генерации супероксидных радикалов. Учитывая выявленную тесную взаимосвязь иммунологической и ферментативной активности КО роль анти-КО в данной трансформации представляется весьма вероятной.

**Выводы**. Использование МС в иммуноферментном методе позволило выявить в сыворотке крови больных СКВ и РА аутоантитела, предположительно, к скрытым, недоступным в нативном состоянии, эпитопам молекулы КО. Подобные антитела способны подвергать ферменты структурной модификации и, как следствие, влиять на их активность, что может являться патогенетическим механизмом, обуславливающим характерные изменения энзимов ПМ при воспалительных РЗ.

*Мозговая Е.Э., Некрасова С.П., Фофанова Н.А., Рогаткина Т.Ф., Ермолаева Н.А.*

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ АКТИВНОСТЬЮ НЕКОТОРЫХ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, Волгоград

Ревматоидный артрит (РА) является одной из наиболее «тяжелых» болезней костно-мышечной системы. В 2004 г. его распространенность среди взрослого населения Волгоградской области достигла 243,3 на 100 тыс. населения, в то время как по РФ и ЮФО в целом была зарегистрирована меньшая общая заболеваемость РА (235,6 на 100 тыс. населения и 205,6 на 100 тыс. населения, соответственно). Согласно современным представлениям ведущая роль в патогенезе РА отводится иммунологическим сдвигам. Однако имеется ряд работ, подтверждающих также участие обменных нарушений в развитии РА. Учитывая важную роль для поддержания основных процессов жизнедеятельности организма обмена пуриновых нуклеотидов, особый интерес представляет изучение энзимных систем, ответственных за обмен пуриновых метаболитов.

**Материалы и методы**. Наблюдали 150 больных РА, из которых было 106 (70,67%) женщин и 44 (29,33%) мужчин. Средний возраст больных –

42,2±3,5 лет. Средняя продолжительность заболевания – 10,8±2,3 лет. Первая (минимальная) степень активности патологического процесса (2,6≤DAS28≤3,2) определена у 31 (20,67%), II (3,2<DAS28≤5,1) – у 99 (66%), III (DAS28>5,1) – у 20 (13,33%) больных. Быстропрогрессирующее течение РА выявлено в 44 (29,33%), медленно прогрессирующее течение - в 106 (70,67%), суставная форма – в 91 (60,67%), суставно-висцеральная форма – в 59 (39,33%) случаях. По модифицированным критериям Штейнброкера у 13 (8,67%) больных РА установлена I стадия поражения суставов, у 81 (54%) - II стадия, у 48 (32%) – III стадия, у 8 (5,33%) – IV стадия. Помимо комплексного клинического, лабораторного и инструментального обследования у всех больных в сыворотке крови определяли активность активности адениндизаминазы (АД), аденозиндезаминазы (АДА), АМФ-дезаминазы (АМФДА), гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ), ксантиндегидрогеназы (КДГ), ксантиноксидазы (КО), 5′ -нуклеотидазы (5′ -НТ), пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ), изоферментов $АДА_2$, $КДГ_2$, $ПНФ_2$, а также содержание мочевой кислоты (МК). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Для анализа взаимосвязи между активностью включенных в исследование энзимов был применен метод ранговой корреляции по Спирмену.

**Результаты**. При изучении энзимных показателей в группе здоровых лиц не выявлено их зависимости от пола и возраста (p>0,05).

В группе здоровых лиц выявлена сильная прямая корреляция в парах ГДА-КО ($r_s$=0,98, p<0,001), ГДА-5'-НТ ($r_s$=0,96, p<0,001), ГФ-$КДГ_2$ ($r_s$=0,97, p<0,001); обратная корреляция умеренной силы в парах ГДА-ГЗДА ($r_s$=-0,61, p<0,001), ГДА-КДГ ($r_s$=-0,61, p<0,001), ГЗДА-КО ($r_s$=-0,61, p<0,001), ГЗДА-5'-НТ ($r_s$=-0,61, p<0,001), КДГ-КО ($r_s$=-0,61, p<0,001), КДГ-5'-НТ ($r_s$=-0,61, p<0,001), АДА-$АДА_2$ ($r_s$=-0,42, p=0,022).

При I степени активности РА обнаружена умеренная прямая корреляция в парах АД-АМФДА ($r_s$=0,49, p=0,005), АД-ПНФ ($r_s$=0,48, p=0,006), АД-5'-НТ ($r_s$=0,36, p=0,049), АМФДА-ГДА ($r_s$=0,42, p=0,018), АМФДА-ПНФ ($r_s$=0,44, p=0,013), АМФДА-МК ($r_s$=0,42, p=0,019), ГФ-$АДА_2$ ($r_s$=0,41, p=0,024), $АДА_2$-МК ($r_s$=0,5, p=0,004), ГДА-$КДГ_2$ ($r_s$=0,61, p<0,001), ПНФ-МК ($r_s$=0,38, p=0,034), $ПНФ_2$-МК ($r_s$=0,37, p=0,039); умеренная обратная корреляция в парах АД-ГЗДА ($r_s$=-0,42, p=0,02), КДГ-$АДА_2$ ($r_s$=-0,38, p=0,036), ГФ-КДГ ($r_s$=-0,38, p=0,037); сильная прямая корреляция в парах АДА-5'-НТ ($r_s$=0,98, p<0,001), КО-5'-НТ ($r_s$=0,98, p<0,001).

**Заключение**. Полученные данные свидетельствуют об изменениях во взаимосвязях между энзимами пуринового метаболизма при активации ревматоидного патологического процесса, что подтверждает роль метаболического звена в патогенезе РА.

*Неделько Г.Н., Выставкина Е.А.*

# ОСТЕОАРТРОЗ И ОСТЕОПОРОЗ. ОБЩИЕ ПУТИ - ОБЩИЕ РЕШЕНИЯ?

ГУЗ ОБ№2 Ростов-на-Дону, Россия

Последние несколько десятилетий остеоартроз считается самым распространенным заболеванием опорно-двигательного аппарата, причем частота его встречаемости неизменно растет в российской популяции, что связано как со старением нации, так и с наслоением социо-культурных особенностей, факторов риска (малоподвижный образ жизни, нефизиологические нагрузки на суставы, избыточная масса тела, дефицит эстрогенов в постменопаузе у женщин, избыточная нагрузка на суставы, травмы). Клинические проявления наблюдаются более чем у 20% населения земного шара, причем рентгенологические признаки заболевания обнаруживаются значительно чаще. У людей старше 60 лет он диагностируется в 97%.Остеопороз – относительно новая, но одна из самых грозных проблем нового, двадцать первого века.

Многие годы ОА рассматривался как изолированное заболевание суставов, связанное с дегенерацией хряща в результате естественного старения организма человека. Но благодаря появлению новых сведений о патогенезе остеоартроза (ОА), стало ясно, что это заболевание проявляется не только потерей суставного хряща, но и изменениями в костной ткани. В последние годы появилась теория о том, что процессы, происходящие в субхондральной кости являются первичными и способны влиять на разрушение хрящевой зоны в суставах. Таким образом, расширение суммы знаний об этих заболеваниях позволило современной медицине расширить угол подхода к лечению и объединить методы в их лечении.

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности остеопороза у лиц, страдающих остеопорозом и корреляции в течении этих заболеваний. На базе ревматологического отделения областной больницы №2 нами было обследовано 60 пациентов, страдающих остеоартрозом. Средний возраст обследуемых составил 52 года, из них 46 женщин, 24 мужчины. Остеоартроз I рентгенологической стадии был выявлен у двух пациентов, у 32 – II стадии, у остальных 26 – III стадии. Если в первой группе пациентов (с I рентгенологической стадией ОА) признаков остеопороза не выявлялось клинически, но по данным денситометрии у обоих выявлялись признаки остеопении (Т-критерий от -1,5 до -2,5), то во второй группе (II рентгенологическая стадия ОА) остеопороз выявлялся уже по клиническим данным (боли в нижней части спины, в трубчатых костях, уменьшение роста, "вдовий горб") у 20 пациентов, а по данным рентгенологического и денситометрического исследований – еще у 8. В третьей группе эти цифры составили соответственно 24 и 2 пациента (то есть 100% пациентов с III рентгенологической стадией ОА страдали остеопорозом.)

На основании вышеизложенных данных можно сделать вывод, что существует статистически достоверная связь между степенью проявления и час-

тотой встречаемости остеопороза у лиц, страдающих ОА. Это открывает новые возможности в лечении ОА в плане использования противоостеопоротических препаратов.

*Ненашева Н.В., Матасова Н.А., Кочнева Л.И., Сычева Г.Ф., Емельянова О.И., Зборовская И.А.*

## УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К ЭЛАСТИНУ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; ВолГМУ, кафедра госпитальной терапии; Волгоград, Россия

Значение изучения эластина определяется большой распространенностью его в органах и тканях, функции которых связаны с большими деформациями под воздействием нагрузок с полным восстановлением формы после прекращения деформирующего воздействия. Эластические волокна составляют значительную часть массы сухого вещества многих органов: связки – до 70-80%, легкие и крупные кровеносные сосуды – 30-60%, кожа – 2-5%.

Нарушение обмена эластина, появление измененных растворимых изоформ эластина, включение механизмов аутоиммунитета обуславливают его причастность к патогенезу ревматических заболеваний исходя из объема и локализации этого вещества в выше указанных органах. Соответствующая локализация эластина в органах и нарушение их функции при ревматическом воспалении дает возможность поиска взаимосвязи этих фактов.

**Цель исследования.** Определение уровня антител к эластину в сыворотке крови практически здоровых людей.

**Материалы и методы.** Исследовалась сыворотка 30 практически здоровых людей-доноров отделения переливания крови МУЗ ГКБСМП № 25. Из них 23 мужчины и 7 женщин. Доноры имели возраст от 22 до 64 лет, средний возраст составил 40,50±10,56 лет. Антитела к эластину определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA-тест) с помощью тест-набора ООО «Навина» (Москва). Исследуемая сыворотка разводилась в фосфатно-солевом буфере с pH 7,4 в соотношении 1:100 и вносилась в дубликатах по 100 мкл в лунки микротитрационного планшета, параллельно ставили контроль на субстрат, конъюгат, положительные и отрицательные сыворотки. Планшет инкубировали в течение 30 минут при t 20-25 ºС. Связавшиеся антитела после трехкратной отмывки фосфатно-солевым буфером по 2-6 минут выявляли с помощью антител диагностических против иммуноглобулинов, конъюгированных с ферментом пероксидазой. Проведя инкубацию в течение 30 минут при t 20-25 ºС, содержимое лунок удаляли и промывали 3 раза по 2-6 минут фосфатно-солевым буфером. В качестве хромогена использовался индикаторный раствор ТМБ, вносимый в объеме 100 мкл. Развивалось окрашивание, интенсивность которого возрастала с увеличением

количества антител. Реакцию останавливали добавлением 50 мкл стоп-реагента-0,9 М раствора серной кислоты.

Результат учитывали на спектрофотометре при длине волны 490 нм. Полученные значения выражали в условных единицах оптической плотности, вычисляемых вычитанием из среднего значения измеренных оптических плотностей исследуемого образца среднего значения фона, измеренного в лунках, в которые вместо исследуемых образцов помещали аналогичный объем фосфатно-солевого буфера с pH 7,4.

**Результаты.** Установив среднюю концентрацию антител в донорских сыворотках, вычислили показатели оптической плотности (M±2σ) 0,04±0,01 е.о.п. ( от 0,03 до 0,05 е.о. п.).

**Выводы.** Полученные данные являются основой для проведения многоцелевого исследования сывороток крови больных ревматическими заболеваниями с различными активностью процесса, течением заболевания, стадией.

*Никитина Н.М., Агаева И.Н., Ребров А.П.*

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», кафедра госпитальной терапии лечебного факультета, г. Саратов, Россия

Кардиоваскулярным проблемам у больных ревматоидным артритом (РА) в последние годы посвящено множество работ. Известно, что болезни сердечно – сосудистой системы являются основной причиной смерти больных. В настоящее время доказано, что статины являются основными препаратами, с которыми связано замедление прогрессирования атеросклероза, лежащего в основе кардиоваскулярной патологии, однако, место статинов в лечении больных РА в настоящее время не определено. Есть теоретические предпосылки для прогнозирования положительного влияния статинов на течение не только атеросклеротического, но и воспалительного процесса при РА. Однако, учитывая наличие коморбидных состояний, а также постоянную потребность в приеме цитостатических, стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, проведение любой дополнительной терапии и оценка ее эффективности и безопасности у больных ревматоидным артритом представляет определенные трудности. Таким образом, актуальным представляется изучение возможностей применения статинов у больных ревматоидным артритом. Целью работы явилась оценка эффективности и переносимости атеростата у больных РА.

Под наблюдением находилось 15 больных (5 мужчин и 10 женщин) с диагнозом РА, установленного на основании критериев ACR (1987года). Средний возраст пациентов составил 58,7 ± 6,8 года, возраст начала заболевания – 47,8±5,5 лет, продолжительность РА – от 3 до 19 лет. У 7 пациентов

имелись системные проявления заболевания. Степень функциональной недостаточности у 7 пациентов соответствовала II функциональному классу, у 6 - III , у 2 - IV функциональному классу. Восемь пациентов имели высокую активность заболевания, остальные – умеренную и низкую. В качестве базисной терапии РА все больные получали метотрексат в дозе 7,5-15 мг в неделю. Диагноз ИБС был установлен у 2 больных: мужчина 54 лет перенес инфаркт миокарда, у женщины 74 лет диагностирована стенокардия напряжения I функционального класса.

Все больные, включенные в исследование, имели липидные нарушения. У большинства отмечался II тип дислипидемии. Исходный уровень общего холестерина составил 5,9±1,4 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) – 3,04±1,5 ммоль/л, триглицеридов – 1,7±0,8 ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП)– 1, 3±0,3 ммоль/л. Для коррекции нарушений липидного спектра крови был применен атеростат (действующее вещество – симвастатин) производства ООО «Лексиръ» (Россия). Начальная доза препарата не превышала 10 мг в сутки. Препарат назначался на ночь ежедневно, за исключением дней приема метотрексата. Продолжительность терапии атеростатом составила не менее 3 месяцев. Двое пациентов выбыли из исследования: у одного мужчины на 14 день приема отмечалась тошнота, однократная рвота, у другой больной на 7 сутки отмечалась аллергическая реакция по типу крапивницы, в связи с чем больные самостоятельно прекратили прием препарата. Контроль липидных показателей крови и уровня АЛТ, АСТ, креатинина проводился ежемесячно. Отмечено значимое снижение уровня общего холестерина уже через 1 месяц терапии в среднем на 15% ($p<0,05$), через 3 мес. – на 19 % ($p<0,05$) от исходных показателей. Содержание триглицеридов через 3 мес. терапии уменьшалось на 35%, ХСЛПНП – на 22% от исходного уровня, апо В на 14% ($p<0,05$). Показатель ХСЛПВП изменялся недостоверно, однако наметилась отчетливая тенденция к повышению уровня белка апо А1 (с 160,8±39,9 до 189,27±24,7 мг/дл). Переносимость препарата была хорошей, изменений уровня трансаминаз не выявлялось. Полученные данные позволяют рекомендовать применение атеростата для длительного лечения дислипидемии у больных ревматоидным артритом.

*Ногаева М.Г., Исаева Б.Г., Полимбетов Д.С., Жунусова Б.С.*

## ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОБЭНЗИМА ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ

Казахский Национальный медицинский университет, Военный Клинический госпиталь, г. Алматы, Казахстан

**Целью** исследования явилось оценка активности и эффективности системной энзимотерапии по индексу Disease Activity Score (DAS) при реактивном артрите (РеА).

**Материалы и методы.** Обследовано 65 пациентов в возрасте 19 - 43 лет с достоверным диагнозом РеА, согласно критериев Института ревматологии

РАМН (2003), соответствующих Международным (J. Braun et.al., 2000). В настоящий момент специфические способы оценки активности РеА отсутствуют. Поэтому, нами для оценки активности и эффективности лечения при РеА использовались те же инструменты, что и при ревматоидном артрите - индекс DAS (Fransen J.et.al., 2003), но с учетом особенностей поражения суставов при РеА. Среди обследованных преобладали мужчины 62 (95,3%). Длительность заболевания составила от 3 месяцев до 8 лет. Сроки обращения пациентов за медицинской помощью были от 3 дней до 4-х недель.

Компоненты индекса DAS включают: суставной индекс Ричи - число болезненных суставов (ЧБС) с максимальным значением 78 балла, число припухших суставов (ЧПС) с максимальным значением 44 балла; общую оценку здоровья пациентом (СЗП) по 100 мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ); скорость оседания эритроцитов (СОЭ, мм/ч), С - реактивный белок (СРБ, мг/дл). Индекс DAS рассчитывался по формуле: DAS = 0,54 x √индекс Ричи + 0,065 x ЧПС + 0,33 x ln (СОЭ) + 0,007 x СЗП, где Ln - натуральный логарифм.

Больные были подразделены на 2 группы: 1 группа (38 больных) принимала патогенетическую комплексную терапию с включением антибактериальных препаратов для эрадикации возбудителя и 2 группа (27 больных) с включением дополнительно системной энзимотерапии вобэнзимом по 3 драже 3 раза в день. Оценка эффективности терапии у больных проводилась в динамике через 21 день.

**Результаты.** Суставной синдром наблюдался у всех пациентов, характеризовался асимметричным артритом с преимущественным поражением крупных суставов нижних конечностей и длительностью, у преобладающего большинства, до 4-х месяцев: моноартрит - у 5 (7,7%), олигоартрит - у 17 (26,15%), полиартрит - у 23 (35,4%) и сакроилеит - у 16 (24,6%), подпяточный бурсит - у 4 (6,15%). Общая оценка боли пациентами по ВАШ (7,85 ± 0,93см) коррелировала с остротой процесса, выраженностью лабораторных показателей воспаления – СОЭ (21,7 ± 15,6 мм/ч), (СРБ - 10,2 ± 3,6) и среднему значению DAS - 3,12 ± 0,99 балла. Низкая активность заболевания по клиническому индексу DAS (1,87 ± 0,23) наблюдалась у 30,0%, умеренная (3,0 ± 0,3) у 47,0%, высокая (4,3 ± 0,4) у 23,0% пациентов и соответствовала лабораторным показателям активности воспаления.

Сравнительный анализ в группах показал, что комплексная терапия с включением вобэнзима оказывала более выраженный клинический эффект - быстрое регрессирование клинических симптомов по индексу DAS и нормализация лабораторных показателей (снижение СОЭ до 15 мм/ч, отрицательный СРБ). Побочных эффектов при приеме вобэнзима не наблюдалось. Таким образом, индекс DAS является оптимальным инструментом для оценки активности и клинической эффективности проводимой терапии при РеА.

*Овчинникова Н.А., Бугрова О.В.*

# ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ООО «Клиника промышленной медицины «Оренбурггазпром», г. Оренбург, Россия; ГУ ВПО Государственная медицинская академия, г. Оренбург, Россия

**Цель исследования:** Оценить состояние антикоагулянтной системы крови у пациентов системной красной волчанкой (СКВ), имеющих антифосфолипидный синдром (АФС).

**Материалы и методы:** Обследовано 49 больных СКВ, в среднем возрасте 37±22 года; средней давностью заболевания 8±22 года; преимущественно хроническим (у 26 - 53 %) и подострым течением (у 19 - 38%) и умеренной степенью активности – (у 29 – 58%). У 14 из 49 (28%) пациентов СКВ имелся АФС. У всех больных наблюдалась полиорганная клиническая картина, свойственная СКВ. В исследование не включались пациенты, получавшие антикоагулянтную и иную терапию, которая могла бы оказать влияние на исследуемые показатели. Всем больным проводили общепринятое клинико-лабораторное обследование. Также оценивались тесты, необходимые для верификации АФС. Состояние антикоагулянтной системы оценивали по уровню и активности протеина С, антитромбина III и альфа1- антитрипсина. Определяли также и показатели свертывающей системы - протромбин по Квику, фибриноген, уровни Д-димера и фактора Виллебранда. Контрольную группу составили 15 здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту. Статистическую обработку результатов проводили в программном пакете Statistika for Windows 95 v.3 на ПВЭМ.

**Результаты и обсуждение:** В группе больных СКВ с АФС (14 – 28,5%) отмечалось значительное повышение активности антикоагулянтной системы крови при сравнении с контролем по уровню антитромбина III, активности и концентрации протеина С. Уровень альфа1- антитрипсина оставался в пределах нормы вместо ожидаемого его повышения. Эти изменения были констатированы на фоне роста показателей, отражающих тенденцию к гиперкоагуляции в виде роста уровеня Д-димера, фибриногена, протромбина по Квику, фактора Виллебранда. В группе больных СКВ без АФС (35 – 71,5%) компоненты антикоагулянтной системы также проявили повышенную активность при сравнении с контролем по уровню антитромбина III, активности и концентрации протеина С. Уровень альфа1- антитрипсина также оставался в пределах нормы. Следует отметить, что эти изменения были меньше выражены, чем у больных СКВ, имевших АФС. Активация параметров свертывания по исследуемым показателям в сравнении с контрольной группой была также достоверна, но выражена меньше, чем при наличии АФС.

В большей степени разница показателей свертывающей системы при сравнении двух групп больных была обусловлена ростом Д-димера и фактора Виллебранда у пациентов, имевших АФС, очевидно, вследствие повышенной тромбогенности сосудистой стенки, что закономерно привело к повыше-

нию активности антикоагулянтной системы главным образом за счет активности и концентрации протеина С, а не антитромбина III.

**Выводы:** У больных СКВ отмечается значительная активация антикоагулянтной системы крови по активности и концентрации протеина С, уровня антитромбина III в ответ на повышение параметров свертывания. При этом концентрация альфа1- антитрипсина не меняется. При наличии вторичного АФС увеличивается тромбогенность сосудистой стенки, что приводит к активации главным образом протеина С.

*Парамонова О.В., Романов А.Н., Александров А.В., Красильников А.Н., Трубенко Ю.А., Зборовский А.Б.*

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ АУТОТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

ГУ НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

Международное десятилетие 2000-2010г. объявлено ВОЗ как декада по заболеваниям костей и суставов, которая должна способствовать более глубокому пониманию патологии опорно-двигательного аппарата и ее связи с поражением эндокринной системы. Развитие и течение ревматоидного артрита (РА) связано с изменением общей и иммунологической реактивности организма, сложными метаболическими сдвигами, в регуляции которых большое значение имеет изменение гормонального статуса. Нарушения деятельности желез внутренней секреции могут привести к тем изменениям обмена веществ в организме, которые могут иметь несомненное значение в особенностях клинического течения РА и определять эффективность лечения. Они являются регуляторами трофических функций организма, оказывают влияние на адаптационно-приспособительные процессы. Избыточная концентрация тиреоидных гормонов способствует усилению воспалительных реакций.

**Целью** нашей работы явилось определение особенностей клинического течения РА в сочетании с аутотиреоидной патологией.

**Материалы и методы**: Нами было обследовано 25 больных РА с сопутствующей аутотиреоидной патологией (АТП) (ХАИТ в фазе эутиреоза, первичный гипотиреоз на фоне атрофической формы ХАИТ, гипертиреоз на фоне ХАИТ, смешанный токсический зоб) все пациенты были женщины, в возрасте от 21 до77 лет (средний возраст составил 55,16±15,3 лет). Продолжительность РА - 5,08±3,29 лет. Средняя продолжительность манифестного заболевания щитовидной железы составила 3,01± 1,74 года, что в большинстве случаев, свидетельствует о развитии или обострении тиреоидной патологии на фоне уже имеющегося РА. Большинство обследованных больных имели 2-3 рентгенологическую стадию и 2 степень активности РА.

