

СИНДРОМ ХРУПКОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: ЧАСТОТА, ПРЕДИКТОРЫ, РИСК ПЕРЕЛОМОВ И ПАДЕНИЙ

© Е.И. Амири¹, С.Е. Мясоедова¹, Н.В. Корягина¹, Х. Амири¹, В.Ю. Манохин², И.П. Афанасьева², И.А. Петровская², А.В. Рыбин²

¹ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново

²ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница», Иваново

Цель. Установить частоту и возможные предикторы синдрома хрупкости при ревматоидном артрите (РА), а также его связь с риском переломов и падений.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 пациентов (59 женщин и 11 мужчин) с достоверным диагнозом РА по критериям ACR/EULAR (2010), в возрасте 33–81 год (средний возраст $58,2 \pm 10,3$ лет), проходящих стационарное лечение на базе ОБУЗ «Городская клиническая больница №4» и ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница». Длительность заболевания составила от 0,5 до 39 лет (в среднем, $9,4 \pm 9,2$ лет), в том числе 11 пациентов имели ранний РА (длительность <1 года). У 82,9% больных был серопозитивный РА умеренной активности (DAS28 по СОЭ $4,6 \pm 1,4$), II–III рентгенологической стадии (65,7%), II–III функционального класса (98,6%). Среди коморбидных заболеваний наиболее часто встречались гипертоническая болезнь (у 67,1%) и хронический гастродуоденит (у 87,6%). К началу исследования 47 (67,1%) больных получали базисную противовоспалительную терапию метотрексатом в дозе $15,9 \pm 4,9$ мг/неделю, остальные – лефлуномид, сульфасалазин, гидроксихлорохин; 6 пациентов получали лечение генно-инженерными биологическими препаратами. 64 пациента ранее принимали глюкокортикостероиды (ГКС) в дозе ≥ 5 мг/сут. в течение 3 месяцев и более. Синдром хрупкости диагностировали по фенотипической модели L.P. Fried (2001) с использованием опросников по выявлению гиподинамии (International Questionnaire on Physical Activity), синдрома усталости (Fatigue Assessment Scale), немотивированной потери веса (за год $\geq 4,5$ кг) или ИМТ $< 18,5$ кг/м², низкой силы сжатия кисти методом динамометрии, снижения скорости ходьбы на 4 метра. Хрупкость диагностировали при наличии ≥ 3 указанных характеристик, прехрупкость – при наличии 1–2 характеристик. У 37 пациентов была выполнена оценка композиционного состава тела и минеральной плотности кости (МПК) в позвоночнике и бедре на аппарате Lunar Prodigy (General Electric). Остеопороз (ОП) устанавливался согласно клиническим рекомендациям Российской ассоциации по остеопорозу (2014). Содержание скелетной мышечной ткани оценивали по индексу тощей массы (ИТМ) верхних и нижних конечностей. Саркопению диагностировали при ИТМ $< 6,0$ кг/м², ожирение – по содержанию жира в организме $> 32\%$. Факторы риска переломов оценивали по модели FRAX, риск падений – по шкале Морсе. Полученные данные обрабатывались в приложении Microsoft Office Excel и в пакете прикладных программ Statistica 6.0. При нормальном распределении признака результаты были представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – средняя, σ – среднеквадратичное отклонение. Достоверность различий между группами оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента, сопряженность признаков – по критерию хи-квадрат Пирсона. Разница считалась статистически значимой при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Синдром хрупкости установлен у 31 (44,3%), прехрупкости – у 36 (51,4%) пациентов. «Крепких» пациентов выявлено трое. Хрупкие пациенты были старше по возрасту, чем прехрупкие ($62,7 \pm 9,4$ и $54,1 \pm 9,5$ лет, $p = 0,0004$), число лиц молодого и среднего возраста (<60 лет) среди них было ниже (11 и 25 человек, $p < 0,05$). Достоверных различий по длительности РА, гендерному признаку в группах выявлено не было. У хрупких по сравнению с прехрупкими была выше рентгенологическая стадия РА (II–III стадия – у 71% пациентов и I–II стадия – у 75% соответственно, $p = 0,025$) и показатель DAS28 по СОЭ ($5,0 \pm 1,3$ и $4,1 \pm 0,9$, $p = 0,02$). Достоверной разницы между пациентами по дозам метотрексата и частоте его применения не выявлено. Суммарная доза полученных ГКС была выше у хрупких по сравнению с прехрупкими ($10040,0 \pm 15014,5$ мг и $3414,7 \pm 6368,4$ мг, $p = 0,025$). Хрупкие реже работали (19,4% и 69,4%, $p < 0,05$), чаще имели минимальный доход (80,6% и 47,2%, $p < 0,05$) и среди них было больше одиноких людей (59,1% и 36,1%). Среди хрупких и прехрупких пациентов число курящих значимо не отличалось (5 – 16,1% и 6 – 16,7% пациентов). 2 хрупких пациента злоупотребляли алкоголем, среди прехрупких таковых не оказалось. У хрупких пациентов по сравнению с прехрупкими были снижены показатели динамометрии ($5,1 \pm 4,9$ кг и $10,5 \pm 5,8$ кг, $p = 0,0001$). У 51,6% хрупких пациентов была выявлена гиподинамия и увеличение времени ходьбы на 4 м (до $6,9 \pm 3,8$ с и $4,0 \pm 1,0$ с, $p < 0,05$), чаще встречались выраженные функциональные нарушения по индексу HAQ (67,7% и 5,6%, $p < 0,05$). Также у них по сравнению с прехрупкими чаще наблюдались немотивированная потеря веса (74,4% и 11,1%, $p < 0,05$) и повышенная утомляемость (96,8% и 50,0%, $p < 0,05$). У 18 хрупких и у 19 прехрупких пациентов были проведены остеоденситометрия и исследование КСТ. Установлено, что остеопорозом чаще страдали хрупкие пациенты ($p < 0,05$). У них в 1,5 раза чаще встречались низкоэнергетические переломы и в 1,5 раза чаще отмечалось снижение МПК, соответствовавшее остеопении или ОП. Также у хрупких пациентов был значительно выше риск переломов по FRAX как в шейке бедра ($7,6 \pm 11,6\%$ и $1,8 \pm 1,7\%$, $p = 0,04$), так и общий риск переломов ($23,0 \pm 14,3\%$ и $14,7 \pm 5,6\%$, $p = 0,02$). Вероятность падений была достоверно выше ($p < 0,05$) у хрупких пациентов по сравнению с прехрупкими: у 10 из 18 пациентов отмечен высокий риск падений, в то время как у прехрупких риск падений отсутствовал или был