При изучении клинических картины у больных РА с сопутствующей АТП, в первую очередь у обследованных нами больных обращали на себя внимание характерные жалобы. Среди них наиболее частыми были проявления астено-невротического синдрома: общая слабость (100%), утомляемость (100%), повышенная потливость (66,7%), дрожание рук (83,3%), похудание, сердцебиение. У больных РА с тиреоидной патологией частыми оказались трофические расстройства, такие как выпадение волос, ломкость ногтей которые встречались у 50% больных. Из других симптомов, ассоциируемых с эндокринной патологией, превалировало поражение сердечно-сосудистой системы: тахикардия (66,7%), нарушение ритма (33,3%) и блокады различного рода (16,6%), неприятные ощущения и боли в области сердца (50%), изменения миокарда, главным образом, обменно-дистрофического характера и некоторые другие. У данных пациентов, кроме большой частоты поражения сердца (n=9, 36,6%) отмечено и нарушение функции почек (n=7, - 28 %)-гломерулонефрит и амилоидоз.

**Выводы**: Полученные данные показывают заинтересованность щитовидной железы в развитии метаболических и клинических синдромов при РА, а также преобладание жалоб, связанных с патологией сердечно-сосудистой системы на фоне АТП, что может затруднять постановку диагноза, приводить к необоснованному лечению кардиальной патологии без учета терапии АТП. С другой стороны жалобы, характерные для астено-депрессивного синдрома могут не приниматься во внимание как проявления гормональной дисфункции и соответственно у данной категории больных может отсутствовать адекватная терапия АТП.

*Пересыпкин В.В., Бедина С., Мозговая Е.Э., Пересыпкин М.В., Левкина М.В.*

## ЭНЗИМНЫЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

ГУ НИИ Клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

Известно, что каждый пятый житель нашей планеты в возрасте после 30 лет страдает теми или иными проявлениями остеохондроза позвоночника, а в возрасте 60 лет и старше остеохондроз обнаруживается практически в 100% случаев (Антонов И.П., 1985). Среди причин временной нетрудоспособности остеохондроз занимает одно из первых мест в мире (Юмашев Г.С. и др., 1984). Тем не менее, иммуно-биохимический статус крови, по сравнению с другими внутренними болезнями, изучен недостаточно и патогенетические механизмы остеохондроза во многом остаются неизвестными.

**Цель работы:** изучить активность некоторых энзимов пуринового метаболизма и антиоксидантной системы крови больных с нейродистрофической формой остеохондроза позвончника.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 47 больных остеоартрозом поясничного отдела позвоночника (ОПОП). Диагноз верифициро-

вался на основании анамнеза, жалоб, данных клинического обследования и результатах рентгенологических, функциональных и реовазографических исследований. Согласно отечественной классификации ОПОП (Веселовский В.П., 1977) у всех больных определялась нейродистрофическая форма люмбоишалгии (специальная подборка больных). Среди больных преобладали мужчины (72,3%). Средний возраст больных — 43,7±1,1 лет, продолжительность заболевания — 5,28±0,2 лет. Прогредиентный тип течения определялся у 16 больных, стабильный — у 25 и регредиентное течение — у 6 больных. Активность энзимов: ксантиноксидазы (КО), ксантиндегидрогеназы (КДГ), гуаниндезаминазы (ГДА), пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ), аденозиндезаминазы (АДА), АМФ-дезаминазы (АМФДА), супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГП), глутатионредуктазы (ГР), содержание малонового диальдегида (МДА), мочевой кислоты (МК) определялись в сыворотке крови и лизатах эритроцитов общепринятыми методами (Caraway W., 1966; Martinek R., 1963; Robertson B. et al., 1973; Ланкин В. И др., 1983; Чевари С. И др., 1985).

**Результаты исследований.** В сывортке крови здоровых людей активность АДА составила 8,02±0,16 МЕ, АМФДА — 1,98±0,12 МЕ, ГДА — 1,27±0,13 МЕ, ПНФ — 0,76±0,07 мкмоль/л/мин, КО — 3,75±0,06 мкмоль/л/мин, КДГ — 5,81±0,1 мкмоль/л/мин, СОД в эритроцитах — 36,9±1,5 ед., СОД в плазме — 5,15±0,09 ед., ГП в эритроцитах — 221,1±7,96 ед., ГП в плазме — 0,97±0,04 ед, ГР в эритроцитах 141,1±5,98 ед., ГР в плазме 1,69±0,06 ед., содержание МДА — 3,46±1,08 нмоль/мл, МК — 0,29±0,01 ммоль/л.

У больных с нейродистрофической формой люмбоишалгии определялось в сыворотке крови повышение активности ГДА ($p<0,05$), ПНФ ($p<0,001$), КО ($p<0,001$), ГП в плазме ($p<0,001$), снижение активности АДА ($p<0,001$), АМФДА ($p<0,001$), СОД в эритроцитах ($p<0,05$), СОД в плазме ($p<0,05$), ГР в плазме ($p<0,01$), повышение содержания МДА ($p<0,05$) и МК ($p<0,05$). Прогредиентный тип течения характеризовался повышением в сыворотке крови активности ГДА ($p<0,05$), ПНФ ($p<0,001$), КО ($p<0,001$), содержания МДА ($p<0,05$), МК ($p<0,05$), снижением в сыворотке крови активности АДА ($p<0,001$), АМФДА ($p<0,001$), КДГ ($p<0,05$), СОД в эритроцитах ($p<0,01$) и ГР в плазме ($p<0,01$). При стабильном течении по сравнению со здоровыми в сыворотке ниже активность АДА ($p<0,001$), АМФДА ($p<0,05$), ГР в плазме ($p<0,05$), выше активность ПНФ ($p<0,001$), КО ($p<0,001$), ГП в плазме ($p<0,001$). При регредиентном течении только выше активность КДГ в сыворотке крови ($p<0,05$). У больных с прогредиентным течением по сравнению со стабильным в сыворотке ниже активность АДА ($p<0,001$), АМФДА ($p<0,001$), СОД в эритроцитах ($p<0,001$) и ГР в плазме ($p<0,05$), но выше активность ПНФ ($p<0,001$), КО ($p<0,001$), уровень МДА ($p<0,001$), МК ($p<0,01$), по сравнению с регредиентным течением в сыворотке выше активность ГДА ($p<0,05$), ПНФ ($p<0,001$), КО ($p<0,01$), уровень МДА ($p<0,001$), МК ($p<0,001$), но ниже активность АДА ($p<0,001$), АМФДА ($p<0,001$), СОД в эритроцитах ($p<0,001$), СОД в плазме ($p<0,05$) и ГР в плазме ($p<0,05$). У больных со стабильным течением по сравнению с регредиентным в сыворотке крови выше активность ГДА ($p<0,05$), ПНФ ($p<0,01$), но ниже активность АДА ($p<0,01$), АМФДА ($p<0,001$), КДГ.

**Заключение.** Проведенные исследования у больных с нейродистрофической формой люмбоишалгии выявили снижение активности энзимов антиоксидантной системы крови, усиление процессов пероксидации липидов, катаболизма пуриновых оснований и повышение активности провоспалительного энзима — КО, способствующего гиперпродукции супероксидных радикалов, что может составлять один из патогенетических механизмов ОПОП. Изученные энзимные показатели крови способствуют уточнению характера течения заболевания и назначению адекватной терапии.

*Пересыпкин В.В., Мартемьянов В.Ф., Зборовский А.Б., Левкина М.В., Хортиева С.С.*

# ОСОБЕННОСТИ ЭНЗИМНОГО СТАТУСА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАТОРНОЙ ФОРМОЙ ЛЮМБОИШАЛГИИ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН

Вазодилататорная форма (ВД) люмбоишалгии является одной из клинических форм обострения остеохондроза поясничного отдела позвоночника (ОПОП), характеризующаяся клническим своеобразием и определенной рефрактерностью к общепринятым методам терапии больных ОПОП. Данная форма встречается значительно реже, чем другие клинические формы люмбоишалгий (Антонов И.П., 1985), и возможно вследствие этого иммунобиохимический статус крови подобных больных изучен явно недостаточно, и многие патогенетические механизмы до настоящего времени остаются неизвестными.

**Цель исследования**. Изучить активность энзимов пуринового метаболизма и антиоксидантной системы крови больных с вазодилататорной формой люмбоишалгии в зависимости от клинических особенностей.

**Материал и методы**. Под наблюдением находились 38 больных с ВД-формой люмбоишалгии, из которых 26 (68,4%) мужчин и 12 (31,6%) женщин. Средний возраст больных – 44,6±1,4 года, средняя продолжительность болезни – 6,2±0,3 года. Прогредиентное течение наблюдалось у 12 больных, стабильное – у 20 и регредиентное – у 6 больных. У всех больных в сыворотке крови определялась активность энзимов пуринового метаболизма: аденозиндезаминазы (АДА), АМФ-дезаминазы (АМФДА), ксантиноксидазы (КО), ксантиндегидрогеназы (КДГ), пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ), содержание мочевой кислоты (МК) и активность антиоксидантных энзимов : супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГП), глутатионредуктазы (ГР) в плазме крови и лизатах эритроцитов, содержание малонового диальдегида (МДА). Контрольную группу составили 36 практически здоровых людей.

**Результаты исследования**. В крови здоровых лиц активность АДА составила 8,0±0,16 МЕ, АМФДА – 1,98±0,12 МЕ, ГДА – 1,27±0,13 МЕ, КО –

3,75±0,06 мкмоль/л/мин, КДГ – 5,81±0,1 мкмоль/л/мин, ПНФ – 0,76±0,07 мкмоль/л/мин, эритроцитарной (эр.) СОД – 36,9±1,5 ед., эр. ГП – 221,1±7,96 ед., плазматической (пл.) ГП – 0,97±0,04 ед., пл. ГР – 1,69±0,06 ед., содержание МДА – 3,46±0,08 нмоль/мл, МК – 0,291±0,01 ммоль/л.

У больных с Вд-формой люмбоишалгии, по сравнению со здоровыми, в сыворотке крови выше активность АМФДА ($p<0,001$), ГДА ($p<0,001$), КО ($p<0,001$), снижение активности АДА ($p<0,001$), пл. СОД ($p<0,01$), пл. ГР ($p<0,05$), эр. ГП ($p<0,001$), эр. ГР ($p<0,05$), выше уровень МДА ($p<0,01$) и МК ($p<0,05$). У больных с прогредиентным течением, по сравнению со здоровыми, в сыворотке выше активность АМФДА ($p<0,001$), ГДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), КО ($p<0,001$), ниже активность АДА ($p<0,001$), КДГ ($p<0,05$), пл. СОД ($p<0,05$), пл. ГП ($p<0,05$), пл. ГР ($p<0,05$), эр. ГП ($p<0,001$), эр. ГР ($p<0,05$), выше уровень МК ($p<0,05$) и МДА ($p<0,01$). У больных со стабильным течением, по сравнению со здоровыми, в сыворотке выше активность АМФДА ($p<0,001$), ГДА ($p<0,01$), КО ($p<0,001$), ниже активность АДА ($p<0,001$), эр. ГП ($p<0,01$), выше уровень МК ($p<0,05$) и МДА ($p<0,05$). У больных с регредиентным течением, по сравнению со здоровыми, только ниже активность АДА на фоне малоизмененной активности других энзимов.

Выявлены энзимные различия между всеми вариантами течения заболевания. У больных с прогредиентным течением, по сравнению со стабильным, в сыворотке ниже активность АДА ($p<0,01$), КДГ ($p<0,01$), пл. СОД ($p<0,01$), пл. ГП ($p<0,001$), пл. ГР ($p<0,001$), эр. ГП ($p<0,05$), выше активность АМФДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), ГДА ($p<0,001$), КО ($p<0,001$), эр. СОД ($p<0,001$), уровень МДА ($p<0,01$); по сравнению с регредиентным, в сыворотке выше активность АМФДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$), ГДА ($p<0,001$), КО ($p<0,01$), эр. СОД ($p<0,05$), уровень МДА ($p<0,05$), но ниже активность АДА ($p<0,001$), КДГ ($p<0,01$), СОД ($p<0,05$), ГП ($p<0,01$), ГР ($p<0,01$) в плазме. У больных со стабильным течением, по сравнению с регредиентным, в сыворотке ниже активность АДА ($p<0,05$), пл. ГР ($p<0,05$), выше активность АМФДА ($p<0,001$), ПНФ ($p<0,001$) и ГДА ($p<0,001$).

**Закючение**. Энзимный профиль крови больных ВД-формой люмбоишалгии характеризуется сниженной активностью антиоксидантных энзимов, повышенной продукцией супероксидных радикалов за счет повышения активности КО, усилением катаболизма пуринов и гиперпродукцией МК. Подобные изменения активности энзимов могут составить один из патогенетических механизмов остеохондроза позвоночника.

*Попова Л.В., Майко О.Ю.*

# УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СИНОВИТА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия, г. Оренбург

Обострение ОА осложняется развитием реактивного синовита и периартрита, для диагностики которых используется дешевый и доступный ультразвуковой метод – артросонография (АСГ) суставов.

**Цель.** Оценить частоту выявления синовита и периартрита (тендинита) при ОА коленных и тазобедренных суставов с помощью метода АСГ.

**Материалы и методы.** В амбулаторных условиях нами было обследовано 150 больных в стадии обострения ОА, у которых методами рентгенологического исследования и АСГ были обследованы оба коленных и тазобедренных суставов. Диагноз ОА устанавливали в соответствии с критериями Института ревматологии РАМН (1993). При АСГ использовали метод двумерного сканирования коленных и тазобедренных суставов в режиме реального времени с помощью линейных датчиков с частотой 5 и 7,5 МГц на аппарате марки Aloka-SSD-630 (Япония). Для визуализации коленных суставов использовались 4 продольных и 4 поперечных позиции на передней и задней поверхности коленного сустава с целью оценки выпота в передних отделах сустава (b. suprapatellaris, infrapatellaris), толщины синовиальной оболочки в них, контуров костей, толщины хряща, кист Бейкера, состояние боковых связок коленного сустава и менисков. Для тазобедренных суставов оценивалось шеечно-капсулярное расстояние, область сухожилия m.iliopsoas, контуры головки бедренной кости, фиброзная капсула и толщина хряща. Для оценки структур суставов в норме АСГ была проведена у лиц без ОА (n=30).

**Результаты.** Большинство больных ОА составили женщины (82%), средн. возраст -53,4±1,0 г, средняя длительность ОА -6,2±1,0 г. У 72% (108 чел) имел место гонартроз, у 16% (24 чел) – коксартроз. У 12% (18 чел) – сочетание гонартроза и коксартроза. Преобладал ОА I и II рентгенологических стадий: у 52% и 43% при коксартрозе и у 42% и 48% при гонартрозе соответственно. При гонартрозе проявлением синовита считалось увеличение количества жидкости в передних отделах коленного сустава (b. suprapatellaris >20 мм), с утолщением и изменением структуры синовиальной оболочки (>2 мм), кисты Бейкера. У 126 больных гонартрозом (252 коленных сустава) явления синовита были выявлены в 209 суставах (83%). В остальных случаях клинические симптомы были обусловлены периартритом. В 24% (52 сустава) был выявлен субклинический синовит, который диагностируется только при АСГ. При коксите признаком синовита было увеличение шеечно-капсулярного расстояния более 7 мм. Утолщение и наличие жидкости в области m.iliopsoas расценивалось как периартрит тазобедренного сустава. Синовит при коксартрозе был выявлен у 19 из 42 больных (в 45%), явления периартрита у остальных 55%. Также отмечалось уменьшение толщины хряща в суставах от 0,8 мм до 2,2 мм, по сравнению с контрольной

группой, что отражает отрицательное влияние синовита на состояние хряща при ОА.

**Заключение.** АСГ показывает, что обострение ОА коленных и тазобедренных суставов в большинстве случаев сопровождается развитием осложнений в виде синовита и/или периартирита.

*Пронина Н.Н., Зудбинов Ю.И., Ханов А.Г.*

## ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ДНЕВНОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

ГУЗ «Областная больница-№2», г. Ростов-на-Дону

Дневной стационар на 10 коек ревматологического отделения « ОБ-№2» г.Ростова-на-Дону функционирует 3-ий год. Госпитализация больных осуществляется в соответствии с положением о дневном стационаре и КСГ классификатора кодов заболеваний. В дневном стационаре проходят лечение городские больные с уточненным диагнозом и умеренной степенью активности заболевания Возможности дневного стационара широко используются для обследования призывников.

**Цель исследования.** Провести анализ эффективности использования коечного фонда, оценить потенциальные возможности дневного стационара в лечебно-диагностическом процессе, разработать предложения по оптимизации работы в свете Национальных программ по здравоохранению.

**Материалы и методы.** Статистический отчет о работе коек и госпитализированной заболеваемости дневного стационара за 2006 г.

**Результаты исследования.** Все 302 больных госпитализированы в плановом порядке.. Оценка качества лечения проводилась по изменению индекса активности основных клинических синдромов с расчетом критериев эффективности ( <20%-отсутствие эффекта, >20%-улучшение, минимальный эффект; 30-40%-улучшение, удолетворительный эффект; 50-60% улучшение, хороший эффект; >70%-улучшение, очень хороший эффект). Поквартально пролечено36, 112, 70, 84 больных, выполнено 383, 1412, 1048, 950 к/дня при средней длительности 10,92; 12,61; 14,97; 13,20 к/дня. По нозологиям всех пролеченных больных можно разделить на 2 группы. На долю ревматологических заболеваний, поквартально, приходится соответственно 70, 77, 96, 68%. Кардиологические больные составляли соответственно 30, 23, 3, 27% среди пролеченных больных. В абсолютных цифрах число ревматологических больных 25, 86, 67, 57, кардиологических 11, 26, 3,.27. В структуре госпитализированной заболеваемости в 1 квартале наиболее часто встречаемые заболевания: ССА 48%, РА 16%, подагра 12%; во 2 квартале ССА 39%, болезни костно-мышечной системы 26%, РА 23%; в 3-ем РА 34%, ССА 27%, ДБСТ 12%; в 4-ом ССА 32%, РА 28%, болезни костно-мышечной системы 21%. Серопозитивный вариант РА встречался соответственно в 100, 65, 74, 77%, В результате лечения у 90% пролеченных больных достигнут хороший и очень хороший эффект.

**Заключение.** Дневной стационар специализированного отделения является эффективной, экономически оправданной в современных условиях формой оказания массовой медицинской помощи в условиях ОМС. Необходимо расширение нозологического ряда заболеваний и социального контингента дневных стационаров. Контингент госпитализированных больных может быть расширен за счет госпитализации на дневные койки сельских жителей прилегающих к мегаполису районов. Ревматологические больные могут шире госпитализироваться в д/с при умеренном нарушении функции суставов без ограничения по возрасту.

*Рыбак В.А., Курушина О.В.*

# ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра неврологии, нейрохирургии

Хронические болевые синдромы занимают ведущее место в практической медицине по распространенности, причиняемым страданиям, утрате трудоспособности. Боли в спине по данным эпидемиологических исследований встречаются у 80% взрослого населения. Таким образом, изучение эмоционально-психологического статуса у данной многочисленной группы пациентов может являться основой для дальнейшего повышения эффективности лечения.

**Цель:** изучение особенностей эмоционально-психологического статуса у больных с вертеброгенными хроническими болевыми синдромами.

**Материал и методы:** обследовано 118 пациентов с вертеброгенными болевыми синдромами различной локализации длительностью более 3-х месяцев в возрасте от 35 до 72 лет. Проводился сбор жалоб, клинико-неврологическое обследование, общеклиническая лабораторная диагностика. Вертеброгенный характер болевого синдрома верифицировался с помощью рентгенологических методов и магнитно-резонансной томографии. Оценка степени боли проводилась с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Для выявления базисных личностных особенностей применялся опросник Айзенка, реактивную и личностную тревожность изучали с помощью теста Спилбергера, наличие депрессивных проявлений определялись посредством теста Бэка.

**Результаты:** У пациентов с хроническими болевыми синдромами высокий уровень психотизма, т.е. конфликтность, социальная дезадаптация был выявлен в 32,2% случаев, высокие оценки по шкале нейротизма, т.е. напряженность, тревожность, недовольство собой зафиксировано у 58,5%. Реактивная и личностная тревожность у 19 (16,1%) пациентов соответствовала низкому уровню, у 89 (75,4%) – умеренному, а у 10 (8,5%) – высокому.

Депрессивные расстройства умеренной и средней степени выраженности встречались у 65 (55,1%) и 34 (28,8%) больных соответственно.

**Заключение:** у пациентов, страдающих хроническими вертеброгенными болевыми синдромами, выявляются значительные нарушения эмоциональной сферы. Эта особенность может являться как результатом длительного алгического расстройства, так и предиспозиционным фактором для возникновения и хронизации болевого синдрома. Таким образом, в лечении этой патологии необходимо уделять внимание коррекции эмоционально-психологических нарушений.

*Самусев С.Р., Маланин Д.А., Новочадов В.В., Тетерин О.Г.*

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА VISCORNEAL®ORTHO ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГОНАРТРОЗОМ

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградский научный центр РАМН и АВО, МУЗ КБ № 12 г. Волгоград, РФ

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с гонартрозом путем включения в комплексные лечебные мероприятия вискосаплиментарной терапии.

**Задачи исследования:** оценка клинической эффективности и переносимости препарата VISCORNEAL®ORTHO при лечении больных с остеоартрозом коленного сустава.

**Материалы и методы:** в исследование было включено 48 пациентов (средний возраст 62,2 года) с достоверным гонартрозом: I-II стадии (n=34), III стадии (n=14). Средняя продолжительность заболевания составляла 11,7 лет (от 3 до 30 лет). Диагноз остеоартроза коленного сустава был подтвержден рентгенологически, данными МРТ, данными, полученными при артроскопическом лечении гонартроза**.** У всех больных раннее проведенное в полном объеме консервативное комплексное лечение гонартроза не привело к купированию патологических симптомов: у больных сохранялись боли, механические признаки нарушения функции, рецидивирующий синовит, в связи с чем всем больным была проведена операция артроскопического дебридмента коленного сустава.

Пациенты были разделены на две группы, сравнимые между собой по основным физиологическим и клиническим показателям. Основная группа (n =24) в послеоперационном периоде и после него наряду со стандартным лечением гонартроза (НПВС, хондропротекторы, лечебная гимнастика, физио-процедуры) получала курс вискосаплиментарной терапии препаратом VISCORNEAL®ORTHO. Контрольная группа (n=24) принимала аналогичное лечение без применения VISCORNEAL®ORTHO. Эффективность терапии оценивали через 1 месяц, 3, 6 и 12 месяцев с использованием визуально-

аналоговой шкалы боли, функционального индекса Лекена, опросника SF-36.

**Результаты:** инъекции VISCORNEAL®ORTHO хорошо переносились всеми пациентами. Статистически значимое улучшение в основной группе было отмечено у 19 пациентов, 4 - признали курс лечения неэффективным, у одного пациента наблюдали ухудшение в течении заболевания, проявившееся в сохранении болевого синдрома и уменьшении двигательной активности через год после лечения. В контрольной группе улучшение было зарегистрировано у 12 пациентов, ухудшение - у 6,отсутствие эффекта – у 6 пациентов.

Показатели выраженности болевого синдрома по ВАШ в основной группе уменьшались в среднем на 40 – 45 мм по сравнению с исходным уровнем, у пациентов контрольной группы - на 25-30 мм. Ограничение функции коленного сустава по индексу Лекена уменьшались на 10-15 % в основной группе и на 5 –10 % в контрольной группе по сравнению с исходным уровнем. Анализ самооценки пациентами своего общего состояния по SF-36 показал достоверно более значительное улучшение качества жизни в основной группе. У большинства пациентов (62 %) основной группы клинический эффект наступал на 3-4 неделе лечения и сохранялся в течении 6-12 месяцев после его завершения. Большая стабильность достигнутого эффекта вискосапплиментарной терапии отмечена у пациентов с I-II стадией гонартроза по I. Kellgren, I. Lawrence.