низким у отдельных больных. Пациенты обеих групп достоверно не отличались по индексу массы тела, содержанию жировой и мышечной массы, фенотипам композиционного состава тела. Однако следует отметить, что в обеих группах преобладали пациенты с избыточной массой тела и ожирением. Самым частым фенотипом композиционного состава тела было сочетание остеопении/ОП с ожирением (osteopenic obesity), которое встречалось примерно у 30% пациентов обеих групп. У хрупких пациентов по сравнению с прехрупкими остеосаркопеническое ожирение наблюдалось в 2 раза чаще.

Синдром хрупкости или старческая астения – гериатрический синдром, который характерен для лиц пожилого возраста (>60 лет), характеризуется снижением физиологического резерва и функций многих систем организма и приводит к повышенной уязвимости организма к воздействию внутренних и внешних факторов и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери способности к самообслуживанию и смерти (Клинические рекомендации: Старческая астения, 2018). Есть основания полагать, что хрупкость при РА развивается в более молодом возрасте, что приводит к инвалидности, увеличивает коморбидность и обуславливает преждевременную смертность пациентов. Вместе с тем, проблема хрупкости при РА мало изучена. По результатам нашего исследования выявлена высокая распространенность хрупкости и прехрупкости при РА. Развитие данного синдрома при РА и его прогрессирование от прехрупкости к хрупкости связано с рядом факторов, среди которых особую роль, вероятно, играет активность, рентгенологическая стадия РА и функциональный статус пациента. Имеет значение социальный статус и возраст пациента, однако почти половина хрупких и три четверти прехрупких пациентов были моложе 60 лет. Синдром хрупкости при РА тесно ассоциирован с ОП, высоким риском переломов и падений. Не выявлено достоверных связей хрупкости с показателями композиционного состава тела, однако это может быть связано с небольшой группой исследуемых пациентов. Кроме того, сравнения проводились между прехрупкими и хрупкими пациентами, группа крепких пациентов была представлена единичными лицами.

Выводы. Синдромы хрупкости и прехрупкости характерны для больных РА и могут проявляться в молодом и среднем возрасте. Наличие хрупкости ассоциировано с более старшим возрастом, низким уровнем социального статуса, более высокой активностью и рентгенологической стадией РА, физическим дефицитом. Хрупкие пациенты по сравнению с прехрупкими чаще страдают ОП и являются группой высокого риска переломов и падений, что необходимо учитывать при ведении этих пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Ревматоидный артрит; риск переломов; предикторы.

FRAGILITY SYNDROME IN RHEUMATOID ARTHRITIS: FREQUENCY, PREDICTORS, RISK OF FRACTURES AND FALLS

© Amiri E.I.¹, Myasoedova S.E.¹, Koryagina N.V.¹, Amiri H.¹, Manokhin V.Yu.², Afanasieva I.P.², Petrovskaya I.A.², Rybin A.V.²

¹Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo

²Ivanovo Regional Clinical Hospital, Ivanovo