**Выводы:** VISCORNEAL®ORTHO является безопасным эффективным препаратом, позволяющим добиваться значительного уменьшения интенсивности болевого синдрома и улучшения функционального состояния коленного сустава у большинства больных с гонартрозом. Назначение внутрисуставных инъекций VISCORNEAL®ORTHO можно рекомендовать больным гонартрозом, у которых другие виды терапии малоэффективны или вызывают побочные эффекты, требующие прекращения лечения.

*Сапарбаева М.М., Исаева Б.Г., Полимбетов Д.С.*

## ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

Казахский Национальный медицинский университет, Алматы, Казахстан

Эндокринная система оказывает сложное влияние на структуру и функцию всего опорно–двигательного аппарата. Тиреоидные гормоны способствуют усилению костного метаболизма и снижению минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Недостаточная продукция тиреоидных гормонов также способствует развитию дегенеративных процессов и в хрящевой ткани. Территория г. Алматы считается зоной йодной недостаточности. В настоящее время общепризнано, что йоддефицитные заболевания – это скрытый гипотиреоз.

**Цель исследования:** изучение МПКТ и особенностей течения остеоартроза (ОА) у больных с гипотиреозом.

**Материал и методы** Обследовано 60 больных с достоверным диагнозом ОА по K. Altmany (1996) в возрасте от 20 до 60 лет (средний - 44,05± 12,3 ). В зависимости от анатомического и функционального состояния щитовидной железы, больные ОА были распределены на 4 группы. Для рентгенологической диагностики ОА использовались критерии Kellgren-Lawrence. МПКТ оценивали с помощью периферического костного денситометра фирмы «Pronosco X». Функция щитовидной железы оценивалась по уровню тиреоидных гормонов в крови (Т3, Т4, ТТГ, антитела к тиреоглобулину), характер поражения - по результатам ультразвукового исследования (УЗИ).

Первую группу представляли 11 (18,3%) больных с впервые выявленным декомпенсированным гипотиреозом, вследствие хронического аутоиммунного тиреоидита (АИТ) и эндемического зоба (ЭЗ), 2-ую - 9 (15%) - с медикаментозно компенсированным гипотиреозом на фоне АИТ и ЭЗ, 3-ью – 4 (6,6%) - после субтотальной резекции щитовидной железы, 4- ую - 36 (60%) - без нарушения функции щитовидной железы. Заместительная терапия продолжительностью от 7 до 12 лет проводилась во 2-й и 3-й группах L-тироксином в дозе от 100 до 150мкг.

**Результаты.** При оценке МПКТ самая незначительная степень ее снижения установлена в 1-й группе - остеопения у 1(9,09%) пациента, возможно обусловленное замедлением процессов ремоделирования кости, свойственное гипотиреозу. Форма ОА - локализованная, I степени. Во 2-й группе выявлялись нарушения МПКТ в виде остеопении - у 5 (55,5%) , остеопороза (ОП) - у 1 (11,1%). Особенностью изменений МПКТ в 3-й группе было более выраженное снижение МПКТ - ОП у всех пациентов, причем в анамнезе у 3-х отмечались переломы. Особенностью течения ОА у женщин 2 и 3 групп была генерализация процесса с вовлечением в процесс дистальных межфаланговых суставов кистей и дебют болезни в более молодом возрасте ( средний 35,7 ± 3,6 лет). В 4-й группе выявлялась остеопения у 4 (11,1%) , а ОП - у 3 (8,3%). Нарушения МПКТ отмечались у пациенток в менопаузе.

**Выводы**. Остеопенические нарушения у больных ОА на фоне гипотиреоза зависят от терапии тиреоидными гормонами и постменопаузальной гипоэстрогенемии. Все это свидетельствует о том, что дефицит эстрогенов играет важную роль в раннем развитии не только остеопороза, но и остеоартроза.

*Саранов А.А., Мирошникова В.В.*

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ФИБРОМИАЛГИЕЙ

Волгоградский государственный медицинский университет. Кафедра неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики

Фибромиалгия (ФМ) характеризуется наличием распространенного болевого синдрома и гиперчувствительностью к пальпации специфических триггерных точек, а также рядом коморбидных расстройств, включающих хроническую усталость, инсомнии, головные боли, синдром раздраженного кишечника. В связи с отсутствием специфических объективных данных, адекватно объясняющих симптомы ФМ, многими авторами высказывается точка зрения, что ФМ является психогенным заболеванием. В частности, особенно часто упоминается наличие у больных ФМ депрессии. По данным разных исследователей ее распространенность в данной группе пациентов составляет от 28,6% до 70%. Гораздо меньшее внимание ученых уделялось распространенности тревоги у пациентов с ФМ.

**Цель:** оценить распространенность депрессии и тревоги у пациентов с фибромиалгией.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 35 больных ФМ, диагноз которым был поставлен на основании критериев АКР (1990). Средний возраст больных составил 48±10,32 года, средняя длительность заболевания 9±9,23 года. Среднее число болезненных триггерных точек 16±9,99, выраженность боли при пальпации триггерных точек – 95±35,56 (в диапазоне 0-180). Проводился тщательный сбор анамнеза с детализацией жалоб, клинико-инструментальное обследование, заполнение опросников депрессии Бека, ВАШ, шкала тревоги Спилбергера, статистическая обработка результатов.

**Результаты:** тревожное расстройство было выявлено у 32,3% пациентов, депрессия - у 34,8%. Эти цифры более чем в три раза выше, чем показатели в среднем в популяции (10 и 9% соответственно). У пациентов с тревогой зафиксировано большее число симптомов, связанных с ФМ (головные боли, инсомнии и т.д.), а также более высокая интенсивность боли (8,9 баллов по ВАШ). У пациентов с депрессией, напротив, число соматических жалоб и интенсивность боли были значительно ниже (6,3 балла по ВАШ). Статистический анализ результатов показал отсутствие прямой связи между наличием депрессии или тревоги и выраженностью боли, что согласуется с данными, полученными другими исследователями.

**Обсуждение:** ФМ характеризуется значительной выраженностью болевых и других коморбидных феноменов. Интересным является тот факт, что не у всех пациентов с ФМ имеются нарушения в психоэмоциональной сфере. Возможно, преморбидные личностные характеристики, варианты копинг-стратегии, уровень социальной поддержки являются определяющими в развитии указанных расстройств. Проведенное исследование показывает высокую распространенность депрессивных и тревожных расстройств среди

больных ФМ. Этот факт имеет важное практическое применение при построении тактики лечения этой группы пациентов с обязательным включением психотропных препаратов для более раннего и успешного достижения положительного терапевтического результата.

*Сатыбалдыев А.М., Акимова Т.Ф.*

# ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ОСТЕОНЕКРОЗ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ГУ Институт ревматологии РАМН, г.Москва, Россия

Наиболее частой причиной преждевременной летальности у больных ревматоидным артритом (РА), сокращающей среднюю продолжительность жизни, являются заболевания сердечно–сосудистой системы [1], среди которых инфаркт миокарда (ИМ) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) занимают первое место. Остеонекрозы (ОН), по мнению большинства авторов, также вызываются нарушениями кровоснабжения субхондральной кости [2] и, нередко, развиваются у больных РА, ухудшая функцию суставов и качество жизни [3]. Одной из важных особенностей ОН у больных РА является их развитие на фоне других внесуставных проявлений [3].

**Целью** исследования явилось изучение частоты развития ОН, ИМ и ОНМК у больных РА, а также частоты их сочетания у одного больного.

В течение 25 летнего периода происходило наблюдение с продолжением включения новых случаев среди 274 больных РА (237 женщин, 37 мужчин, средний возраст в начале РА 49,6 лет с интервалом от 18 до 80 лет) и регистрация указанных поражений. Зарегистрированы ОН крупных суставов у 54 (19,7%) больных: 51 женщина, 3 мужчин, средний возраст начала РА 40,9 лет, развились в среднем через 13.1 лет от начала РА Локализация ОН: головка бедра – 39 больных (у 22 – двусторонние), область коленных суставов – 24 больных ( у 8 – двусторонние), головка плеча – 12 больных ( у 9 – двусторонние), область локтевых суставов – 4 больных. У 31 больного ОН были множественными (всего 118 суставов). У всех больных ОН развились после начала РА.

ИМ зарегистрированы у 16 (5,8%) больных: у 11 больных до развития РА, у 6 больных после начала РА в среднем через 16,4 года. ОНМК развились у 9 больных (все женщины) в среднем через 11 лет (интервал 2-35 лет) от начала РА. У 1 больной ОНМК развивалось дважды – за 18 лет до начала РА и через 18 лет после его начала. Достоверно реже выявлялись одновременно ОН и ИМ ($p<0,000009$), ОН и ОНМК ($P<0,0000001$), ИМ и ОНМК ($p<0,000006$).

Т.о., длительное 25 летнее изучение больных РА показало: хастое выявление таких заболеваний как субхондральный ОН крупных и средних суставов (19,7% больных), более редкое выявление инфаркта миокарда (5,8%

больных) и острого нарушения мозгового кровообращения (3% больных). Выявлено избирательное поражение органов-мишеней (субхондральная кость, сердце и головной мозг) и редкое поражение двух органов-мишеней у одного больного.

1. Boers M, Dijkmans B, Gabriel S, et al. Making an impact on mortality in rheumatoid arthritis. Targeting cardiovascular comotbidity. Arthritis Rheum 2004; 50: 1734–1739

2. Насонова В.А. Остеонекроз тазобедренного сустава.- Consilium Medicum. 2003; 05(8):452-4

3. Цурко В.В., Иванова М.М., Токмачев Ю.К. Кортикостероидная терапия и асептические некрозы костей у больных ревматоидным артритом. Тер. арх. 1995; 7: 71-74

*Сатыбалдыев А.М., Акимова Т.Ф., Иванова М.М.*

# ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ РА, НАЧАВШЕМСЯ В 50 ЛЕТ И СТАРШЕ, ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ И СИСТЕМНОМ ПРИЕМЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ

ГУ Институт ревматологии РАМН, г.Москва

**Материал, методы.** Наблюдались в течение 25 лет (1977 по 2002 гг) 173 больных РА, заболевших в 50 лет и старше (м-31, ж-142, ср.возраст в начале наблюдения 59,06 лет, ср.продолжительность болезни 7,0 лет).

**Полученные данные.** Умерли 47 больных (28%), мужчины - 8, женщины - 31, ср.возраст 70,2 лет, ср.возраст начала РА 59,3 лет, ср.продолжительность наблюдения 10,9 лет. Причины смерти: амилоидоз (А)- 15(32%), инсульт – 14(30%) инфаркт миокарда (острая сердечно-сосудистая недостаточность) – 7(15%), онкологические заболевания – 7(15%), сепсис- 5(10%).

Среди умерших больных, течение заболевания которых осложнилось А, аваскулярным некрозом костей или остеопоротическими переломами (29 больных) при снижении ср. продолжительности жизни (66 лет) структура смертности менялась: А – 67%, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)– 26%, прочие – 7%. Среди умерших больных, системно длительно принимавших ГК (37 больных), структура причин смерти также была другой: ССЗ 59%, А 33%, причины, связанные с лечением – 8%. Ср. продолжительность жизни 71 год. Среди умерших больных диагноз А был установлен за 2,2 года до смерти, переломы костей развились – за 3,4 года, а аваскулярный некроз за 4,3 года. Особо тяжелый прогноз РА отмечен в группе больных, имевших 2 или более вышеперечисленных осложнений (22 больных): за 10 лет наблюдения умерли 59% (13 больных).

**Выводы:** на продолжительность жизни и структуру причин смерти больных РА, заболевших в 50 лет и старше оказывают влияние такие неблагоприятные факторы, как наличие осложнений и, особенно, их сочетание. Длительное применение глюкокортикоидов, с одной стороны, не оказывает влияния на продолжительность жизни, с другой – изменяет структуру смертности, увеличивая удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний.

*Серопегин А.В., Грехов Р.А., Харченко С.А., Новикова О.В., Бондаренко Е.А., Булатова А.Н., Яшина Ю.В., Молчанова О.А., С.А.Бай, Никифорова Н.В.*

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

Несмотря на то, что за последние годы в лечении ревматоидного артрита (РА) достигнут значительный прогресс, фармакотерапия данного заболевания остается одной из наиболее сложных проблем медицины. В связи с этим поиск новых методов в комплексной терапии РА, включающих наряду с традиционной лекарственной терапией применение методов, рассчитанных на нормализацию нейрогуморальных процессов, остается актуальным. Весьма перспективным в этом плане представляется применение терапии с использованием биологической обратной связи (БОС).

**Цель исследования** - изучение эффективности терапии с использованием БОС в комплексном лечении больных РА.

**Материалы и методы**. В исследование были включены 68 больных с верифицированным диагнозом РА. Средний возраст – 42,5±0,79 года. Средняя продолжительность заболевания – 7,23±0,47 лет. Больные были разделены на две группы, сопоставимые по клиническим характеристикам заболевания. В основной группе (41 человек) пациенты получали ежедневные сеансы БОС терапии на аппарате «Реакор» на фоне медикаментозной терапии. Курс – 10 сеансов. Контрольная группа (27 человек), получала аналогичное медикаментозное лечение. Анализ эффективности терапии у больных РА проводился путем изучения динамики обязательных клинико-лабораторных показателей, а также использовались критерий Европейской противоревматической лиги – комбинированный индекс DAS 28 (Disease Activity Score) и критерий Американской коллегии ревматологов (ACR); и их сопоставления у больных основной и контрольной групп до, и после лечения. Дополнительно изучалось психологическое состояние пациентов, включавшее определение уровня реактивной тревожности (методика Спилбергера-Ханина), депрессии (методика Бека). Для статистического анализа использовались критерий Стьюдента и критерий $\chi 2$ (хи-квадрат).

**Результаты исследования**. По окончании курса лечения его результаты оказались достоверно лучшими в основной группе больных РА ($\chi^2$ = 7,57; p<0,01), где наблюдалась достоверная положительная динамика: уменьшение воспалительного индекса, суставного счета, времени утренней скованности, снижение СОЭ, С-реактивного протеина. У пациентов обеих групп достоверно изменялся DAS 28 (p<0,05), однако в основной группе эти изменения были более выражены. Оценка эффективности терапии по критериям ACR в основной группе была достоверно выше, чем в контрольной (p<0,01). Психологическое обследование показало наличие высокого уровня реактивной тревоги и депрессии у всех больных РА. После окончания курса лечения у больных основной группы, по сравнению с контрольной, отмечалась не только лучшая динамика клинико-лабораторных показателей, но и более выраженная тенденция к нормализации психологического статуса.

**Выводы.** Таким образом, проведенный анализ клинико-лабораторной и психологической оценки эффективности применения терапии с использованием БОС позволяет рекомендовать ее для применения в ревматологической клинике в качестве вспомогательного метода, повышающего эффективность проводимой терапии и лечебно-реабилитационных мероприятий при РА, оказывающего позитивное влияние на тревожно-депрессивные нарушения у больных РА.

*Сизова Л.В., Чернышева Т.В., Багирова Г.Г.*

## ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ПОМОЩЬЮ DISEASE ACTIVITY SCORE-28

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава

Определение активности ревматоидного артрита (РА) имеет важное значение для клинициста, так как в соответствии с ней строится план лечения, в частности подбирается базисная терапия. С учетом «терапевтического окна» для назначения болезнь-модифицирующих препаратов в первые 3 месяца заболевания, адекватная оценка активности РА становится весьма актуальной.

**Цель работы** – изучить возможность и целесообразность оценки активности раннего РА по международному индексу Disease Activity Score-28 (DAS28).

**Материалы и методы:** Было обследовано 102 амбулаторных больных с ранним артритом (длительностью до 1 года) по критериям, предложенным P. Emery (2002), или стойкой артралгией. Среди них РА был диагностирован у 40 пациентов (85% - женщины). Средний возраст больных составил 45,25±18,87 года. Средняя длительность РА – 5,32±3,34 месяца. Для подтверждения диагноза, кроме критериев ACR (1987), которые у многих больных были выявлены в недостаточном количестве, использовалось определение с помощью иммуноферментного анализа крови уровня ревматоидного фактора класса IgM и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (результат интерпретировался как «положительный» при значениях >20

Ед/мл). Уточнению диагноза РА помогало обнаружение во время ультразвукового исследования суставов (аппарат «Diasonics Ultrasound», USA, 1997) симметричных эрозий суставных поверхностей II, III, IV пястных костей и синовита в обоих коленных суставах на фоне равномерного, нормальной высоты или утолщенного вследствие воспаления хряща и отсутствия остеофитов у больных без первичного остеоартроза, при условии исключения артритов другой этиологии. Для оценки активности РА применялся международный индекс активности болезни Disease Activity Score-28 (DAS28). Для его расчета определялось число болезненных и припухших суставов от 0 до 28, общее состояние здоровья, оцениваемое самим больным по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 100 мм, и скорость оседания эритроцитов (СОЭ) в мм/час. Вычисление DAS28 производилось с помощью программируемого калькулятора, установленного в компьютере (www.das-score.nl). Дополнительно для оценки состояния больных ранним РА использовались анкеты HAQ, SF-36 и QOL-RA Scale.

**Полученные результаты:** По данным обследования, среди больных ранним РА преобладали пациенты со II – 18 чел. (45%) и III – 14 чел. (35%) степенями активности заболевания ($p<0,001$). Больных с I степенью активности было всего 8 чел. (20%). Средний показатель DAS28 составил 4,75±1,59, что соответствовало II степени активности болезни. Наиболее тесно показатель DAS28 коррелировал с числом болезненных ($r=0,86$) и припухших ($r=0,83$) суставов (от 0 до 28), $p<0,001$. С оценкой общего состояния, по мнению больного, выявлялась умеренная связь ($r=0,52$, $p<0,001$), а с показателями СОЭ – слабая корреляционная связь ($r=0,42$, $p<0,005$). Кроме того, была установлена сильная корреляционная связь индекса DAS28 с показателями HAQ ($r=0,78$) и умеренная обратная связь с оценками физического компонента здоровья опросника SF-36 и средними показателями QOL-RA Scale (r соответственно составил -0,57 и -0,54, $p<0,001$).

**Обсуждение:** Число болезненных и припухших суставов оказывает сильное влияние на величину показателя активности РА DAS28 уже в первые месяцы заболевания. Оценка больным своего состояния здоровья также существенно воздействует на DAS28. С традиционно учитываемым уровнем СОЭ связь слабая. Индекс DAS28 коррелирует с показателями функционального состояния суставов и качества жизни больных ранним РА.

**Выводы**: DAS28 может использоваться для оценки активности раннего РА, а, следовательно, и выбора адекватной базисной терапии в зависимости от ее величины. Очевидно, что динамика этого показателя в ходе лечения будет отражать не только изменения клинического статуса больных, но и качества их жизни.

*Симонова О.В., Немцов Б.Ф., Сухих Е.Н.*

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НИЗКИХ ДОЗ МЕТОТРЕКСАТА

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров, Россия

**Цель.** Оценить функциональный статус (ФС) и качество жизни (КЖ) больных ревматоидным артритом (РА) при применении низких доз метотрексатата (МТ).

**Материалы и методы.** Исследование проведено у 76 больных достоверным РА. Преобладали женщины (88,2%) с длительностью болезни от 1 года до 5 лет (52,6%) и более 5 лет (30,3%). Все больные имели генерализованный суставной синдром. Большинство больных (88,2%) были серопозитивны по ревматоидному фактору, имели III ст. активности (79%), экстраартикулярные проявления (80,3%), II (59,2%) и III (30,3%) рентгенологические стадии болезни. 19,7% пациентов имели стероидозависимость. Все больные получали терапию МТ в дозе 10 мг/неделю. Из фоновой терапии больные продолжали принимать нестероидные противовоспалительные препараты и поддерживающие дозы преднизолона (в случае стероидозависимости) в дозах, которые они получали в течение 2-4-х недель до начала исследования без видимого эффекта. Для оценки функциональных возможностей и КЖ пациентов применяли опросник HAQ, функциональный тест Lee, индекс тяжести и опросник SF 36. Для оценки влияния заболевания на КЖ больных проводили сравнительную оценку показателей КЖ больных РА и показателей популяционных норм, которые были получены Межнациональным центром исследования КЖ в Санкт-Петербурге с вычислением 8 основных показателей: ФФ –физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, Ж – жизнеспособность, ПЗ – психическое здоровье, СФ – социальное функционирование, Б – боль, ОЗ – общее здоровье. Оценку изучаемых показателей проводили до начала лечения, через 1, 3, 6, 12, 18, 24 и 36 месяцев терапии метотрексатом.

**Полученные результаты.** Проводимая терапия приводила к достоверному и стойкому улучшению HAQ, теста Lee и индекса тяжести ($p<0,05$) на всех этапах наблюдения. Средний индекс тяжести на момент начала терапии МТ равнялся 6,2±1,5 балла, что свидетельствовало о преобладании тяжелых вариантов течения РА. Терапия МТ позволила снизить индекс тяжести до 5,2± 0,5 ($p<0,05$). Все показатели КЖ были достоверно значимо хуже у больных РА в сравнении со здоровыми лицами ($p<0,001$). У больных РА в наибольшей степени изменялись показатели физического здоровья (ФФ, РФФ, Б). РФФ было снижено на 95%, показатель Б на 53%, показатель ФФ – на 73% в сравнении со здоровыми лицами. Среди показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье (ПЗ, Ж, СФ, РЭФ), в большей степени было снижено РЭФ – на 79%, и жизнеспособность – на 31% в сравнении с показателями здоровых лиц. Показатель СФ, являясь самым высоким среди всех параметров КЖ у больных РА, тем не менее, был на 39% хуже, чем у

здоровых. При этом самые низкие показатели КЖ у больных РА были получены до начала лечения. Проводимая терапия оказывала положительное влияние на основные параметры КЖ больных. Улучшались показатели физического здоровья: ФФ, РФФ, Б ($p<0,05$). Достоверного изменения показателей ПЗ, СФ и Ж на фоне терапии низкими дозами МТ не установлено.

**Обсуждение.** Показатели ФС и КЖ являются важными критериями оценки эффективности проводимой терапии у больных РА. Полученные нами данные по динамике отдельных показателей КЖ на фоне терапии МТ соответствует данным литературы: наиболее чувствительными являются показатели физического здоровья, менее чувствительными – психического.

**Выводы.** Полученные данные по оценке ФС и динамике отдельных показателей КЖ на фоне терапии низкими дозами МТ позволяют утверждать, что в период активности РА ухудшается КЖ больных: страдает физическое, психологическое здоровье, нарушается социальная активность. Терапия низкими дозами МТ способствует улучшению показателей ФС и физического здоровья у пациентов РА.

*Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Лешина О.А., Устинова М.Н., Емельянов Д.Н.*

## ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ПРИ СИСТЕМНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

**Цель:** оценка использования для лечебных целей при остеопорозе сразу трех факторов физиотерапевтического воздействия: постоянного магнитного поля (ПМП), импульсного инфракрасного лазерного и непрерывного красного светодиодного излучений. Такое совместное воздействие при лечении многих заболеваний оказалось более эффективным, чем их раздельное применение.

**Материалы и методы:** нами накоплен опыт симптоматического магнитолазеролечения 26 пациенток с системным остеопорозом путем применения аппаратов «МИЛТА-01» (М22). Средний возраст больных составил 54,3±4,2 года, средняя длительность заболевания – 3,6±0,9 года. Все пациентки находились в фазе менопаузы и предъявляли жалобы на выраженные боли по ходу позвоночника, в крупных суставах и трубчатых костях (субъективная оценка по визуальной аналоговой шкале – ВАШ – 7-8 баллов).

При денситометрии у всех больных было выявлено значительное и достоверное снижение плотности костной ткани в зоне запястий (ПКТЗ). В момент обследования пациентки еще не получали патогенетическую терапию (препараты кальция + альфакальцидол, бисфосфонаты, миакальцик). МИЛ-терапия была назначена в виде монотерапии (каждая из пациенток дала на это свое информированное согласие). Магнитолазерному воздействию подвергались зоны наибольшей болезненности, биологические активные точки

(БАТ) так называемого «базового рецепта» и проекция крупных сосудов (аорта, легочный ствол). Мощность импульсного ИК-лазера составляла 4-6 Вт, красного монохроматического диода (непрерывное излучение) – 50 мВт, напряженность поля магнитной насадки – 50 мТл. Общее время на процедуру не более 20 минут (1-2 мин на поле), на курс 10-12 ежедневных процедур. Методика лечения – контактная, стабильная.

**Полученные результаты:** на фоне применения магнитолазерной монотерапии отмечено значительное ослабление болевого синдрома ко 2-3 процедуре и полное его купирование – к 8-й процедуре у 100% больных ($p<0,05$), значительно улучшилось субъективное самочувствие и повысилось настроение больных. При проспективном наблюдении спустя 1 месяц ни у одной из пациенток не отмечено рецидива болевого синдрома (субъективная оценка боли по ВАШ – 0-1 балл). Все пациентки на данном этапе добровольно воздержались от назначения патогенетической терапии. Вместе с тем, при контрольном рентгенологическом исследовании спустя 1 месяц после МИЛ-терапии положительной динамики ПКТЗ ни у одной из больных выявлено не было.

**Обсуждение и выводы:** таким образом, согласно предварительным данным, магнитолазерная монотерапия аппаратом «МИЛТА» оказывает выраженный симптоматический анальгетический эффект у больных системным остеопорозом. Ее можно рекомендовать как средство быстрого облегчения состояния больного при сильных болях, перед назначением патогенетической терапии или в комплексе с нею.

*Скрябина Е.Н., Грайфер И.В., Гайдукова И.З., Кузьмина О.А.*

## ЗНАЧЕНИЕ РЕОВАЗОГРАФИИ С ХОЛОДОВОЙ ПРОБОЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», г. Саратов, Россия

**Целью** исследования явилось уточнение особенностей проведения холодовой пробы и трактовки её результатов, а также значимости для диагностики и лечения больных с нарушением микроциркуляции.

Обследовано 40 больных (20 мужчин и 20 женщин) системной склеродермией и системной красной волчанкой с клинически выраженным синдромом Рейно. Контрольную группу составили 40 практически здоровых врачей-интернов (в равных количествах мужчины и женщины). Всем проводилось РВГ исследование с холодовой пробой, позволявшее судить о состоянии тонуса и кровенаполнения артерий и вен.

Как показали наши исследования, отрицательная холодовая проба выявлена у 75% обследуемых лиц из контрольной группы. В остальных случаях

– холодовая проба расценивалась как положительная, что свидетельствовало о нарушении пульсового кровенаполнения и позволило диагностировать нейроциркуляторную дистонию. В группе больных с синдромом Рейно отрицательная холодовая проба определена в 40% случаев, положительная – у 60% больных. При этом у больных с синдромом Рейно преобладал спастический тип (66,5%) сосудистых расстройств, гипотонический характер нарушений встречался в 12,5% случаев, смешанный – в 21%. У больных нейроциркуляторной дистонией доминировала гипотоническая реакция сосудов на холод (70%), спастический и смешанный типы составили 20 и 10% соответственно. При сравнительной оценки выраженности выявленных гемодинамических сдвигов у больных с синдромом Рейно определены достоверно более значимые нарушения кровообращения.

**Выводы.** РВГ с холодовой пробой – неинвазивный, доступный, информативный метод диагностики нарушений периферического кровообращения. Проведённое исследование показало особенности реакции сосудов на холодовую пробу. У здоровых лиц холодовая проба была отрицательной, что свидетельствовало о нормальной реакции сосудов на холод. У пациентов с нейроциркуляторной дистонией и больных с синдромом Рейно определена положительная холодовая проба, отражавшая неадекватную реакцию сосудов - снижение пульсового кровенаполнения, более выраженное у больных с синдром Рейно. Отрицательная холодовая проба у 40% больных с синдромом Рейно была обусловлена длительной предшествующей терапией базисными вазоактивными препаратами. Определены два основных типа реакции сосудов на холод, обусловивших нарушение микроциркуляции. При спастическом типе основой нарушения микроциркуляции явился чрезмерный вазоспазм артериол. При гипотоническом типе определяющую роль в нарушении гемодинамики играл затруднённый венозный отток, обусловленный снижением тонуса вен.

**Таким образом,** данный метод даёт возможность не только констатировать наличие нарушения кровообращения исходно и после холодовой пробы уже на ранних этапах, но и позволяет сепарировать механизмы и звенья гемодинамических расстройств. Знание этих механизмов важно для обеспечения дифференцированного подхода к лечению имеющихся расстройств микроциркуляции, так как дает возможность предусматривать использование в отдельных случаях либо спазмолитических средств, либо препаратов с флеботоническим эффектом, либо их комбинацию.

*Соломин М.Ю., Вершинин Е.Г., Замарина О.В., Зенкина С.И.*

# МЕСТО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Волгоградский государственный медицинский университет

Реабилитация больных с патологией опорно-двигательного аппарата является важной медико-социальной задачей. Особое место среди данной группы больных занимают дети, страдающие ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА).

ЮРА - системное, аутоиммунное, ревматическое заболевание человека, неизвестной этиологии, характеризующееся воспалением синовиальной оболочки суставов, деструкцией хрящевой и костной ткани. Особенностью детского возраста является развитие широкого спектра внесуставных осложнений. Медицинская и социальная значимость ЮРА определяется несколькими обстоятельствами.

Во-первых, главной чертой этого заболевания является почти постоянные боли и прогрессирующие нарушения функции суставов. Любая боль, особенно у ребенка, приводит к снижению качества жизни, а хроническое деструктивное воспаление к ранней инвалидизации. А в конечном итоге к уменьшению продолжительности жизни. Во-вторых, несмотря на то, что в лечении ЮРА достигнуты большие успехи, в практической деятельности приходиться сталкиваться с тяжёлыми клиническими случаями, которые приводят к инвалидизации, а это в свою очередь вызывает необходимость индивидуализации подхода к комплексному лечению в каждом конкретном случае заболевания, особенно с помощью различных средств ЛФК.

В исследование были включены 45 детей — 16 мальчиков и 29 девочек, больных различными формами ЮРА (системный вариант -25 человек, полиартрит – 11 человек, олигоартрит - 9 человек).

Результаты проведенного исследования показывают необходимость использования в комплексном лечении ЮРА средств ЛФК с первого дня заболевания. Индивидуальная программа составляется с учётом анатомо-физиологических особенностей ребёнка, а также в зависимости от клинической симптоматики. Комплекс лечебной гимнастики обязательно включает в себя приемы постизометрической релаксации мышц (ПИРМ), вовлечённых в процесс суставов. Кроме того, больные обучаются специальным приёмам расслабления отдельных мышечных групп.

Проведение ПИРМ способствует устранению мышечного-фасциального дисбаланса. Преимуществами данного метода являются безопасность, патогенетическая направленность, доступность, высокая и стойкая эффективность. Приёмы ПИРМ проводятся в зависимости от конкретного нарушения мышечного баланса у каждого пациента. Количество упражнений подбирается индивидуально.

Лечебная гимнастика выполняется 2-3 раза в день. Курс лечения продолжается всё время нахождения на стационарном лечении. В период ремиссии занятия ЛФК по индивидуальной программе продолжаются. Кроме того, каждый больной получает индивидуальные советы целесообразного поведения и адекватной организации учебной нагрузки. Применение индивидуальной программы приводит к значительному улучшению функций поражённых суставов и повышению качества жизни.

*Степанова Н.Н., Зборовская И.А., Никитина Н.В., Заводовский Б.В.*

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТРОНЦИЯ РАНЕЛАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Государственное учреждение НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; Волгоградский государственный медицинский университет; Волгоградский центр по диагностике и лечению остеопороза

Ревматоидный артрит (РА) является хроническим воспалительным заболеванием суставов, поражающим от 0,5 до 1% населения. Женщины болеют в три раза чаще мужчин, пик заболеваемости приходиться на возраст 35-55 лет. РА часто осложняется остеопорозом (ОП). Среди больных РА с ОП много женщин в менопаузе. Хронический воспалительный процесс при РА, а также сама менопауза влияют на скорость потери костной массы и развитие остеопороза. Усовершенствование методов лечения и профилактики ОП сложного генеза при данном заболевании относятся к актуальным проблемам ревматологии.

**Целью** работы являлось оценить возможность применения стронция ранелата для лечения остеопороза у женщин с ревматоидным артритом.

Нами было обследовано 70 женщин, больных РА. Диагноз РА ставился на основании диагностических критериев Американской ревматологической ассоциации, предложенных в 1987 году. Возраст больных составил от 44 до 68 лет. У всех пациенток была менопауза. У больных в динамике определялись следующие показатели: клинические данные (болевой синдром в костях и позвоночнике), показатели, отражающие прочность кости (BUA, критерии T, Z). Для уточнения патогенеза остеопороза у данной категории больных были изучены биохимические маркеры костного метаболизма. Из биохимических показателей костного формирования были исследованы остеокальцин и щелочная фосфатаза. Из маркеров костной резорбции мы исследовали Cross laps мочи в пересчете на креатинин и тартратрезистентную кислую фосфатазу. У обследованных нами больных были достоверно повышены маркеры костной резорбции (Cross laps в моче в пересчете на креатинин, кислая фосфатаза). Маркеры костного формирования были в пределах нормы.

Для исследования эффективности стронция ранелата больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 32 больных РА с ОП, полу-

чающих стронция ранелат (Бивалос) в дозе 2 г в сутки в течение 6 месяцев. Вторую группу составили 38 больных РА с ОП, которые принимали препараты кальция в дозе 1000 мг в сутки.

На фоне лечения ОП стронция ранелатом отмечались увеличение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) на 5,8%, субъективно больные ощущали уменьшение болей в костях и позвоночнике. Во второй группе отмечалось снижение МПКТ на 0,8%. Анализ биохимических маркеров костного метаболизма показал, что у обследованных больных происходило незначительное увеличение уровня остеокальцина крови и снижение Cross-Laps мочи (в пересчете на креатинин). Побочных эффектов стронция ранелата, требовавших отмены препарата, выявлено не было. Негативного влияния на течение основного заболевания не отмечалось.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о клинической эффективности стронция ранелата у данной категории больных, что позволяет рекомендовать его для лечения ОП у женщин в менопаузе, больных РА.

*Сулейманова Г.П., Грехов Р.А., Кедрова В.Л., Харченко С.А., Бондаренко Е.А., Серопегин А.В., Булатова А.В., Яшина Ю.В.*

## НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

**Цель исследования**: изучить особенности формирования локуса контроля на примере больных синдромом первичной фибромиалгии (СПФ) в зависимости от интенсивности болевой симптоматики.

**Материалы и методы**. Обследуемая группа составила 100 женщин, больных синдромом первичной фибромиалгии. Средний возраст - 43,85±0,79 года, средняя продолжительность заболевания - 7,23±0,47 года. Диагноз устанавливался в соответствии с диагностическими критериями АРА (1990 г). Интенсивность болевого синдрома оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и выражалась в баллах (от 0 до 10).

Для исследования локуса контроля использовался опросник уровня субъективного контроля (УСК) Санкт-Петербургского Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. По интенсивности болевого синдрома больные СПФ были разделены на две группы: в I группу вошли больные с умеренной, периодически возникающей мышечной болью - 3-7 баллов по ВАШ (средний балл 4,97±0,31); II группу составили пациенты с сильной, почти постоянной мышечной болью - 8-10 баллов по ВАШ (средний балл 8,84±0,27).

**Результаты**. Средние значения УСК для всех групп больных СПФ располагались в диапазоне ниже 5,5 стенов, соответствуя внешнему локусу контроля в разной степени выраженности. Однако, группа больных с умеренной

мышечной болью имела достоверно более высокие показатели УСК в сферах интернальности достижений (Ид), неудач (Ин), межличностных взаимоотношений (Им) и здоровья (Из) по сравнению с общей группой (p<0,05). У больных II группы в этих же сферах интернальности (Ид, Ин, Им, Из) были зарегистрированы достоверно самые низкие показатели УСК (p<0,05).

Таблица. Средние показатели шкал теста УСК у больных СПФ

| | Ио | Ид | Ин | Ис | Ип | Им | Из |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Общая группа (N=100) | 2,98 ±0,31 | 3,08 ±0,34 | 3,42 ±0,30 | 4,56 ±0,21 | 4,03 ±0,27 | 3,54 ±0,25 | 2,87 ±0,32 |
| I группа (N=57) | 3,76 ±0,26 | 4,25 ±0,37* | 4,37* ±0,35 | 5,17 ±0,34 | 4,25 ±0,26 | 4,50 ±0,38* | 3,94 ±0,29* |
| II группа (N=43) | 2,03 ±0,19 | 1,95 ±0,29* | 2,71 ±0,18 | 3,95 ±0,43 | 3,67 ±0,33 | 2,58 ±0,21* | 1,83 ±0,27* |

* - p<0,05.

**Обсуждение.** Полученные данные позволяют предположить, что с усилением болевой симптоматики больные СПФ теряют веру в свои силы, не считают себя способными контролировать происходящие с ними события и свои действия, переносят всю ответственность за свое состояние на других людей (в том числе и врачей), занимают наиболее пассивные позиции в борьбе со своим заболеванием.

**Вывод.** Наличие отмеченных психологических характеристик может не только создавать определенные трудности при оценке тяжести состояния больных СПФ, но и существенно затруднять лечебно-реабилитационные мероприятия. Успешное лечение больных СПФ требует активного вовлечения пациентов в процесс терапии, изменения их установок и образа жизни. Эффективность терапии может быть существенно повышена, если больной и врач сформируют рабочее партнерство и пациент станет активным участником лечебного процесса. Для того, чтобы пациент смог приобрести опыт контролируемости ситуации можно рекомендовать использование определенных видов психотерапевтической помощи, таких как групповая психотерапия, психотерапия с применением биологической обратной связи и др.

*Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф., Симонова О.В.*

# ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Кировская государственная медицинская академия, Киров

**Цель**. Оценить влияние различных видов терапии на показатели стабильных метаболитов оксида азота (мNO) в сыворотке крови и моче у больных анкилозирующим спондилоартритом (АС).

**Материал и методы.** Исследование проведено у 93 больных с достоверным диагнозом анкилозирующего спондилоартрита (согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям АС). Средний возраст составил 36,1 ± 1,6 лет. Центральная форма АС выявлена у 45, периферическая у 48 больных. Активность у 9 больных соответствовала I степени, у 58 – II, у 26 - III, по стадиям сакроилеита АС больные распределились следующим образом: I – 8, II - 37, III - 41, IV - 7 пациентов. 33 пациента получали проспидин (Пр) в дозе 200-300 мг/нед. в/в капельно N4 на стационарном этапе, поддерживающую терапию проводили Пр в дозе 100-200 мг/нед в/м. 30 больных получали метотрексат (МТ) в дозе 10 мг/нед. в/м и 30 больных – нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) (диклофенак натрия в дозе 100 мг/сут). Концентрацию стабильных метаболитов оксида азота определяли в сыворотке крови и моче с предварительным осаждением белков методом спектрофотометрии с реактивом Грисса. В качестве контрольной группы по показателям стабильных метаболитов оксида азота использовались здоровые доноры (n=35), возрастной и половой состав которых соответствовал обследуемой группе больных АС. Изучаемые показатели оценивали до начала лечения, через 1, 3, 6, 12 месяцев терапии.

**Результаты.** В группах больных АС выявлено увеличение концентрации стабильных метаболитов оксида азота в крови (24,5 ± 8,7 ммоль/л) и моче (15,8 ± 10,4 ммоль/л), по сравнению с контрольной группой здоровых доноров в крови (4,2 ± 0,1) и моче (2,1 ± 0,09) $p<0,05$, и их концентрация повышалась с увеличением активности заболевания. При изучении динамики показателей стабильных метаболитов оксида азота в процессе терапии НПВС, Пр и МТ установлено, что к 3 месяцу во всех группах наблюдалась тенденция к снижению уровня стабильных метаболитов оксида азота по сравнению с показателями до лечения. К 6 месяцу терапии в группе больных, получавших Пр, отмечено снижение показателей стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови и моче ($p<0,05$), на фоне терапии МТ – в сыворотке крови ($p<0,05$). К 12 месяцам терапии уровень стабильных метаболитов оксида азота сыворотки крови снижался, а в моче несколько возрастал, но продолжал оставаться ниже, чем до начала лечения.

**Выводы.** Таким образом, определение стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови и моче имеет определенное клиническое значение.

Повышение их уровня по сравнению с группой здоровых доноров и с нарастанием активности процесса указывает на их диагностическое значение в качестве лабораторного показателя активности. Отмеченная динамика концентрации стабильных метаболитов оксида азота под влиянием различных видов терапии анкилозирующего спондилоартрита говорит о прогностичекой ценности данного паоказателя.

*Сучилин И.А., Маланин Д.А., Тетерин О.Г., Саргсян А.С.*

# ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ ТРАНСПЛАНТАТОМ «КОСТЬ-СУХОЖИЛИЕ-КОСТЬ» И ОЦЕНКА ЕЕ РЕЗУЛЬТАТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ФИКСАЦИИ БЕДРЕННОГО КОМПОНЕНТА ТРАНСПЛАНТАТА

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградский научный центр РАМН и АВО, МУЗ КБ №12 г. Волгоград, РФ

Трансплантат из связки надколенника «кость-сухожилие-кость» остается на протяжении нескольких десятилетий одним из наиболее часто используемых пластических материалов для реконструкции передней крестообразной связки (ПКС), а его фиксация в костных каналах интерферентными винтами - «золотым стандартом» для сравнения с другими методиками. Клиническое внедрение press-fit фиксации трансплантата «кость-сухожилие-кость» способствовало снижению риска, связанного с использованием интерферентных винтов с сохранением при этом первичной прочности фиксации.

**Целью** исследования являлось клиническое обоснование применения пластики ПКС аутотрансплантатом «кость-сухожилие-кость» с фиксацией костного блока в бедренном канале способом press-fit. В **задачи** работы входило сравнительное проспективное изучение переднего смещения голени после пластики ПКС с использованием двух способов фиксации трансплантата.

**Материалом** для исследования послужили результаты наблюдений за 43 пациентами, разделенными на 2 группы: фиксация трансплантата интерферентными винтами (n=19) и путем плотной посадки (n=24). Средний возраст пациентов - 31 мужчины и 12 женщин, составлял 29 лет. Обе группы были сравнимы по полу, возрасту, давности травмы, уровню физической активности, характеру патологии коленного сустава.

Хирургическая техника артроскопической пластики ПКС чрезбольшеберцовым способом, отличалась в двух группах пациентов лишь способом фиксации костного блока трансплантата в бедренном канале. Длина костных блоков составляла 20 мм, диаметр – 9 и 10 мм. Расположение трансплантата в заднем отделе межмыщелковой ямки бедренной кости соответствовало 10.30 и 1.30 для правого и левого сустава соответственно. Сочетанные опе-

рации у 32 (74%) пациентов включали парциальную резекцию внутреннего (n=19), наружного (8) или обоих менисков (5), дебридмент (2), «мозаичную» пластику (1), формирование микропереломов (1).

**Методы** исследования включали субъективную (тест Lachman, pivot shift) и объективную (артрометр КТ-1000) оценку капсульно-связочного аппарата, которую осуществляли в сроки от 1 до 1,5 лет после операции. При артрометрии коленные суставы находились в положении сгибания на $30^0$, прилагаемая сила составляла 134 N.

После проведенного лечения 42 пациента (98%) не отмечали неустойчивости оперированного сустава и были удовлетворены его результатами. Среднее значение разницы переднего смещения голени между поврежденными и здоровыми суставами после операций в 1-й группе составило 3,5 мм, во 2-й – 3,8 мм. Пять (26%) пациентов 1 группы имели разницу 1-2 мм, 14 (74%) – 3-5 мм, 0 – более 5 мм. Во 2 группе аналогичные показатели составляли 7 (29%), 16 (67%), 1 (4%), соответственно. Pivot shift тест был отрицательным в 40 (93%) наблюдениях, слабо положительным у 2 больных из 1-й и 2-й групп, выраженным – у 1 больной из 2 группы.

Полученные **результаты** свидетельствовали о достижении вполне сравнимых показателей стабилизации коленного сустава, независимо от использованных способов фиксации трансплантата.

*Тетерин О.Г., Петров Д.Ю., Маланин Д.А., Гунин К.В., Лемешкин С.С.*

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ

ВПО «ВолГМУ», ГУ «Волгоградский научный центр РАМН и администрации Волгоградской области», МУЗ «Городская клиническая больница № 3»

В настоящее время, поперечная распластанность, носящая как самостоятельный характер, так и в сочетании с другими статическими деформациями стопы является одним из наиболее распространенных ортопедических заболеваний. Указанная патология вызывает значительные функциональные расстройства, а боли в дистальных отделах стоп обусловливают невозможность пользования обычной обувью, снижают трудоспособность. Тяжелые степени этой деформации приводят к инвалидности. В настоящее время известно более 260 способов оперативного лечения поперечной деформации переднего отдела стопы. Обилие методик свидетельствует о том, что ортопеды не удовлетворены существующими на сегодняшний день методами оперативного лечения данной патологии.

**Цель работы**: улучшение результатов коррекции поперечной деформации переднего отдела стопы путем разработки и внедрения в практическое здравоохранение нового способа оперативного лечения.

**Материал исследования:** за период с 1987 по 2007 годы в Городском Центре ортопедии и косметологии на базе МУЗ ГКБ №3 проведено лечение 675 больных с поперечной деформацией переднего отдела стопы. Среди пациентов было 621 (92%) женщина и 54 (8) мужчины. Распределение больных по возрасту было следующим: до 21 года – 27 (4%), 21-30 лет – 101 (15%), 31-40 лет – 277 (41%), 41-50 лет – 189 (28%) и свыше 51 года – 81 (12%). Всего произведено 821 оперативное вмешательство 675 больным, из них 148 больным на одной стопе и 527 на обеих стопах. Основную группу составили 367 (54%) больных, которым проведено 432 (53%) оперативных вмешательств по разработанной нами методике (патент РФ на изобретение №2093096), заключающееся в пересадке сухожилия приводящей мышцы I пальца к головке I плюсневой кости, с обязательным пересечением сухожилия отводящей мышцы I пальца. Контрольную группу составили 308 (46%) больных, которым произведено 389 (47%) операций по традиционным методикам (Шеде-Бома-Ревердена, Логрошино и др.). Репрезентативность групп обеспечивала их сопоставимость. Для объективизации результатов хирургической коррекции была применена методика автоматизированного компьютерного планшетного сканирования, использование которой позволило исследовать анатомо-функциональное состояние стопы, до и после оперативного лечения. В связи с наличием начальной стадии остеоартроза I плюснефалангового сустава, в послеоперационном периоде с целью хондропротективной терапии, в обеих группах больных применяли алфлутоп.

**Полученные результаты:** после проведенного оперативного лечения индекс Вейсфлога, характеризующий поперечную распластанность стопы в основной группе увеличился на 21%, а в контрольной на 7%. Угол отклонения первого пальца в основной группе уменьшился в среднем на 40%. Уменьшился при этом и угол отклонения пятого пальца в среднем на 17,1%. В контрольной группе данные показатели составили соответственно 26% и 3%. В основной группе общая опорная площадь подошвенной поверхности уменьшилась в 2 раза, а площадь опорной поверхности переднего отдела снизилась в 2,9 раза. В группе контроля аналогичные показатели уменьшились в 1,2 и 1,5 раза.

**Вывод:** объективный анализ анатомо-функционального состояния стопы до и после оперативных вмешательств показал большую эффективность разработанного способа оперативного лечения деформации переднего отдела стопы по сравнению с традиционными методиками.

*Толмачёва С.В., Бабаева А.Р., Симонян А.В., Плетнёва И.В.*

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Важное значение в лечении ОА имеет локальная терапия, преимуществом которой является воздействие непосредственно на очаг поражения, снижение потребности в системно назначаемых фармакологических средствах. В

Волгоградском государственном медицинском университете разработаны оригинальные способы получения бальнеологического средства «Эльтон» из лечебной грязи озера Эльтон, которое представляет собой комплекс липидов: глицериды, насыщенные и ненасыщенные высшие органические кислоты, фосфолипиды, каротиноиды, ксантофиллы, хлорофиллы. В экспериментах показано наличие анальгетического и противовоспалительного эффекта средства «Эльтон».

**Целью** настоящей работы явилось изучение эффективности применения бальнеологического средства «Эльтон» с помощью фонофореза у больных остеоартрозом (ОА).

**Материалы и методы:** в исследование включено 34 пациента в возрасте от 44-70 лет с достоверным диагнозом ОА. Пациенты случайным методом были разделены на две группы. Больные исследуемой группы (первая группа) - 20 человек, получали фонофорез со средством «Эльтон» в течение 15 дней в сочетании с НПВС. Контрольная группа (вторая группа) –14 человек, получала терапию НПВС. Эффективность лечения оценивали по следующим клиническим и лабораторным показателям: выраженность болевого синдрома и скованности, индекс Лекена, индекс WOMAC, уровень антител к коллагену и гиалуроновой кислоте в сыворотке крови больных ОА с помощью иммуноферментного анализа. На основании динамики исследованных показателей проводили суммарную оценку эффективности лечения по градациям: значительное улучшение (положительная динамика более чем на 50%), улучшение (от 20-50%), без изменений (менее 20%), ухудшение ( при отрицательной динамике).

**Результаты:** положительная динамика по всем исследованным показателям (уменьшение боли, скованности, увеличения объёма движения в суставах, улучшение функциональных индексов Лекена, WOMAC, снижение антител к коллагену и к гиалуроновой кислоте) была более выражена в первой группе. У 85,0% пациентов первой группы отмечен положительный результат лечения - значительное улучшение и улучшение. Во второй группе положительный результат наблюдался – у 9 человек (64,3%). При оценке эффективности лечения врачом и больным, совпадение их мнений об эффективности курсового лечения выявили в 90% случаев. Все больные отметили хорошую переносимость средства «Эльтон».

**Выводы:** под воздействием терапии, включавшей локальный фонофорез средства «Эльтон», у больных ОА отмечается уменьшение выраженности суставного синдрома и улучшение показателей функционального состояния пациентов. Снижение уровня антител к коллагену и гиалуроновой кислоте в сыворотке крови больных ОА после курсового лечения свидетельствует об уменьшении иммунного воспаления, что позволяет рекомендовать бальнеологическое средство «Эльтон» в качестве эффективного и безопасного средства для локальной терапии больных ОА.

*Трофименко А.С., Симакова Е.С., Зборовская И.А., Алехина И.Ю., Красильников А.Н., Гонтарь И.П.*

# ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ АНТИТЕЛ К ДЕЗОКСИРИБОНУКЛЕАЗЕ I С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; ВолГМУ, кафедра госпитальной терапии; Волгоград, Россия

**Цель:** поиск клинико-лабораторных ассоциаций антител к дезоксирибонуклеазе I (ДНКаза I) с отдельными видами поражения органов и основными иммунологическими маркерами у больных системной красной волчанкой (СКВ).

**Материалы и методы:** спектр клинико-иммунологических проявлений исследовали у 54 больных СКВ, соответствовавших диагностическим критериям Американской коллегии ревматологии 1997 г. Контрольную группу составили 52 пациента с другими аутоиммунными ревматическими заболеваниями (ревматоидным артритом, системной склеродермией, дерматомиозитом, системными васкулитами, болезнью Шегрена). Сравнение клинических проявлений проводили по наличию поражения кожи, суставов, мышц, серозных оболочек, печени, почек, легких, сердца, нервной системы, васкулита, синдромов Рейно, Шегрена, антифосфолипидного синдрома, гемоцитопений, лимфоаденопатии. Определение антител к ДНКазе I (анти-ДНКазы) и антител к ДНК (анти-ДНК) производили с помощью непрямого твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA-тест). Точки разделения положительных и отрицательных значений определяли с помощью непараметрического ROC-анализа. Концентрации анти-ДНКазы и анти-ДНК выражали в единицах оптической плотности (е.о.п.), представляя их в форме: медиана (первый квартиль, третий квартиль).

**Результаты.** Наличие антител к ДНКазе I выявлено у 35 (64,81%) больных СКВ и у 8 (15,38%) лиц контрольной группы, различие статистически достоверно ($p<0,001$). При сравнении средних значений концентрации анти-ДНКазы у больных СКВ с наличием этих антител (0,124 (0,089; 0,160) е.о.п.) с аналогичным показателем в контрольной группе (0,165 (0,103; 0,277) е.о.п.) статистически значимых различий выявлено не было ($p=0,184$). У больных СКВ с наличием анти-ДНКазы при сравнении с пациентами без этих антител наблюдалось статистически достоверное увеличение частоты лимфоаденопатии ($p=0,046$), люпус-нефрита ($p=0,034$), а также антител к ДНК ($p=0,019$) В отличие от частоты, статистически значимых различий концентрации анти-ДНКазы в зависимости от наличия клинических симптомов и иммунологических маркеров выявлено не было. У больных СКВ с наличием анти-ДНКазы концентрация последней коррелировала с уровнем суточной протеинурии (коэффициент корреляции Спирмена = -0,524; $p=0,031$). Статистически достоверных корреляций концентрации анти-ДНКазы с другими проявлениями СКВ зафиксировано не было.

**Обсуждение**. В литературе рассматриваемая проблема практически не освещена. Имеется лишь единичное сообщение об обнаружении в сыворотках крови 62% больных СКВ анти-ДНКазы, концентрация которой достоверно коррелировала с концентрацией анти-ДНК (Yeh T.M. et al., 2003). Такая частота анти-ДНКазы при СКВ хорошо согласуется с нашими данными. Взаимосвязь анти-ДНКазы с анти-ДНК была подтверждена нами не только напрямую, но и косвенно через наличие ассоциации анти-ДНКазы с люпус-нефритом и протеинурией. Статистическая значимость увеличения частоты лимфоаденопатии при наличии анти- ДНКазы нуждается в проверке на выборочной совокупности большего объема.

**Выводы**. Выявленные нами высокая частота встречаемости антител к ДНКазе I, а также их ассоциация с наличием признаков поражения почек, являются аргументом в пользу участия антител к ДНКазе I в процессе аутоиммунного ответа к эндогенным нуклеопротеидам, имеющем важное патогенетическое значение. Учитывая значительно более высокую частоту анти-ДНКазы при СКВ по сравнению с контролем, представляется целесообразным изучение возможности использования этих антител для верификации диагноза СКВ.

*Турмухамбетова Б.Т., Козлова Л.К., Новикова Н.С., Мамыкин Е.П., Горбачева О.Н.*

## ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ГИПОФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава

**Цель.** Изучить состояние вазорегулирующей функции сосудистой стенки у больных ревматоидным артритом (РА) с гипофункцией щитовидной железы.

**Материалы и методы.** Обследована 21 пациентка с РА. Помимо общепризнанных методик проводилось определение свободной и общей фракции тироксина, трийодтиронина и уровня тиреотропного гормона (ТТГ). Первую группу составили 6 женщин с гипофункцией щитовидной железы. Их средний возраст был 39,2/2,5 года, а длительность РА – 4,5/1,6 года. 4 имели вторую и 2 – третью степень активности РА. Во вторую группу вошли 15 пациенток без патологии щитовидной железы. Их средний возраст был 43,2/3,1 года и длительность заболевания - 7,3/1,9 года. У большинства (10 пациенток второй группы) выявлена II степень активности РА, у 5 - третья. Всем больным проводилось исследование вазорегулирующей функции сосудистой стенки плечевой артерии ультразвуковой системой ACUSON с использованием проб с реактивной гиперемией и нитроглицерином.

**Результаты.** Несмотря не меньшую длительность и активность суставного процесса в группе обследованных с гипофункцией щитовидной железы

средние значения потокзависимой вазодилятации (10,5/2,1%) были достоверно меньше (p<0,01), чем у женщин второй группы (12,5/1,3%). Выявлена отрицательная корреляционная связь (r=-0,5; t=2,5; p<0,02) между активностью суставного процесса и эндотелийзависимой вазодилятацией. Корреляции же показателя эндотелийзависимой вазодилятации с уровнем ТТГ не получено. Возможно, это обусловлено малым числом наблюдений, а также большим влиянием на данный показатель активности заболевания.

**Выводы.** В соответствии с данными литературы при РА действует целый ряд факторов, связанных с нарушением вазорегулирующей функции сосудистой стенки. Общеизвестно влияние тиреоидных гормонов на метаболические процессы и гемодинамику. Не исключено, что гипофункция щитовидной железы усугубляет дисфункцию эндотелия при ревматоидном артрите. Проведенное исследование свидетельствует о необходимости учета и коррекции состояния щитовидной железы у больных ревматоидным артритом.

*Филимонова О.Г., Симонова О.В.*

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров, Россия

**Цель.** Оценить влияние заболевания на психоэмоциональное состояние у больных псориатическим артритом (ПА).

**Материалы и методы.** Исследование проведено у 22 больных с достоверным диагнозом ПА. Преобладали женщины (14), средний возраст 53,14±8,95 лет. Длительность суставного синдрома 9,25±7,44 лет. Стаж кожного псориаза 22,14±15,15 лет. Дебют заболевания с кожного синдрома отмечен у 17 больных, у 3-х больных развитие кожного и суставного синдрома наступило одновременно и у 2-х больных ПА дебютировал с суставного синдрома. Большинство больных имели полиартритический вариант суставного синдрома 77,3%(17), I (6) и II (13) степени активности заболевания. У обследуемых наблюдался вульгарный ограниченный (20 человек) и распространенный (2 человека) псориаз в стационарной стадии (19 чел.). Большинство больных (14) в качестве базисной терапии получали метотрексат 10-15 мг в неделю. Основу обследования больных составили общеклинические методы, принятые в ревматологической практике (боль в суставах по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), выраженность и длительность утренней скованности, число болезненных и припухших суставов, суставной индекс), а также оценка больными своего самочувствия и утомляемости по ВАШ. Для оценки психоэмоционального статуса использовали опросник депрессии Бека (BDI), госпитальную шкалу тревоги и депрессии - HADS (учитывался уровень тревожных и депрессивных симптомов). Уровень тревоги исследовали по шкале ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина.

**Полученные результаты.** По опроснику Бека среднее значение составило 15,86±7,69 баллов. Легкая депрессия наблюдалась у 10(45,5%) больных,

умеренная у 2(9,1%), выраженная и тяжелая у 8(36,4%). По госпитальной шкале клинически выраженная тревога отмечалась у 3(13,6%) больных, субклиническая – у 6(27,3%); клинически выраженная депрессия у 6(27,3%), субклиническая у 4(18,2%). В среднем уровень ситуативной тревожности составил 47,14±14,42 баллов, личностной – 49,05±9,48 баллов. У большинства больных наблюдалась высокая личностная 63,6%(14) и ситуативная 54,5%(12) тревожность. Была выявлена корреляция между выраженностью депрессии по Беку и длительностью утренней скованности (r=0,563; p<0,01), общим самочувствием по ВАШ (r=-0,673; p<0,01), стажем суставного синдрома (r=0,442; p<0,05). Прямая корреляционная связь также обнаружена между уровнем ситуативной тревожности и числом болезненных суставов (r=0,445; p<0,05), уровнем личностной тревожности и утомляемостью по ВАШ (r=0,435; p<0,05), общим самочувствием по ВАШ (r=-0,47; p<0,05).

**Обсуждение.** Распространенность клинически выраженной депрессии в терапевтической практике достаточно велика и колеблется от 25 до 55% в зависимости от конкретных нозологических форм. Полученные нами данные по уровню тревожности и депрессивных расстройств свидетельствуют о значительном ухудшении психоэмоционального состояния больных ПА.

**Выводы.** У больных ПА тревожно-депрессивные состояния встречаются с высокой частотой. Депрессивные расстройства ассоциируются с длительностью утренней скованности, стажем суставного синдрома. Тревожные состояния чаще кореллируют с числом болезненных суставов. Выявленные частота и тяжесть депрессивных расстройств у больных ПА требуют рассмотрения вопроса о медикаментозной коррекции.

*Филимонова О.Г., Чупраков П.Г., Симонова О.В.*

## ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Кировская государственная медицинская академия, г. Киров, Россия

**Цель.** Оценить вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных псориатическим артритом (ПА).

**Материалы и методы.** Исследование проведено у 23 человек (13 больных с достоверным диагнозом ПА и 10 здоровых). Обследуемые группы были сопоставимы по возрасту и полу. Среди больных преобладали женщины (8), средний возраст 48,5±7,5 лет. Длительность суставного синдрома 10,3±8,1 лет. Стаж кожного псориаза 20,0±12,3 лет. Дебют заболевания с кожного синдрома отмечен у 8 больных, у 2-х больных развитие кожного и суставного синдрома наступило одновременно и у 3-х больных ПА дебютировал с суставного синдрома. Большинство больных имели полиартритический вариант суставного синдрома 69,2%(9), I (4) и II (9) степени активности заболевания. У всех обследуемых наблюдался вульгарный ограниченный псориаз в стационарной стадии. Большинство больных (9) в качестве базисной терапии получали метотрексат 10-15 мг в неделю. Основу обследования больных

составили общеклинические методы, принятые в ревматологической практике (боль в суставах по визуальной аналоговой шкале -ВАШ, выраженность и длительность утренней скованности, число болезненных и припухших суставов, суставной индекс), а также оценка больными своего самочувствия и утомляемости по ВАШ. Анализ ВСР проводился путем «коротких» записей (300 интервалов R-R) в стандартных условиях (в первую половину дня, не ранее чем через 2 часа после еды, в положении лежа после периода 15-минутной адаптации). Оценивали статистические и спектральные показатели ВСР, такие, как SDNN – среднеквадратическое отклонение длительности R-R интервалов, RMSSD – среднеквадратическое значение разности двух смежных R-R интервалов, pNN50 – доля измеренных R-R интервалов, отличающихся от предыдущего более чем на 50 мс, HF – мощность чатотных составляющих в диапазоне высоких частот – 0,15-0,4 Гц, LF - мощность чатотных составляющих в диапазоне низких частот – 0,04-0,15 Гц, VLF - мощность чатотных составляющих в диапазоне очень низких частот – 0,003-0,04 Гц, LF/HF – мера баланса симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, ИВР-индекс вегетативного равновесия, ВПР - вегетативный показатель ритма, ИН – индекс напряжения регуляторных систем.

**Полученные результаты.** Было выявлено, что статистические показатели ВСР у больных ПА были достоверно ниже ($p<0,05$, критерий Манна-Уитни), чем в контрольной группе. Спектральные показатели (LF, HF, LF/HF) также достоверно отличались ($p<0,05$, критерий Манна-Уитни). Была выявлена обратная корреляционная связь между степенью активности ПА и SDNN ($r=-0,58$, $p<0,05$), VLF ($r=-0,67$,$p<0,05$). Отмечалась обратная корреляция между числом болезненных суставов и SDNN ($r=-0,42$), между болью в суставах по ВАШ и LF ($r=-0,57$, $p<0,05$). У больных ПА наблюдалось увеличение тонуса симпатической нервной системы со снижением активности модуляторного сердечно-сосудистого центра, о чем свидетельствовало снижение спектра медленных волн и увеличение ВПР, ИВР, ИН.

**Обсуждение.** Полученные нами результаты подтверждают данные литературы о более низком уровне показателей ВСР у больных ревматическими заболеваниями, чем у здоровых, и о том, что снижение ВСР обусловлено активностью заболевания. ПА вызывает нарушение центральных механизмов регуляции сердечного ритма с дисбалансом вегетативной нервной системы в сторону преобладания симпатических влияний.

**Выводы.** Статистические показатели ВСР у больных ПА достоверно ниже, чем у здоровых и зависят от степени активности воспалительного процесса. Активный ПА вызывает нарушение в вегетативном статусе со снижением адаптационного потенциала организма.

*Хабижанова В.Б., Исаева Б.Г., Полимбетов Д.С.*

# ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ПОДАГРЕ

Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы, Казахстан

Подагра рассматривается как системное заболевание, характеризующееся поражением жизненно важных органов, и прежде всего почек. Функциональное состояние почек, главного органа выведения мочевой кислоты, определяет тяжесть течения и прогноз заболевания.

**Цель:** изучение функционального состояния почек у больных подагрой.

**Материалы и методы**: Обследовано 20 больных подагрой, из них 19 мужчин (95%) и 1 женщина (5%). Средний возраст больных составил 54,2±14,1 года. Средняя длительность болезни – 7,6 лет. Всем больным проводилась клинико-лабораторное обследование, включая исследование показателей липидного, углеводного и пуринового обменов.

Состояние почек оценивали по клиническим, лабораторным (определение уровня креатинина сыворотки крови, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), концентрационной функции почек) и инструментальным (УЗИ) данным.

**Результаты:** Следует отметить, что среди лиц с нарушением пуринового обмена значительно преобладали мужчины (95%). Изменения липидного спектра (повышение общего холестерина и триглцеридов) обнаружены у 53,3% пациентов с подагрой.

Артериальная гипертония диагностирована у всех обследованных больных. ИБС выявлена у 60,0 %, сахарный диабет 2-го типа – у 25 % больных подагрой. Нарушения углеводного обмена (гипергликемия) обнаружены у 40%. У 65% пациентов выявлена гиперурикемия (свыше 0,49 ммоль/л у мужчин и 0,36 ммоль/л у женщин). При исследовании функционального состояния почек снижение концентрационной способности почек, констатируемой при выполнении пробы Зимницкого, выявлено у 55% больных подагрой, снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ ниже 50 мл/мин), рассчитанной по формуле Кокрофта-Голта – у 66,7%. Ранним маркером поражения почек является микроальбуминурия (МАУ). В проведенном нами исследовании частота ее выявления составила 25%. Хроническая почечная недостаточность зарегистрирована в 40% случаях.

По данным УЗИ подагрическая нефропатия у больных проявлялась мочекислым диатезом у 10 (50%), мочекаменной болезнью – у 4 (20%), хроническим тубулоинтерстициальным нефритом и кистами – одинаково часто (у 15% больных).

**Выводы.** У всех больных подагрой выявлена высокая частота метаболического синдрома. К основным факторам прогрессирования поражения почек при подагре относятся: тяжесть течения основного патологического процесса в почечной ткани, широкий спектр метаболиче-

ских нарушений, таких как ожирение, нарушения липидного и углеводного обменов, артериальная гипертония.

*Ханов А.Г.*

# РЕВМАТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГУЗ «Областная больница №2» г. Ростов-на-Дону

В клинической практике врачу ревматологу приходиться встречаться с заболеваниями различных органов и систем, которые протекают под маской артропатий. Приводим случай больной Р.,17 лет, как проявление ревматических синдромов при неревматических заболеваниях.

Больная направлена на госпитализацию с диагнозом ревматоидный артрит. При поступлении предьявляла жалобы на тупые боли, припухлость в мелких суставах кистей рук, боли в коленных и локтевых суставах, сухой кашель, общую слабость, повышение температуры до $38^0$ С.

Из анамнеза известно, что: в детстве «обычные» инфекции. Отец страдает псориазом. С 12 лет стала отмечать частые простуды, бронхиты. Перенесла пневмонию. По поводу субфебрилитета в 13 лет госпитализируется в ОДБ, где устанавливается диагноз: Гранулематоз Вегенера. Назначен преднизолон в дозе 80 мг/сут со снижением до поддерживающей дозы 15 мг/сут. В 15 лет в связи с сохранением жалоб обследована в РГМУ, где устанавливается диагноз: Бронхоэктатическая болезнь. Проведено несколько курсов «мощной» антибиотикотерапии. Ввиду отсутствия эффекта рекомендовано хирургическое лечение. В это же время, в возрасте 15 лет, присоединяется полиартрит. Повторно направлена в ОДБ. Установлен диагноз Ювенильный ревматоидный артрит. Назначена «базисная» терапия (преднизолон 10 мг/сут и метотрексат 5 мг/нед), которую больная получала 2 года. При объективном обследовании: больная в состоянии гипотрофии. Производит впечатление по физическому развитию 10-летнего ребенка, без вторичных половых признаков .Бледность кожных покровов При обследовании органов и систем значительных отклонений не обнаружено.При осмотре кистей- Дефигурация лучезапястных суставов, атрофия межкостных мышц. Дефигурация проксимальных межфаланговых суставов 2-5 пальцев за счет экссудативных проявлений без признаков местного воспаления. Обьем движений во всех суставах не нарушен. При дополнительном обследовании: ОАК Л-$3{,}9x10^9$/л, Эр. $4{,}4x10^{12}$/л, НВ 129 г/л, Тч-$226x10^9$/л, СОЭ-30 мм/час П-7, С-64/71, Л-25, М-3.В ОАМ ураты в большом количестве.. В биохимических анализах: Хлориды пота 99ммоль/л, Ревматоидный фактор (-) отр. LE-клетки не обнаружены. Сиаловые кислоты 253 мммоль/л. СРБ (-) отр. Электролиты и другие биохимические показатели в пределах нормы.. ЭКГ без патологии. R-грамма кистей рук: Субхондральный склероз замыкательных пластин. Сужение R-суставных щелей. Регионарный диффузный остеопороз, единичные кистовидные просветления. УЗД: скорость 4099,5 м/сек. Т-1,2. Z-1,4. УЗИ

почек- без патологии. УЗИ сердца- нарушений не выявлено R-грамма костей таза:. Аномалия тропизма L-5. 2-х сторонняя сакрализация. Spina bifida S-1.

На основании изложенного был установлен диагноз: Муковисцидоз, тяжелое течение с преимущественно легочными проявлениями, ДНК подтвержденный ( с F 508 в гетерозиготном состоянии ) с бронхоэктатической деформацией средней и нижней доли справа, нижней доли слева, а/ф, 2 степени активности. Вторичная артропатия 2 Rt ст. ФНС 2. Соп. Гипотрофия. Инфантилизм. Задержка полового развития. Первичная аменорея. Остеопения у пациентки с низкой массой тела на фоне терапии ГК. Диагноз муковисцидоза подтвержден в пульмонологическое отделение РОКБ № 1 и в РНИИАП.

*Ханова Е.А., Ханов А.Г.*

## ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА СПЕЦИАЛИСТА РЕВМАТОЛОГА И ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

ГУЗ «Областная больница №2», г. Ростов-на-Дону

Под нашим наблюдением в течение нескольких лет находится больная М.,59 лет, которая неоднократно лечилась стационарно с диагнозом: Ревматоидный артрит, серопозитивный по РФ, а/ф, 3 степень активности, 4 R-ст., ФНС 3.Вторичный остеопороз сочетанного генеза, без переломов, на фоне гипокальцимии и терапии ГК. .Клиническая ситуация усугублялась сопутствующими заболеваниями: хр. пиелонефрит, латентное течение; Аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз, тяжелое течение; Сахарный диабет 2 тип, ср. степени тяжести; Ожирение 3 степени; Варикозная болезнь н/конечностей, ХВН 2 ст. ГБ 2 стадии, степень АГ 2, ГЛЖ, ДЛП, риск 4; ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, фибрилляция предсердий, перманентная форма, тахисистолический вариант, Н2А, ФК III.Последняя госпитализация была вызвана ухудшением состояния в связи с образованием инфильтрата левой ягодицы. После проведенного лечения состояние больной стабилизировалось, но при выписке и в динамике сохранялось резко ускоренное СОЭ (70 мм/час), легкая анемия (НВ 100г/л), тромбоцитоз($490\times10^9$/л ).

Сразу после выписи из стационара, врачами первичного звена был предпринят активный онкопоиск. Выполнена R-грамма ОГК: диффузный пневмосклероз в н/отделах. Консультация гинеколога: опущение стенок влагалища. УЗИ почек и органов брюшной полости: поясничная дистопия обеих почек. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Хр. калькулезный холецистит. Очаговые образования в селезенке, увеличение забрюшинных лимфоузлов. Остеосцинтиграфия скелета: косвенные признаки остеопороза. При рентгенологической костной денситометрии поясничного отдела: снижение костной массы не выявлено. В шейки бедра: остеопения. Больная консультирована гематологом, который назначил обследование ЖКТ. ЭГДС с биопсией: поверхностный гастродуоденит. Умеренная деформация луковицы 12-п. кишки. Хр. воспаление. НР не обнаружено. Колоноскопия: хр. колит. Единичные дивертикулы сигмовидной кишки. Биопсия: по-

верхностный слабо выраженный колит. Для уточнения гематологических нарушений выполнена иммунограмма, пункция костного мозга, коагулограмма, биохимические анализы ( Fe сыворотки, ферритин и трансферрин крови). В иммунограмме повышение количества Т-активных лимфоцитов и YgM, резко выраженное накопление ЦИК. В миелограмме: Эритроидный росток несколько сужен. В гранулоцитарном ростке задержка созревания на уровне миелоцитов. Бластные клетки 1,8%. Диагноз лейкоза не подтвержден. Мнение о заболевании прежнее.

**Обсуждение.** Рациональное использование средств ОМС лечебными учреждениями при оказании медицинской помощи всегда будет актуальным. При проведении диагностического поиска за основу должна браться клиническая картина заболевания конкретного больного, а не изменения лабораторных показателей. После выписки больного из стационара дальнейший диагностический поиск желательно начинать после проведения консилиума в ЛПУ первичного звена. Направление диагностического поиска определять с помощью скрининговых методик.

*Харитонова И.А., Ребров А.П.*

## ФАКТОР ВИЛЛЕБРАНДА КАК МАРКЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ

Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

В настоящее время из всех заболеваний опорно-двигательного аппарата остеоартроз представляет одну из наиболее значимых проблем. Часто встречается сочетание остеоартроза с метаболическим синдромом, с артериальной гипертензией. У больных остеоартрозом создаются дополнительные условия для нарушения функции эндотелия (например, длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов).

**Цель исследования.** Определить активность фактора Виллебранда (фВ) в плазме у больных гонартрозом.

**Материалы и методы.** Обследовано 40 пациентов (2 мужчин, 38 женщин в возрасте от 42 до 70 лет; средний возраст составил 53,2±1,11 года). В исследование включались больные с гонартрозом, с I-II ренгенологическими стадиями и болью в коленных суставах более 40 мм по ВАШ. У 22 (55%) больных была диагностирована I, у 18 (45%)- II стадия заболевания. Средняя продолжительность заболевания составила 6,2±0,98 лет (от 1 года до 20 лет). Все пациенты в течение 2-3 лет принимали нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, нимесулид) по поводу болевого синдрома. Ухудшение состояния в виде нарастания болевого синдрома, уменьшение подвижности суставов наблюдалось у 30 (75%) обследованных на протяжении от 1 до 3 недель, у 10 (25%) больных – в течение 1 месяца. У 16 (40%) обследованных пациентов была выявлена артериальная гипертензия (АГ): у 10 (25%) – I степени, у 6 (15%) - II степени. Критерием исклю-

чения являлось наличие ассоциированных с АГ состояний (ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет), сопутствующие хронические болезни в стадии обострения. Для оценки повреждения эндотелия использовалось определение активности фактора Виллебранда, основанное на его способности вызывать агглютинацию тромбоцитов в присутствии антибиотика ристомицина.

**Результаты.** У больных гонартрозом с рентгенологически I стадией активность фактора Виллебранда в плазме составило 109,05±7,98%, у больных со II стадией 138,52±12,38%. Таким образом, у обследованных больных II стадией гонартроза выявлено статистически значимое увеличение активности фВ в плазме по сравнению с больными I стадией (p<0,01). У больных гонартрозом с рентгенологически I стадией при наличии АГ активность фВ составила 106,4±5,5%, при отсутствии АГ - 93,9±9,3%. У больных с рентгенологически II стадией гонартроза, при наличии АГ активность фВ составила 143,4±18,91%, при отсутствии АГ 123±11,2%. Отмечается увеличение активности фактора Виллебранда при наличии АГ, однако результаты статистически не значимы.

**Выводы.** У больных гонартрозом выявлена тенденция к повышению активности фактора Виллебранда с увеличением рентгенологической стадии, а также возрастание активности фактора Виллебранда при наличии артериальной гипертензии.

*Хафис Эйса Сибхан, Мартемьянов В.Ф., Морозова Т.А., Коренская Е.Г., Стажаров М.Ю.*

## АКТИВНОСТЬ КСАНТИНОКСИДАЗЫ, КСАНТИНДЕГИДРОГЕНАЗЫ И 5′- НУКЛЕОТИДАЗЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН; Волгоград

**Цель работы:** изучить активность ксантиноксидазы (КО), ксантиндегидрогеназы (КДГ) и 5′- нуклеотидазы (5′-НТ) в плазме крови больных системной красной волчанкой (СКВ) в процессе лечения и оценить возможность использования энзимных показателей в качестве объективных критериев эффективности проводимой терапии.

**Материал и методы.** Под наблюдением в условиях стационара находились 54 больных СКВ, из которых 49 (90,7%) женщин и 5 (9,3%) мужчин. Средний возраст больных – 39,9±1,2 года, продолжительность болезни – 7,2±0,5 лет. Диагностика СКВ проводилась на основании отечественных критериев и критериев международного реферативного центра ВОЗ (В.А.Насонова и др., 1989; Isenberg et al., 1998). Градация степени активности патологического процесса проводилась в соответствии с отечественной классификацией СКВ, а также шкалы индексов SLAM (В.А.Насонова и др., 1980, 1989; Hochberg, 1997). I степень активности процесса определялась у 15 (27,8%) больных, II

- у 30 (55,6%) и III степень – 9 (16,7%) больных, хроническое течение заболевания – у 17 (31,5%) больных, подострое – у 32 (59,9%) и острое течение – у 5 (9,3%) больных. Контрольную группу составили 33 практически здоровых людей. В плазме крови всех больных и здоровых определялись активность КО, КДГ и 5'-НТ общепринятыми методами (Дячина Е., 1973; Wood R. et al., 1981; Devenui Z. et al., 1987). При обработке полученных данных использовался ПП «STATISTIKA 6,0».

**Результаты исследований**. В плазме крови здоровых людей активность (в нмоль/мл/мин) КО составила 3,25±0,05; КДГ – 5,18±0,05 и 5'-НТ – 5,41±0,08. У больных СКВ (всей группы) при поступлении в стационар, по сравнению со здоровыми, определялось повышение активности КО ($p<0,001$), снижение активности КДГ ($p<0,001$) и 5'-НТ ($p<0,001$).

Анализ корреляционных связей между активностями энзимов у больных СКВ выявил наличие прямых умеренных связей ($r=0,45$) между активностями КДГ и 5'-НТ, обратных умеренных связей между КО и КДГ ($r=-0,28$) и обратных слабых связей между КО и 5'-НТ ($r=-0,22$). Через 10-12 дней лечения, по сравнению с исходным фоном, наблюдалась положительная динамика как клинического состояния больных, так и энзимных показателей: снизилась активность КО ($p<0,01$) и наметилась тенденция к повышению активности КДГ ($p=0,18$) и 5'-НТ ($p=0,09$). По окончании курса стационарного лечения, по сравнению с начальным этапом, отмечалось улучшение клинического состояния больных, существенное снижение активности КО ($p<0,001$) и повышение ранее сниженных активностей КДГ ($p<0,001$) и 5'-НТ ($p<0,01$). Тем не менее, несмотря на выраженную положительную динамику энзимных показателей в процессе лечения, перед выпиской из стационара осталас КО ($p<0,001$), ь повышенной активность КО ($p<0,001$), сниженными активности КДГ ($p<0,01$) и 5'-НТ ($p<0,05$). Индекс SLAM уменьшился на 24% ($p<0,01$).

**Заключение.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенных изменениях активности энзимов пуринового метаболизма в плазме крови больных СКВ. Изученные энзимные показатели оказались весьма чувствительными к изменениям клинического состояния больных в процессе лечения. При улучшении клинического состояния больных отмечалось снижение активности КО и повышение активности КДГ и 5'-НТ, что свидетельствует о том, что данные энзимные показатели способствуют объективизации эффективности проводимой терапии.

*Хетагурова З.В., Тотров И.Н., Габараева Л.Н.*

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ

Остеопороз (ОП) довольно частое проявление при ревматоидном артрите (РА).

**Цель.** Изучить влияние альфакальцидола на клиническое течение, кальциевый обмен и его регуляторов у больных РА, находившихся на стационарном амбулаторном режимах лечения.

**Материал и методы.** Обследовано 50 женщин с достоверным РА средней степени активности, II стадии процесса. Средний возраст обследованных ≈ 44,2±1,9 года. У всех женщин выявлено раннее прекращение менструального цикла. Пациенты разделены на 2 группы: I группа – 26 больных, получавшие НПВП, альфакальцидол до 6 месяцев в дозе 0,5 мкг/сут., глюконат кальция; II группа – 24 пациента принимали НПВП (КГ). В работе использованы высокочувствительные методы ИФА.

**Результаты.** У 89,6% больных I группы через 6 месяцев зарегистрировано уменьшение выраженности болевого синдрома, утренней скованности. Средние величины клинических данных активности процесса уменьшились в 1,5-2 раза. Выявлено повышение исходного сниженного уровня $Ca^{2+}$ в крови, понижение экскреции его с мочой; снижение активности ЩФ и секреции паратиреоидного гормона. Результаты исследования показали положительное влияние альфакальцидола на минеральную плотность кости. В то же время у больных II группы МПКТ по Т-критерию сохранялся на прежних показателях. Полученные данные согласуются с результатами исследований других авторов об антирезорбтивном эффекте альфакальцидола РА и ОП. Переносимость препарата была хорошей, побочные эффекты в виде гастропатии, гиперкальциемии выялены в 2-х случаях, больные были сняты с учета.

**Выводы.** Альфакальцидол в дозе 0,5 мкг/сут. в комплексном лечении является эффективным, хорошо переносимым препаратом, стабилизирует кальций-фосфорный обмен, снижает уровень ПТГ, оказывает защитное действие на костную ткань.

*Хинталь Т.В., Ханов А.Г.*

# СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ВРАЧА РЕВМАТОЛОГА В РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

ГУЗ « Областная больница №2» г. Ростов-на-Дону

Эффективное использование имеющегося потенциала здравоохранения для повышения качества и доступности специализированной медицинской помощи населению в условиях ОМС является актуальной повседневной задачей.

**Цель исследования**. Проанализировать содержание работы врача-специалиста.

**Материалы и методы.** Ревм. отд. является единственным в области, но с учетом местных условий в интересах городского здравоохранения принимает по скорой помощи кардиологических больных 3 раза в неделю. Всего за 6 мес. врачом было пролечено 207 больных:76 м(36,7%) и 131 ж(63,3%).118 больных(57%) городские, 89(43%) сельские жители. Распределение больных по возрасту: старческий -4%(8), пожилые-19%(40), юношеский-3%(6), до 30 лет-9%(18), 30-40 лет-7%(15), 40-50 лет-22%(46), 50-65 лет-36%(74). Средний возраст больных 53 года .Все больные распределяются на 2 группы: первая- кардиологическая 20%(40), поступивших по скорой помощи и вторая-«чисто» ревматологическая. 80%(165 чел).В кардиологической группе: 50%(21) ИБС, 26%(11) ХРБС, 12%(5) ВПС, по 5%(2) ГБ и кардиомиопатии и 1 случай(2%) ИЭ.В группе ревматологических больных на 1-ом месте -РА-38%(63), на 2-ом ССА-19%(29) на 3-ем ДОА-15%(24),на 4-ом ДБСТ-13%(23), на 5-ом микрокристаллические артриты-6%(10), системный и геморрагический васкулит-1%( по1 случаю). 10 больным установлен диагноз сочетанного артрита(6%).У 56%(35 чел) больных РА была 2 степень активности, у 28%(18)-третья, а у 16%(10) минимальная. По Rt стадиям РА у 38%(24) была 2, у 32%(20)-3, у 30%(19) –4. У 66% больных ББ отмечалась 2 степень акт. и 3 Rt стадия заболевания. 54% больных ДОА имели 3 Rt стадию, остальные 2-ую.ДФСТ включали 9 случаев СКВ, 7 ССД, 4 ДМ, 3 случая синдрома Шарпа.66% больных СКВ имели подострое течение, остальные хрон. В 66% случаев степень активности СКВ была 2-ой, в 12% 3-ей. Все случаи ССД имели хрон. течение и в 90% 2-ую степень акт.. У 75% больных ДМ отмечалось подострое течение с высокой и средней степенью активности. Прочие случаи составили 5%(7): узловатая эритема, диабетическая артропатия, муковисцидоз, НЦД, ОПН на фоне СД, дискоидная красная волчанка. Средняя длительность лечения ревм. больных составила 16,3 дня.140 больных лечилось 16 к/дн (69%), 21-17к/дн (11%), 17-18к/дн (8%), 13-меньше 16к/дн (6%), 7-19к/кд (3%), 5-20(2%), 3-больше 20 к/дн (1%).

**Результаты исследования.** Таким образом, основные «потребители» стационарной помощи больные от 40 до 65 лет(77%). Продолжается, «по привычке», госпитализация больных с пороками сердца на ревм. койки, во-

преки рекомендациям МКБ-Х. Городские жители имеют большую доступность медицинской помощи, чем сельские.

**Выводы** Возможно перераспределение госпитализируемых контингентов в пользу больных, нуждающихся в высоких технологиях, за счет сокращения группы больных с ДОА. Для связи с сельским здравоохранением не потеряли свою актуальность выездные формы работы Возможно лечение всех больных области с диагнозами ДМ, ПМ, системные васкулиты с средней и высокой степенью активности только в областной больнице.

*Чепой-Булгак Д.В., Гроппа Л.Г.*

## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ ФИБРОЗОВ

Кафедра внутренних болезней №1, ГУМФ „Н. Тестемицану”, Кишинев, Р. Молдова

Миофасциальные фиброзы весьма распространены среди общего населения, как у мужчин, так и у женщин, являясь одной из частых причин потери трудоспособности больных. Тем не менее, многие аспекты диагностики и лечения этого заболевания изучены недостаточно. Скрытое начало процесса, хроническое течение, зачастую без ярких клинических проявлений, а также отсутствие признанных диагностических критериев определяют трудности в постановке диагноза и выборе адекватной терапии. В настоящее время, различают две формы миофасциальных поражений: первая – миофасциальный синдром (МФС) который, как правило, имеет локальный характер и является сопутствующим поражением, и вторая – фибромиалгия (ФМА), которая проявляется как самостоятельная нозологическая форма.

**Цель:** Сравнительное изучение клинико-патогенетических особенностей ФМА и МФС.

**Материалы и методы:** Было обследовано 37 больных с хроническими (более 6 месяцев) распространенными мышечными болями, из них 27 женщин и 10 мужчин, в возрасте от 23 до 63 лет, средний возраст 47 лет; продолжительность заболевания – 1-12 лет. У 9 был установлен диагноз ФМА (согласно Американскому Колледжу Ревматологов) и у 23 – МФС. Все пациенты были обследованы в соответствии со специально разработанной анкетой пригодной для статической обработки данных.

**Результаты.** В результате детального клинико-инструментального исследования больных и наблюдения в динамике были выявлены некоторые особенности клинических проявлений и течения ФМА и МФС. Диагноз ФМА был преимущественно установлен у женщин (88,89%). Основные жалобы у этой группы больных были распространенные мышечные боли постоянного характера продолжительное время, которые усиливались после физической нагрузки, а также в ночное время. Одновременно, больные отмечали боли в некоторых суставах, общую слабость и общую непродолжительную утрен-

нюю скованность (до 15 мин.). Были выявлены от 11 до 18 из специфических «болзненных» точек (*tender points*) и уменьшение мышечной силы.

Среди этиопатогенетических факторов были отмечены: серьезный эмоциональный стресс (66,67%), продолжительное нахождение в холодных и влажных помещениях (33,33%), вирусные инфекции (22,22%). Для больных с ФМА особенно характерно присутствие жалоб общего характера: постоянное ощущение усталости (100%), эмоциональная неустойчивость в основном в сторону депрессивного состояния (77,78%), нарушения сна (66,67%). Сравнительно часто у этих больных были головные боли (44,44%), кишечные поражения – синдром раздраженного кишечника (55,56%).

МФС примерно с одинаковой частотой был выявлен у лиц женского (57,14%) и мужского пола (42,86%), преимущественно у молодых лиц (до 30 лет). Среди триггерных факторов у этих больных были физические травмы (46,43%), физическое перенапряжение (57,14%), жалобы на боли в одной или нескольких мышечных группах или суставах с развитием локализированной скованности (28,57%), а в некоторых случаях наличие признаков периартрита. Дегенеративные поражения позвоночника были выявлены у 89,29%. У этих больных намного реже наблюдались психологические нарушения, в частности депрессии (14,29%).

**Выводы:** Комплексное клинико-инструментальное исследование больных с распространенными мышечными болями позволило выявить некоторые особенности клинической картины и течения ФМА и МФС, что имеет значение для назначения дифференциальной терапии.

*Чернышева Т.В.*

## ОПРОСНИК HAQ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Оренбургская государственная медицинская академия, кафедра общей врачебной практики

**Цель работы** – оценить возможность HAQ в определении функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата у больных с синдромом боли в нижней части спины (БНС).

Обследовано 200 больных с острой (I группа) и 150 больных с хронической (II группа) БНС. Средний возраст больных I группы составил 42,90 ± 6,91 лет, II группы – 51,30 ± 11,31 лет. В обеих группах преобладали женщины (70% и 79,33% соответственно). Средняя длительность заболевания в I группе была 7,83 ± 4,45 лет, во II группе – 10,28 ± 5,98 лет. Больные I группы имели в среднем продолжительность настоящего обострения 8,88 ± 3,15 дней, больные II группы – 3,17 ± 1,49 месяцев. У всех больных, как причина БНС, был диагностирован остеохондроз поясничного отдела позвоночника. По клиническому диагнозу в I группе преобладали больные с люм-

балгией и люмбоишиалгией (по 48%), во II группе – с люмбоишиалгией (60,67%). Более половины больных в каждой группе имели II рентгенологическую стадию заболевания (50,5% и 64% соответственно). У 32% больных I группы и 26% II группы был диагностирован сколиоз. Количество больных с спондилолистезами было небольшим (3,5% в I группе и 5,33% во II группе). Сопутствующий остеохондроз других отделов позвоночника имели 33% больных I группы и 84,67% больных II группы. Остеоартроз периферических суставов отмечался у 35% больных I группы и 46,67% больных II группы.

Все больные проходили полное клинико-лабораторное обследование, принятое в ревматологии. Из инструментальных методов у каждого больного проводилась рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях, УЗИ позвоночника до и после окончания лечения. Для оценки качества жизни в динамике использовался опросник MOS SF-36, для определения степени нарушения функционального состояния опорно-двигательного аппарата – HAQ. Предварительно была проведена валидация опросника HAQ, которая показала его хорошую чувствительность, надёжность и валидность на группах больных с острой и хронической БНС. Лечение больных I группы состояло в назначении двух НПВП (кеторол внутримышечно 5 дней + найз или диклофенак per os в суточной дозе 200 мг в течение 10 дней), а при выраженном миотоническом синдроме НПВП (кеторол или диклофенак) сочетались с мидокалмом. После медикаментозного курса терапии назначалось физиолечение. Лечение больных II группы состояло из назначения диклофенака или найза per os в суточной дозе 200 мг в сочетании с мидокалмом в суточной дозе 450 мг per os курсом 10 дней. Затем больные проходили также в течение 10 дней физиолечение.

Через 20 дней лечения положительный эффект по данным объективного осмотра и УЗИ поясничного отдела позвоночника был достигнут у 164 больных I группы (82%) и 122 больных II группы (81,33%). У 36 больных I группы без эффекта от лечения изначально имелись более тяжёлые проявления заболевания (по количеству положительных симптомов, размерам и количеству протрузий дисков, наличию межпозвонковых грыж по данным УЗИ позвоночника). 28 больных II группы без эффекта от лечения были сопоставимы по клиническим проявлениям с больными с хорошим результатом терапии, однако выраженного положительного успеха у них не отмечалось. Значения общего функционального индекса (ОФИ) по HAQ у больных I группы с положительным эффектом снизилось с 3,28 ± 0,53 до 1,29± 0,38, без эффекта от терапии – с 3,90 ± 0,64 до 3,36 ± 0,53. У больных II группы динамика ОФИ по HAQ была следующая: при положительном результате терапии с 2,87 ± 0,70 до 1,28 ± 0,48, при отсутствии эффекта – с 2,86 ± 0,96 до 2,43 ± 0,84. Отмечалась корреляционная зависимость значений ОФИ в обеих группах от возраста (r=0,36-0,37), ограничения объёма движений в поясничном отделе позвоночника (r=0,31-0,57), значения симптома Ласега (r=-0,36-0,37), значений ВАШ (r=0,35-0,41). Было установлено, что у больных I группы при полученных в конце лечения значениях ОФИ до 1,1 балла эффект следует оценивать как «отличный», от 1,2 до 1,3 баллов – «хороший», от 1,32 до 1,6 баллов «улучшение», выше 1,6 балла – «без эффекта». У больных II группы при значениях ОФИ в конце лечения до 1,1 эффективность терапии следует расценивать как «хорошую», при ОФИ от 1,2 до 1,3

баллов – «улучшение», от 1,4 до 2,0 баллов – «без эффекта», более 2,0 баллов – «ухудшение».

**Таким образом,** опросник HAQ позволяет не только оценивать функциональные нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата у больных с острой и хронической БНС, но может быть одним из критериев эффективности проведенной терапии у этой категории больных.

*Чикурова И.В., Багирова Г.Г.*

# ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТА АЛФЛУТОП У БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

ООО «ОЗОН», отделение реабилитации и долечивания, Оренбургская Государственная медицинская академия, г.Оренбург, Россия

**Цель:** оценить клиническую эффективность и переносимость алфлутопа у больных остеохондрозом позвоночника в зависимости от возраста.

**Материалы и методы.** В исследование включены 86 больных, разделенных на 3 группы: I -12 человек (1 ж; 11 м.), II-34 человека (м), III-40 человек (15ж; 25 м). Средний возраст соответственно по группам составил: 26±4 г., 30±4 г., 52±6 лет. Всем больным проводили общеклиническое обследование, принятое в ревматологии, а также УЗИ коленных суставов, МРТ-пояснично-крестцового отдела позвоночника. Пациенты I группы имели I рентгенологическую стадию остеоартроза коленных суставов. У всех на МРТ выявлялись спондилёз и протрузии дисков. Во II группе изменения в коленных суставах соответствовали II ренгенологической стадии, на МРТ имелся полисегментарный остеохондроз, протрузии и грыжи дисков. В III группе изменения в коленных суставах соответствовали II-III рентгенологической стадии, при МРТ исследовании находили протрузии, грыжи дисков, в некоторых случаях с компрессией нервного корешка.

Каждая из групп была разделена на 2 подгруппы в зависимости от проводимой терапии. В целом 43 пациента получали лечение НПВП и витаминами. Остальные 43- получали только алфлутоп по 20 инъекций внутримышечно один раз в два дня. 10 человек начинали лечение алфлутопом путем паравертебрального введения. Через 3-4 месяца курс лечения алфлутопом повторили без отрыва от трудовой деятельности. Для оценки клинической эффективности использовались показатели: интенсивность боли, двигательная активность, количество случаев и дней нетрудоспособности.

**Полученные результаты и обсуждения.** Во всех трех группах наблюдалось положительное действие алфлутопа уже после 10-14 инъекций, которое нарастало в течение трех и даже четырех месяцев, выражаясь в стойком уменьшении интенсивности болевого синдрома, увеличении подвижности позвоночника. Аналогичная положительная динамика отмечалась и со стороны коленных суставов. Половина пациентов, получивших лечение НПВП,

через 2-2,5 месяца вновь отмечали ухудшение состояния с временной нетрудоспособностью.

**Выводы.** Алфлутоп при внутримышечном введении оказывает хорошее симптоматическое действие преимущественно у молодых лиц, имеющих не очень выраженные изменения со стороны позвоночника. Однако в более старшей возрастной группе его применение также целесообразно, так как в сравнении с контрольной группой он значительно быстрее приводит к стойкому регрессу болевого синдрома, увеличению двигательной активности и снижению числа случаев и дней нетрудоспособности, увеличению продолжительности ремиссии.

*Шилкина Н.П., Юнонин И.Е., Столярова С.А., Волкова Е.В.*

# РОЛЬ КАТЕХОЛАМИНОВ И УРОВНЯ РЕНИНА ПЛАЗМЫ В ДИНАМИКЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

ЯГМА, Кафедра пропедевтики внутренних болезней

**Цель:** изучение влияния уровня катехоламинов и ренина плазмы крови на циркадную динамику артериального давления у больных системной красной волчанкой (СКВ).

**Методы:** исследование проводили у 30 больных СКВ. Степень активности СКВ оценивали по шкалам SLAM, SLEDAI. Суточное мониторирование артериального давления (АД) проводили с помощью аускультативно-осциллометрического аппарата AND model 2125. Интервалы измерений составили в период бодрствования 15 минут, в период сна - 30 мин. В плазме крови определяли уровень ренина, адреналина, норадреналина. В качестве группы сравнения 30 здоровых лиц.

**Результаты:** Содержание ренина в плазме крови у больных СКВ достоверно превышало показатели контроля в три раза. Его уровень составил у больных основной группы 1,2±0,35 мкг/л/ч, в то время как в группе контроля был 0,42±0,058 мкг/л/ч ($p<0.05$). Уровень ренина плазмы положительно коррелировал с большинством показателей суточного мониторинга АД преимущественно в ночные часы. Ренин положительно коррелировал с показателями нагрузки давлением в ночные часы. Для индекса времени систолического артериального давления н коэффициент корреляции Спирмана составил 0,46 при $p=0,030$, а для индекса времени диастолического АД 0,64 при $p=0,0017$. С нарастанием концентрации ренина в плазме отмечалось снижение суточного индекса ДАД – возрастала частота встречаемости таких типов суточного профиля как *non-dipper* и *night-peaker* и уменьшалось количество лиц с адекватным снижением артериального давления в ночные часы. Уровень ренина плазмы у лиц с профилем АД типа *night-peaker* в среднем был в четыре раза выше, чем у лиц с адекватным снижением артериального давле-

ния в ночные часы (3,192±0,6 мкг/л/ч против 0,733±0,062 мкг/л/ч, p=0,035). Достоверных различий между группами по содержанию адреналина и норадреналина в плазме крови получено не было. При проведении корреляционного анализа установлены положительные корреляции между уровнем адреналина в плазме крови и скоростью утреннего подъема артериального давления. Коэффициенты корреляции Спирмана составили 0,51 при p=0,033 для величины и 0,63 при p=0,0059 для скорости утреннего повышения систолического артериального давления. Содержание норадреналина положительно коррелировало с величиной и скоростью утреннего подъема диастолического АД. Коэффициенты корреляции Спирмана составили 0,57 при p=0,015 и 0,60 при p=0,010 соответственно.

Норадреналин также положительно коррелировал с показателями нагрузки давлением в дневные часы. Для индекса времени систолического артериального давления коэффициент корреляции Спирмана составил 0,47 при p=0,038, а для индекса времени диастолического АД 0,49 при p=0,030.

**Выводы:** У больных СКВ скорость утреннего подъема и показатели нагрузки систолическим АД в дневные часы в значительной мере зависят от содержания катехоламинов в плазме крови. Показатели нагрузки диастолическим и систолическим артериальным давлением в ночные часы в значительной мере определяются уровнем ренина плазмы.

*Шилова Л.Н., Москвитина О.В., Маслакова Л.А., Красильников А.Н., Трубенко Ю.А., Емельянова О.И.*

## КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ РЕЙНО

ВолГМУ, кафедра госпитальной терапии, ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН, г. Волгоград

Синдром Рейно (СР) — это эпизодическое нарушение периферической циркуляции вследствие локальной артериальной вазоконстрикции (спазм) дигитальных артерий и кожных сосудов в ответ на воздействие холода или эмоциональный стресс. Различают первичный СР (или болезнь Рейно) и вторичный СР, при котором наблюдается сочетание синдрома Рейно с симптомами других заболеваний. Наиболее часто вторичный СР ассоциируется с системной склеродермией (ССД) (в 70% случаев является первым признаком заболевания). Актуальной задачей является разработка новых методов диагностики системной патологии соединительной ткани.

**Цель исследования**: исследование уровня антител к ферментам антиоксидантной системы (супероксиддисмутазе - СОД, глутатионпероксидазе – ГП) и пуринового метаболизма (аденозиндезаминазе - АДА) у больных с синдромом Рейно.

**Материалы и методы:** под наблюдением находилось 30 здоровых лиц, 30 – больных ССД, 20 – с первичным синдромом Рейно. У 100% больных

ССД диагностирован синдром Рейно. Среди больных ССД 28 – жен.(93,3%), 2- муж. (6,7%), средний возраст больных составил 38±3,3 г., продолжительность болезни - 14±2,6 г, I степень активности выявлена у 8 человек (43,3%), II – у 9 (46,7%), а III – у 3 (10%). В группе больных с первичным синдромом Рейно так же преобладали женщины – 18 (90%), средний возраст больных - 27±2.4, продолжительность клинических проявлений синдрома Рейно, в основном, не превышала 3 лет, составив в среднем 3,5±2.3 (лишь в двух случаях продолжительность превышала 5 лет). У 80% больных ССД отмечалась выраженная форма синдрома Рейно (II, III, IV степени), а при первичном СР (на момент осмотра) – в более 50% случаев – I и II степени. Антитела к ферментам определяли в сыворотке крови больных по разработанной нами методике непрямого иммуноферментного анализа с использованием иммобилизированных антигенных форм энзимов (Гонтарь И.П., 2001).

**Результаты и обсуждение:** при исследовании сывороток здоровых лиц уровень антител к СОД составил 0,06±0,004, к ГП – 0,045±0,003, к АДА - 0,05±0,004. Существенных различий уровня антител к энзимам в зависимости от пола, возраста - не выявлено. При изучении антител в сыворотках больных положительными считались результаты, превышающие 2 стандартных отклонения показателей, полученных при обследовании здоровых лиц. У больных ССД (группа в целом) антитела к СОД выявлены у 13 больных (43,3%), к ГП у 12 (40%), к АДА – у 11 (36,7%). Обнаружено увеличение уровня антител к ферментам по мере возрастания активности процесса и наличия более тяжелых форм течения ($p<0,005$). При I степени активности выявлено повышение активности АДА в плазме ($p<0,002$) и снижение СОД и ГП ($p<0.05$). При II и III степенях активности патологического процесса нами выявлено снижение активности всех изучаемых ферментов ($p<0.05$), что может быть обусловлено, в том числе, выработкой аутоантител к СОД и ГП, АДА, приводящих к инактивации ферментов. У наблюдавшихся нами больных с синдромом Рейно, не связанном с системными заболеваниями (на момент наблюдения) антитела к СОД обнаружены у 4 человек (20%), к ГП у 2 (10%), к АДА у 2 (10%), у всех больных продолжительность заболевания была не более 6 месяцев.

**Таким образом,** в крови больных ССД нами выявлены антитела к ферментам антиоксидантной системы и пуринового метаболизма, уровень которых зависит от клинических проявлений болезни. Образующиеся аутоантитела могут явиться одной из причин снижения активности ферментов. Обнаружение антител к ферментам в крови больных с первичным СР может служить прогностически неблагоприятным фактором возможного начала системного заболевания соединительной ткани, поэтому эти больные требуют тщательного наблюдения в динамике.

*Шишкина И.А., Немцов Б.Ф.*

# ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ЦИКЛОКСИГЕНАЗЫ-2 ГРУППЫ НИМЕСУЛИДА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава», кафедра госпитальной терапии

**Цель.** Оценить влияние постоянного приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) - селективных ингибиторов циклоксигеназы-2 (ЦОГ-2) - группы нимесулида на уровень артериального давления и суточный профиль артериального давления у больных ревматоидным артритом (РА).

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 30 больных (25 женщин и 5 мужчин) с достоверным диагнозом РА (иммунологическая характеристика заболевания: серопозитивный РА – 27, серонегативный РА – 3 больных; степень активности ревматоидного артрита: I степень – 3 больных, II степень – 27 больных; рентгенологическая стадия: I – 3, II – 10, III – 17 больных; функциональная недостаточность: I – 4, II - 26 больных; средний возраст больных ревматоидным артритом составил 45,3 ± 10,2 лет; средняя длительность заболевания 6,3 ± 4,1 лет), у которых отсутствовала ранее диагностированная сердечно-сосудистая патология. Методика исследования - суточное мониторирование артериального давления (АД) аппаратом BPLab (Н-Новгород) после 3-х дневного периода «отмывки» от НПВП и через 6 месяцев постоянного приема нимесулида в суточной дозе 200 мг. на фоне базисной терапии (низкие дозы метотрексата), при этом с оценивались показатели: среднего за сутки систолического АД (срСАД), диастолического АД (срДАД), среднего АД (срАД), а так же суточного профиля артериального давления по суточному индексу САД (СИ САД,%) и ДАД (СИ ДАД, %).

**Полученные результаты и обсуждение.** На этапе скрининга из 30 обследованных пациентов у 7% (n=2) больных была выявлена артериальная гипертония, у 1 пациентки был отменен нимесулид на 2-й неделе приема препарата из-за развившейся НПВП гасторопатии. Полностью исследование в течение 6 месяцев было проведено у 27 пациентов. При оценке показателей суточного мониторирования АД (ср САД, ср ДАД и ср АД) не выявлено достоверных различий на этапах исследования - после периода отмывки от НПВП и через 6 мес. приема нимесулида соответственно: ср САД 115,3 ± 8,7 и 115,1 ± 8,8 мм рт.ст. ($p>0,05$); ср ДАД 72,6 ± 6,7 и ДАД 72,1 ± 6,6 мм рт.ст. ($p>0,05$); ср АД 87,0 ± 6,9 и 86,4 ± 6,9мм рт.ст. ($p>0,05$). Оценка суточного профиля АД выполнялась СИ САД и СИ ДАД. После периода «отмывки» от НПВП по показателям СИ САД выявлено: 19 (70%) нондипперов (недостаточное снижения артериального давления в ночное время), 7 (26%) диппер (нормальный суточный профиль артериального давления), 1 (4%) найтпикер (с повышением артериального давления в ночное время), СИ ДАД: 13

(48%) нондипперов, 10 (37%) дипперов, 1 (4%) найтпикер, 3 гипердиппера (11%). Через 6 месяцев приема нимесулида по показателям СИ САД выявлено: 11 (41%) нондипперов, 16 (59%) дипперов, СИ ДАД: 14 (52%) нондипперов, 13 (48%) дипперов. Сравнение результатов в динамике (СИ САД 8 ± 5 и 11 ± 5%, $p<0,05$; СИ ДАД 10 ± 7 и 11 ± 4%, $p>0,05$) продемонстрировало достоверное улучшение суточного профиля АД за счет повышения суточного индекса СИ САД, т.е. нормализации снижения систолического артериального давления в ночное время.

**Выводы.** Постоянный прием селективного ингибитора ЦОГ-2 (нимесулида) больными ревматоидным артритом в течение 6 месяцев наблюдения не привел к какому-либо достоверному изменению уровня АД по показателям суточного мониторирования артериального давления. Однако, отмечено позитивное влияние нимесулида на суточный профиль артериального давления по СИ САД ($p<0,05$) за счет нормализации его снижения в ночное время, что связано с противовоспалительным и анальгетическим эффектами нимесулида. Обнаруженные факты расширяют возможность применения нимесулида - селективного ингибитора ЦОГ-2 - у пациентов группы риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний или уже имеющих диагностированную кардиоваскулярную патологию.

*Шорик Г. Н., Гроппа Л. Г., Бекяну Н., Кушнир В.*

## СЕРОНЕГАТИВНЫЕ АРТРОПАТИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ УВЕИТА

Кафедра Терапии № 1, Государственный Медицинский Университет «Николае Тестемицану», г. Кишинев

Серонегативные спондилоартриты представляют собой группу генетически детерминированных воспалительных заболеваний суставов, объединенных общими патогенетическими механизмами и имеющих ряд общих клинических черт. Частое внесуставное проявление серонегативных спондилоартритов это поражение глаз. При анкилозирующим спондилоартрите, чаще всего встречается острый передний увеит, частота которого составляет 25% и 15% при остальных формах серонегативных артропатиях.

При реактивных артритах увеит встречается не реже, чем при анкилозирующим спондилоартрите, и может приводить к более серьезным последствиям, возможно вовлечение задних отделов глаз с поражением сетчатки и зрительного нерва, и развитием разной степени тяжести конъюнктивита. Воспаление глаз свойственно и другим формам серонегативных спондилоартритов, причем нередко в более тяжелой форме и с серьезными осложнениями приводящее к слепоте, по данным разных авторов в 2,8%-10% случаев. Инвалидизация составляет 20%-30%.

**Цель исследования**. Целью настоящего исследования явилось диагностика нозологической формы увеита в группе серонегативных спондилоар-

тритов, корреляция между офтальмологическими и ревматологическими проявлениями болезни.

**Материал и методы**. В исследование было включено 71 больных с поражением глаз при серонегативных спондилоартритов. Все пациенты были исследованы клинически: международные диагностические критерии ACR. Лабораторные исследования: общий анализ крови, СОЭ общий анализ мочи, С- реактивный белок, ревматоидный фактор, антиген HLA-B27, выявление специфических антител микроорганизмов в сыворотке крови (IgG, IGA, IgM). Рентгенологические исследования суставов, сцинтиграфия скелета. Функциональные методы включили ЭКГ, ЭХО, комплексное офтальмологическое исследование.**Результаты**. Из иследованых 71 больных были: 42 мущин- (59%) и 29 женщин- (41%). Возраст 18- 67 лет, средний возраст был 42,5±0,75 лет. В результате исследования было выявлено: анкилозирующий спондилоартрит -37 больных (52%), реактивный артрит- 21 больных (30%), псориатический артрит- 1 больной (1,4%), энтеропатические артриты -4 больных (5,6%), недифференцированные спондилоартриты -8 больных (11%). Односторонний увеит был выявлен в 46 случаях (64,7%), в 25 случаях (35,3%) – двухсторонним. Передний увеит был установлен у 53 больных (74,6%), средний увеит у 3 больных (4,2%), задний увеит- 8 больных (11,2%), панувеит - 7 больных (10%). По течению острая форма увеита было установлено в 40 случаях (56,3%), хронический увеит – 12 случаях (17%), хронический рецидивирующий увеит – 16 случаях (22,5%), латентная форма увеита -3 случаях (4,2%).

**Выводы.**

В группе серонегативных спондилоартритах увеит встречается чаще всего при анкилозирующим спондилоартрите в 52% случаях.

Передний увеит был установлен у 53 больных (74,6%), как самая частая форма по анатомической локализации.

Поражение глаз при серонегативных спондилоартритах снижает качество жизни больных. Ранее выявления в начальных стадиях заболевания поможет своевременно назначить адекватное лечение и предотвратить осложнения.

*Шукурова С.М., Джураева М.Ш., Шералиева Н.М.*

## ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Таджикский Институт Последипломной Подготовки Медицинских Кадров, Душанбе, Республика Таджикистан

Подагра в последнее время привлекает пристальное внимание ревматологов разных стран. Интерес к этому заболеванию объясняется несколькими факторами, в том числе увеличением численности больных подагрой.

**Цель:** изучить характер и особенности суставного синдрома при подагре на примере таджикской популяции.

**Материал и методы:** представлены и обсуждены материалы исследования 147 больных подагрой, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Республиканской клинической больницы за период 2003-2006 г.г.

**Результаты и обсуждение:** Среди обследованных больных преобладали мужчины (90,5%), женщины - 9,5%. Средний возраст больных составил - 51,43+8,29лет.

Характеристика суставного синдрома дана в соответствии с классификацией М.Г. Астапенко и Э.Г. Пихлак. У обследованных больных преобладающим был интермиттирующий тип артрита. У 70% больных с давностью болезни более двух лет развился полиартрит. На начальном этапе у 30% больных отмечен острый артрит большого пальца стопы, но при давности болезни более 2-х лет у половины больных суставной синдром приобретал полиартикулярный характер. Следует заметить, что полиартикулярное начало подагры более свойственно было женскому полу - в 45% случаев. При анализе рентгенограмм 82 больных подагрой наличие двух признаков в мягких тканях суммарно обнаружены у 59 (72%) больных, эрозии имели место у 41 (59%) больных, в том числе симптом "пробойника" у 24 (29,2%). Кристаллы мочевой кислоты в синовиальной жидкости были обнаружены у 61 из 82 больных подагрой.

**Выводы:**

1. Среди больных подагрой преобладают мужчины с интермиттирующим артритом. При длительности болезни более 2-х лет полиартрит диагностирован у 70% больных.

2. Полиартикулярное начало болезни было более свойственно женщинам с подагрой.

3. Рентгенологические изменения, характерные для подагры, обнаруживались в среднем на 5-6 году болезни.

*Шукурова С.М., Холова З.У., Искандарова М.Х.*

## НЕЯЗВЕННАЯ ДИСПЕПСИЯ НПВП-ГАСТРОПАТИИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Таджикский Институт Последипломной Подготовки Медицинских Кадров, Душанбе, Республика Таджикистан

**Цель:** оценить субъективные жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, возникших у больных с ревматическими заболеваниями, получающих нестероидные противовоспалительные препараты.

**Материал и методы:** в исследование включены 120 больных: РА - 66, ССА - 25, П - 7, ОА - 22. Мужчин - 31, женщин - 89. Средний возраст - 43,7 лет. Обследованные были разделены на 2 группы: I группа - больные, принимавшие НПВП (диклофенак, индометацин) и II группа - больные, принимав-

шие С-НПВП (целебрекс, найз). Всем больным проводилось ЭГДС, общепринятые клинические и лабораторные методы исследования. Результаты и обсуждение: В структуре жалоб преобладали типичные диспептические симптомы: боли в эпигастрии после приёма пищи - 83,3%; чувство тяжести в эпигастрии - 56,7%; запоры - 46,7%. Однако наиболее яркой жалобой оказалась изжога - 94,2% - симптом, связанный с гастроэзофагеальным рефлюксом.

Интересные данные получены при дифференцировке жалоб - четверть больных не предъявляли гастроэнтерологических жалоб, 53% - предъявляли жалобы при расспросе и лишь 22% предъявляли активные жалобы. Жалобы с одинаковой частотой возникали у больных, принимавших Н-НПВП и С-НПВП, однако чаще возникали у больных, принимавших Н-НПВП - 66,9%, против 41,7%. В подгруппе больных, принимавших Н-НПВП препарат был отменён в 10,8% случаев, против 7,1%. Среди больных РЗ, получающих НПВП, у которых были выявлены эрозивно-язвенные изменения, лишь меньшая часть (13,6%) не предъявляла каких-либо жалоб со стороны ЖКТ. Подавляющее большинство - 86,4% испытывали субъективные симптомы, причём у 38,5% достаточно выраженные. Таким образом, наши данные подтвердили тезис многих авторов о более частом проявлении диспептических симптомов у больных, принимавших Н-НПВП по сравнению с больными, принимавшими С-НПВП, а также распространённое мнение корреляции между субъективными симптомами и выраженностью эндоскопических изменений верхних отделов ЖКТ.

*Юдина О. П., Ханов А.Г.*

## С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК В РАЗЛИЧНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДАХ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ГУЗ «Областная больница №2», г.Ростов-на-Дону

Осторофазовая реакция- сложный каскад белков синтезированных печенью при инфекциях или иммунном стимуле. СРБ- один из основных таких белков, синтез которого осуществляется под влиянием ИЛ-6 и других цитокинов. Повышение концентрации отмечается в течении первых 4 часов достигая максимума через 24-72. Функция СРБ заключается в связывании с элементами клеточной стенки и рецепторами на нейтрофилах и моноцитах. Концентрация СРБ определяется различными методами, но в большинстве лечебных учреждений методом кольцеприципитации в капиллярах и выражается в крестах от «+» до «++++». Кроме того, все методические рекомендации по лечебным и экспертным вопросам рекомендуют оценку степени активности воспаления по величине СОЭ. Это рутинный метод, дешевый и легко выполнимый. Но величина СОЭ зависит от многих факторов и ее специфичность низка. Концентрация СРБ более специфична, возрастает и снижается быстрее чем СОЭ, которая имеет «инерционно» высокие показатели сохраняющиеся в отдельных случаях до нескольких лет.

**Цель исследования**. Сопоставить показатели СОЭ и СРБ в различных лабораторных методах в комплексной оценке степени активности воспалительного процесса при ревматологических заболеваниях.

**Материал и методы**. У 215 больных различными ревматологическими заболеваниями и ревматическими синдромами при неревматических болезнях одновременно определялся СРБ в «+» и количественно в мг/л методом иммуноферментного анализа. Степень активности патологического процесса устанавливалась в соответствии с отечественной классификацией по величине СОЭ. Отдельным больным выполнена иммунограмма с учетом уровня ЦИК для характеристики гуморального иммунитета .Всего обследовано 163 жен.(76%) и 52муж(24%).Сельские жители составляли 56% больных. Соотношение Ж:М среди жителей села 3,4 :1, города 2,8 : 1.Средний возраст сельских больных 46,3; городских 49,7 л.52% муж находились в возрастной группе 50-65 лет, 40% жен в группе 50-65 лет и 28% в возрасте 40-50 лет. Всего обследованы больные с 24 нозологическими формами, как с «чисто» ревматологическими заболеваниями так и ревматическими синдромами при неревматических болезнях (узловатая эритема, инфекционный эндокардит, геморрагический васкулит, остеоартропатии при гепатите, сахарном диабете).Среди ревматологических больных 32% РА(69), 18% РеА(36), 10% ДОА(21), 6% СКВ(13), по 4%( по 9 больных) ББ, ССД, Подагра.

**Результаты.** Средние показатели активности воспаления у 215 больных составили по СОЭ 24 мм/час, СРБ «+», СРБ в ИФА 20 мг/л, ЦИК 131.Причем все показатели среди М были выше, чем у Ж: по СОЭ 25/24, по СРБ в «+» 1,4/1,09; СРБ в ИФА 24/19, по ЦИКам 154/127.У жителей города средние показатели СОЭ и уровень ЦИК были выше 26/23 и 136/127 соответственно, а СРБ в ИФА ниже 18/21 чем у жителей села при одинаковом СРБ «+».

**Заключение**. В специализированных ревматологических отделениях степень активности заболевания должна проводиться комплексно с учетом биохимических показателей, с вынесением в клинический диагноз трактовки полученных данных по активности гуморального, а возможно и клеточного иммунитета.

*Якушин С.С., Лыгина Е.В., Савкина Н.П., Терехина Н.Ю., Болотина Е.И., Мадорский А.Ф., Фадкина М.В.*

# ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НИМЕСУЛИДА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Росздрава», кафедра госпитальной терапии с курсом поликлинической терапии, Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, г. Рязань, Россия

**Цель**: изучить в динамике уровень артериального давления у больных остеоартрозом и гипертонической болезнью, получающих терапию одновременно нестероидным противовоспалительным препаратом - нимесулид и антагонистом медленных кальциевых каналов - амлодипином.

**Материалы и методы**: В исследование включены 43 женщины, страдающие остеоартрозом и гипертонической болезнью I и II степени, в возрасте от 42 до 75 лет (средний возраст 59,8±1,4 года). Гонатроз наблюдался у 39 (90,6%) больных (II стадия по Келлгрену у 27 (69,2%), III стадия у 12 (30,7%) больных), коксартроз у 34 (79%) больных (I стадия по Келлгрену у 2 (5,8%), II стадия у 23 (67,6%), III стадия у 9 (26,4%) больных), генерализованный остеоартроз у 21 (48,8%) пациентки. Гипертоническая болезнь I степени диагностирована у 5 больных (11,6%), II степени у 38 больных (88,4%). В течение 14 дней пациентам подбирали антигипертензивную терапию амлодипином под контролем суточного мониторирования артериального давления. После стабилизации состояния объем антигипертензивной терапии не изменяли и для лечения остеоартроза добавляли преимущественно селективный ингибитор циклооксигеназы-2 - нимесулид в дозе 200 мг/сут. Срок наблюдения и лечения составил 3 месяца. Влияние нимесулида на уровень артериального давления оценивали по результатам суточного мониторирования артериального давления проводимого по истечении курса лечения. В процессе обследования оценивали боль по визуальной аналоговой шкале. Средняя доза амлодипина составила 8,7±0,3 мг.

**Результаты**: По окончании 12 недель терапии больных остеоартрозом в сочетании с гипертонической болезнью преимущественно селективным ингибитором циклооксигеназы-2–нимесулидом и амлодипином при анализе данных исходного и заключительного суточного мониторирования артериального давления не произошло достоверного изменения средних показателей артериального давления. Так, среднесуточное систолическое артериальное давление увеличилось с 124,7±1,38 мм рт.ст. до 126,5±1,97 мм рт.ст. ($p>0,05$), а среднесуточное диастолическое артериальное давление снизилось с 75,0±1,03 до 74,7±1,1 мм рт.ст. ($p>0,05$). При изучении средних значений артериального давления отдельно за дневной и ночной период, так же не было выявлено статистически значимого изменения уровня артериального давления. В период бодрствования среднее систолическое артериальное

давление повысилось с 129,9±1,47 до 130,9±1,96 мм рт.ст. ($p>0,05$), среднее дневное диастолическое артериальное давление имело тенденцию к снижению с 80,6±1,17 до 78,9±1,24 мм рт.ст., однако не достоверно ($p>0,05$). Среднее ночное систолическое артериальное давление увеличилось с 118,3±1,56 до 121,9±2,3 мм рт.ст. ($p>0,05$), среднее ночное диастолическое артериальное давление с 68,6±1,13 до 69,9±1,22 мм рт.ст. ($p>0,05$). Отмечалось статистически значимое уменьшение болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале с 64,9±2,9 до 40,3±3,6 ($p<0,001$), что свидетельствует о выраженном обезболивающем действии нимесулида.

**Выводы**: В результате проведенного исследования установлено, что применение нимесулида по поводу остеоартроза у больных с гипертонической болезнью на фоне терапии амлодипином не приводит к достоверному повышению артериального давления. Таким образом, амлодипин может быть препаратом выбора для лечения больных гипертонической болезнью в сочетании с остеоартрозом, получающих нимесулид.

# СОДЕРЖАНИЕ

**Абрамов Н.Б., Зборовская И.А., Кудряков Р.Ш., Мартемьянов В.Ф.** АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ АДЕНИЛОВОГО ПУЛА ПУРИНОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ И БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ..... 3

**Александрова О.Л., Скрябина Е.Н., Захарова А.Н., Курако М.М.** ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВЕГЕНЕРА ..... 4

**Аманжолова А.С., Исаева Б.Г., Етекбаева К.З.** ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАБТЕРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА..... 6

**Бабаева А.Р., Кострюкова И.В., Сигаева Н.И., Рязанов Д.С., Склярова М.В.** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА АРТРОФООН В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА ..... 7

**Бабаева А.Р., Черевкова Е.В., Солоденкова К.С., Кострюкова И.В., Сергеева С.А., Качанова М.В.** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АРТРОФООН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО УРОГЕННОГО АРТРИТА ..... 8

**Багирова Г.Г., Грязнов В.В., Попова Л.В., Журавлева М.О., Сагитова Э.Р., Кадырмаева Д.Р.** РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ..... 9

**Бийболатова К.А., Ахмедханов С.Ш., Джамалутдинова А.Д.** ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИНФЛИКСИМАБА ПРИ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН .....10

**Бондаренко Е.А.. Грехов Р.А., Харченко С.А., Новикова О.В., Булатова А.Н., Яшина Ю.В., Молчанова О.А., Бай С.А., Никифорова Н.В.** ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ.....12

**Выставкина Е.А., Неделько Г.Н., Матвеева О.Н.** РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, СТРАДАЮЩИХ ОСТЕОАРТРОЗОМ, НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ .....13

**Габараева Л.Н., Хетагурова З.В., Тотров И.Н.** ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ .....14

**Герусов Ю.И., Агафонова Н.Л., Григорьянц С.Р., Бедина С.А., Стажаров М.Ю., Мартемьянов В.Ф.** ЭНЗИМНЫЙ ПРОФИЛЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ.....15

**Герусов Ю.И., Мозговая Е.Э., Стажаров М.Ю., Бедина С.А., Мартемьянов В.Ф.** АКТИВНОСТЬ АДЕНИЛОВЫХ ЭНЗИМОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ .....16

**Глазова И.Л., Зудбинов Ю.И., Ханов А.Г.** ПОСЕЗОННАЯ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ..... 18

**Гонтарь И.И., Романов А.И., Александров А.В., Маслакова Л.А., Емельянов Н.И., Кочнева Л.И.** АУТОАНТИТЕЛА К КОЛЛАГЕНУ II ТИПА И ФИБРОНЕКТИНУ КАК ДЕСТРУКТИВНЫЙ ФАКТОР СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ .....19

**Гонтарь И.П., Сычева Г.Ф., Шилова Л.Н., Салман Расем, Москвитина О.В., Зборовский А.Б.** ОБЩЕБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП РЕГУЛИРОВАНИЯ ЭНЗИМАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ АНТИТЕЛАМИ.....20

**Гончарук И.В., Бугрова О.В.** ИЗМЕНЕНИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ.....21

**Горбанев Е.А., Левитан Б.Н.** РЕДКОЕ ЯТРОГЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ.....23

**Гордеева И.Е., Бабушкин Я.Е.** ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА.....24

**Гулиева А.А., Боев И.В., Гулиева Г.И.** ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОК С СКВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ЛИЧНОСТИ. .....25

**Гулиева Г.И., Ягода А.В.** ЛЕФЛУНОМИД В ТЕРАПИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА.....26

**Гульнева М.Ю.** АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ .....27

**Гурьянова А.М., Козлова Л.К., Артемова Н.Э.** ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И НАРУШЕНИЯ ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ С МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ .....29

**Гуцу Н.А.** ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО СТРЕПТОКОККОВОГО А-ТОНЗИЛЛИТА .....30

**Даниленко С.А, Сейсенбаев А.Ш., Габдулина Г.Х., Машкунова О.В., Бейсембаева Ш.А.** ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МОРФОДЕНСИТОМЕТРИИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АНЕМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ .....32

**Дильманова Д.С., Исаева Б.Г., Нысанбаева Г.А.** ПРИМЕНЕНИЕ ИНФЛИКСИМАБА (РЕМИКЕЙД) В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА.....33

**Дмитренко О.С., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В., Фофанова Н.А., Зборовская И.А.** ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ХОНДРОИТИНСУЛЬФАТУ ХРЯЩА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА.....34

**Дубиков А.И., Борисенко Е.А., Белоголовых Л.А., Медведь Е.Э., Гришина И.Э., Любарская О.А.** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФЛИКСИМАБА У БОЛЬНЫХ ЭРОЗИВНЫМ И НЕЭРОЗИВНЫМ ВАРИАНТАМИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОДИНОГО АРТРИТА ..... 36

**Еремин Н., Мартемьянов В.Ф., Зборовская И.А., Рогаткина Т.Ф., Агафонова Н.Л.** АНТИОКСИДАНТНЫЕ ЭНЗИМЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОСТЕОАРТРОЗА ..... 37

**Еров Н.К., Сергиец Н.А.** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА МЕТОТРЕКСАТОМ И ПЛАКВЕНИЛОМ ..... 38

**Жужлова Н.Ю., Еругина М.В.** ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ИНВАЛИДНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЗА 2002 – 2006 ГОДЫ (ПО САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ) ..... 39

**Заводовский Б.В., Сивордова Л.Е., Дмитренко О.С., Мякишев М.В., Зборовская И.А.** ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНТИТЕЛ К ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТУ ХРЯЩА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ..... 40

**Зборовская И.А., Заводовский Б.В., Саад Халим Рамез, Сивордова Л.Е., Красильников А.Н.** ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ..... 42

**Зборовская И.А., Степанова Н.Н., Никитина Н.В., Заводовский Б.В.** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТРОНЦИЯ РАНЕЛАТА И АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ..... 43

**Зборовский А.Б., Сивордова Л.Е., Заводовский Б.В., Саад Халим Рамез, Зборовская И.А.** РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ..... 45

**Зборовский А.Б., Хафис Эйса Сибхан, Мякишев М.В., Мартемьянов В.Ф., Чернов А.С.** АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПОСЛЕДНЕГО ЭТАПА ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ПЛАЗМЕ КРОВИ И ЛИЗАТАХ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ..... 46

**Зудбинов Ю.И., Зудбинова В.Ю.** ЦЕНТРЫ АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ ..... 48

**Зудбинова В.Ю., Белошапкина Е.В., Соболева Т.Н.,** ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ..... 49

**Зудбинова В.Ю., Калашникова Т.А., Зудбинов Ю.И.** ЗНАЧИМОСТЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ИММУНОПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ..... 50

**Кирпикова М.Н., Мендукшева Ю.Е., Шутемова Е.А., Назарова О.А.** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ У БОЛЬНЫХ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ ..... 51

**Кравцова О.Н., Багирова Г.Г.** ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТРИТОВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ..... 53

**Кузнецов В.И., Ильченко О.В., Яшина Е.Ю., Грачева Т.Г., Шарапова В.И.** КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РЕМИКЕЙД У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОДНЫМ АРТРИТОМ .....54

**Кузнецов В.И., Яшина Е.Ю., Грачева Т.Г., Шарапова В.И., Ильченко О.В.** ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА МОВАЛИС У БОЛЬНЫХ УРОГЕННЫМ АРТРИТОМ В СРАВНЕНИИ С ПРЕПАРАТОМ ВОЛЬТАРЕН .....55

**Кузьмин А.М., Кирпикова М.Н., Львов С.Е., Назарова О.А.** ВЗАИМОСВЯЗЬ ЧАСТОТЫ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА У ЖИТЕЛЕЙ Г. ИВАНОВО .....57

**Лупашку-Волентир Феличия Ф.** ИЗУЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ СО СМЕШАННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ .....58

**Магдеева Н. А., Ребров А. П.** ФАКТОР ВИЛЛЕБРАНДА КАК МАРКЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ПОДАГРЕ .....59

**Майко О.Ю., Багирова Г.Г., Попова Л.В.** ЭФФЕКТИВНОСТЬ КУРСОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА ПРЕПАРАТОМ ЦЕЛЬ Т .....60

**Майко О.Ю., Багирова Г.Г., Ткаченко И.В., Климова О.П., Позднякова Е.С.** ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ .....62

**Макаров М.А., Никонова Л.В., Кучумова Т.В.** ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ .....63

**Мартемьянов В.Ф., Давидян В.С., Кузнецов В.И., Морозова Т.А., Чернов А.С.** ЭНЗИМНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА, ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА И ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА .....64

**Мартемьянов В.Ф., Герусов Ю.И., Хортиева С.С., Стажаров М.Ю., Мозговая Е.Э., Агафонова Н.Л.** АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ АДЕНИЛОВОЙ ВЕТВИ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ .....66

**Мартемьянов В.Ф., Кузнецов В.И., Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Ермолаева Н.А.** ОСОБЕННОСТИ ЭНЗИМНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ.....67

**Мартемьянов В.Ф., Фофанова Н.А., Некрасова С.П., Красильников А.Н., Григорьянц Р.С.** АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА .....68

**Мартемьянов В.Ф., Хафис Эйса Сибхан, Стажаров М.Ю., Бедина С.А., Ермолаева Н.А.** ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ КСАНТИНОКСИДАЗЫ, КСАНТИНДЕГИДРОГЕНАЗЫ И 5'- НУКЛЕОТИДАЗЫ В ЛИЗАТАХ ЛИМФОЦИТОВ И ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ.....70

**Матвеева О.Н., Соболева Т.Н., Выставкина Е.А.** НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ .....71

**Мнацаканян С.Г., Александров А.В., Алехина И. Ю., Махачев М.А., Стажаров М.Ю., Емельянов Н.И.** АУТОАНТИТЕЛА К КСАНТИНОКСИДАЗЕ: ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЯ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ .....73

**Мозговая Е.Э., Некрасова С.П., Фофанова Н.А., Рогаткина Т.Ф., Ермолаева Н.А.** ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ АКТИВНОСТЬЮ НЕКОТОРЫХ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА .....74

**Неделько Г.Н., Выставкина Е.А.** ОСТЕОАРТРОЗ И ОСТЕОПОРОЗ. ОБЩИЕ ПУТИ - ОБЩИЕ РЕШЕНИЯ? .....76

**Ненашева Н.В., Матасова Н.А., Кочнева Л.И., Сычева Г.Ф., Емельянова О.И., Зборовская И.А.** УРОВЕНЬ АНТИТЕЛ К ЭЛАСТИНУ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ .....77

**Никитина Н.М., Агаева И.Н., Ребров А.П.** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ.....78

**Ногаева М.Г., Исаева Б.Г., Полимбетов Д.С., Жунусова Б.С.** ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОБЭНЗИМА ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ .....79

**Овчинникова Н.А., Бугрова О.В.** ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ.....81

**Парамонова О.В., Романов А.Н., Александров А.В., Красильников А.Н., Трубенко Ю.А., Зборовский А.Б.** ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ АУТОТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ.....82

**Пересыпкин В.В., Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Пересыпкина М.В., Левкина М.В.** ЭНЗИМНЫЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА .....83

**Пересыпкин В.В., Мартемьянов В.Ф., Зборовский А.Б., Левкина М.В., Хортиева С.С.** ОСОБЕННОСТИ ЭНЗИМНОГО СТАТУСА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАТОРНОЙ ФОРМОЙ ЛЮМБОИШАЛГИИ .....85

**Попова Л. В., Майко О.Ю.** УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СИНОВИТА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ.....87

**Пронина Н.Н., Зудбинов Ю.И., Ханов А.Г.** ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ДНЕВНОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА .....88

**Рыбак В.А., Курушина О.В.** ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ .....89

**Самусев С. Р., Маланин Д.А., Новочадов В.В., Тетерин О.Г.** КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА VISCORNEAL®ORTHO ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГОНАРТРОЗОМ .....90

**Сапарбаева М.М., Исаева Б.Г., Полимбетов Д.С.** ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ .....91

**Саранов А.А., Мирошникова В.В.** РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ФИБРОМИАЛГИЕЙ.....93

**Сатыбалдыев А.М., Акимова Т.Ф.** ИНФАРКТ МИОКАРДА, ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ОСТЕОНЕКРОЗ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ .....94

**Сатыбалдыев А.М., Акимова Т.Ф., Иванова М.М.** ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ РА, НАЧАВШЕМСЯ В 50 ЛЕТ И СТАРШЕ, ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ И СИСТЕМНОМ ПРИЕМЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ .....95

**Серопегин А.В., Грехов Р.А., Харченко С.А., Новикова О.В., Бондаренко Е.А., Булатова А.Н., Яшина Ю.В., Молчанова О.А., Бай С.А., Никифорова Н.В.** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....96

**Сизова Л.В., Чернышева Т.В., Багирова Г.Г.** ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ПОМОЩЬЮ DISEASE ACTIVITY SCORE-28 .....97

**Симонова О.В., Немцов Б.Ф., Сухих Е.Н.** ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НИЗКИХ ДОЗ МЕТОТРЕКСАТА..... 99

**Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Лешина О.А., Устинова М.Н., Емельянов Д.Н.** ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ПРИ СИСТЕМНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ..... 100

**Скрябина Е.Н., Грайфер И.В., Гайдукова И.З., Кузьмина О.А.** ЗНАЧЕНИЕ РЕОВАЗОГРАФИИ С ХОЛОДОВОЙ ПРОБОЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ..... 101

**Соломин М.Ю., Вершинин Е.Г., Замарина О.В., Зенкина С.И.** МЕСТО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ..... 103

**Степанова Н.Н., Зборовская И.А., Никитина Н.В., Заводовский Б.В.** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТРОНЦИЯ РАНЕЛАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ..... 104

**Сулейманова Г.П., Грехов Р.А., Кедрова В.Л., Харченко С.А., Бондаренко Е.А., Серопегин А.В., Булатова А.В., Яшина Ю.В.** НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ ..... 105

**Сухих Е.Н., Немцов Б.Ф, Симонова О.В.** ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ ..... 107

**Сучилин И.А., Маланин Д.А., Тетерин О.Г., Саргсян А.С.** ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ ТРАНСПЛАНТАТОМ «КОСТЬ-СУХОЖИЛИЕ-КОСТЬ» И ОЦЕНКА ЕЕ РЕЗУЛЬТАТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ФИКСАЦИИ БЕДРЕННОГО КОМПОНЕНТА ТРАНСПЛАНТАТА ..... 108

**Тетерин О.Г., Петров Д.Ю., Маланин Д.А., Гунин К.В., Лемешкин С.С.** РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ ..... 109

**Толмачёва С.В., Бабаева А.Р., Симонян А.В., Плетнёва И.В.** НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА ..... 110

**Трофименко А.С., Симакова Е.С., Зборовская И.А., Алехина И.Ю., Красильников А.Н., Гонтарь И.П.** ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ АНТИТЕЛ К ДЕЗОКСИРИБОНУКЛЕАЗЕ I С КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ..... 112

**Турмухамбетова Б.Т., Козлова Л.К., Новикова Н.С., Мамыкин Е.П., Горбачева О.Н.** ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ГИПОФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ..... 113

**Филимонова О.Г., Симонова О.В.** ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ..... 114

**Филимонова О.Г., Чупраков П.Г., Симонова О.В.** ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ..... 115

**Хабижанова В.Б., Исаева Б.Г., Полимбетов Д.С.** ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ПОДАГРЕ ..... 117

**Ханов А.Г.** РЕВМАТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ..... 118

**Ханова Е.А., Ханов А.Г.** ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА СПЕЦИАЛИСТА РЕВМАТОЛОГА И ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ..... 119

**Харитонова И.А., Ребров А.П.** ФАКТОР ВИЛЛЕБРАНДА КАК МАРКЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ ..... 120

**Хафис Эйса Сибхан, Мартемьянов В.Ф., Морозова Т.А., Коренская Е.Г., Стажаров М.Ю.** АКТИВНОСТЬ КСАНТИНОКСИДАЗЫ, КСАНТИНДЕГИДРОГЕНАЗЫ И 5'- НУКЛЕОТИДАЗЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ..... 121

**Хетагурова З.В., Тотров И.Н., Габараева Л.Н.** ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬФАКАЛЬЦИДОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ..... 123

**Хинталь Т.В., Ханов А.Г.** СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ ВРАЧА РЕВМАТОЛОГА В РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ ..... 124

**Чепой-Булгак Д.В., Гроппа Л.Г.** КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ ФИБРОЗОВ ..... 125

**Чернышева Т.В.** ОПРОСНИК HAQ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ ..... 126

**Чикурова И.В., Багирова Г.Г.** ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТА АЛФЛУТОП У БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА ..... 128

**Шилкина Н.П., Юнонин И.Е., Столярова С.А., Волкова Е.В.** РОЛЬ КАТЕХОЛАМИНОВ И УРОВНЯ РЕНИНА ПЛАЗМЫ В ДИНАМИКЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ..... 129

**Шилова Л.Н., Москвитина О.В., Маслакова Л.А., Красильников А.Н., Трубенко Ю.А., Емельянова О.И.** КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ РЕЙНО ..... 130

**Шишкина И.А., Немцов Б.Ф.** ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ЦИКЛОКСИГЕНАЗЫ-2 ГРУППЫ НИМЕСУЛИДА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИИ-АЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ..... 132

**Шорик Г. Н., Гроппа Л. Г., Бекяну Н., Кушнир В..** СЕРОНЕГАТИВНЫЕ АРТРОПАТИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ УВЕИТА ..... 133

**Шукурова С.М., Джураева М.Ш., Шералиева Н.М.** ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ ..... 134

**Шукурова С.М., Холова З.У., Искандарова М.Х.** НЕЯЗВЕННАЯ ДИСПЕПСИЯ НПВП-ГАСТРОПАТИИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ..... 135

**Юдина О. П., Ханов А.Г.** С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК В РАЗЛИЧНЫХ ЛАБОРА-ТОРНЫХ МЕТОДАХ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕС-КИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ..... 136

**Якушин С.С., Лыгина Е.В., Савкина Н.П., Терехина Н.Ю., Болотина Е.И., Мадорский А.Ф., Фадкина М.В.** ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НИМЕСУЛИДА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТ-РОЗОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ ..... 138

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ РЕВМАТОЛОГИИ**

Сборник научных работ (выпуск XXV)

Под редакцией
академика РАМН А. Б. З б о р о в с к о г о

Научный редактор
И. А. З б о р о в с к а я

Ответственные за выпуск
М. Ю. С т а ж а р о в, Е. Э. М о з г о в а я

ГУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН»
400138, Волгоград, ул. Землячки 76

Подписано в печать 28.02.2008
Бумага офсетная. Гарнитура Verdana, Book Antiqua. Печать офсетная.
Формат 60x84/16. Физ. печ. л. 9,25. Усл. п. л. 9,77.
Тираж 500 экз. Заказ № 1611.

Отпечатано ООО «Царицынская полиграфическая компания»
400137, Волгоград, б-р 30-летия Победы, 11а,
Тел./факс (8442) 39-40-13