

ОСОБЕННОСТИ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С РАННИМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

© Рубцова О.А.¹, Мясоедова С.Е.² Полтырева Е.С.²

¹ ОБУЗ Городская клиническая больница №4 г. Иваново

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Иваново

Цель: выявить изменения композиционного состава тела и минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у женщин с ранним ревматоидным артритом (РА) в сравнении с женщинами без РА, оценить клиническое значение этих изменений и их динамику в течение 1 года на фоне лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы: Обследованы 23 женщины с достоверным диагнозом раннего РА (длительность заболевания менее 1 года, в среднем 7 месяцев) по критериям EULAR/ACR (2010), в возрасте 49-79 лет (средний возраст $61,39 \pm 8,37$ лет), без серьезных сопутствующих заболеваний, обратившиеся в городской ревматологический центр г.Иваново. Группу сравнения составили 69 женщин без признаков РА и тяжелой сопутствующей патологии, сопоставимых по возрасту с основной группой. У женщин с РА преобладал серопозитивный вариант, 2 степени активности, 2 рентгенологической стадии, 2 функционального класса. Всем пациенткам назначен в качестве базисного препарата метотрексат в средней дозе $12,65 \pm 3,24$ мг/неделю. Глюкокортикоиды более 3 месяцев принимали 8 женщин. 7 женщин с остеопорозом (ОП) принимали препараты алендроновой кислоты в сочетании с препаратами кальция и активного витамина D, 16 пациенток с нормальными показателями МПКТ или остеопенией по данным денситометрии принимали только препараты кальция и витамина D. Все пациентки занимались лечебной физкультурой под контролем врача ЛФК, проходили курсы физиотерапии. Пациентки наблюдались у ревматолога каждые 3 месяца. Риск переломов оценивали по шкале FRAX, риск падений - согласно клиническим рекомендациям Российской ассоциации по остеопорозу (2014). Определяли композиционный состав тела и МПКТ в позвоночнике и бедре с помощью аппарата Lunar Prodigy (General Electric). Индекс тощей массы (ИТМ) рассчитывался как суммарная тощая масса верхних и нижних конечностей (кг)/рост (m^2), $ИТМ < 6$ кг/ m^2 расценивался, как саркопения (Cruz-Jentoft A.J., 2018). Определяли общую жировую массу в кг. Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Результаты представлены в форме средней (М) и среднеквадратичного отклонения (σ) в виде $M \pm \sigma$. Достоверность различий между группами оценивалась при помощи t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Женщины с ранним РА по сравнению с женщинами без РА имели достоверно меньший вес ($69,92 \pm 14,29$ кг и $77,2 \pm 14$ кг соответственно), ИМТ ($27,83 \pm 5,28$ кг/ m^2 и $30,78 \pm 4,85$ кг/ m^2 соответственно), меньшее содержание общей жировой массы ($27,43 \pm 10,29$ кг и $34,49 \pm 9,76$ кг соответственно). Достоверных различий по содержанию тощей (мышечной) массы не получено. Однако снижение индекса тощей массы (ИТМ) до критериев саркопии встречалось в 2,5 раза чаще, чем в контрольной группе (21,7% и 8,7% соответственно). У женщин с РА, в отличие от лиц без РА, был достоверно выше риск основных остеопоротических переломов ($14,3 \pm 8,45$ и $8,44 \pm 2,9$ соответственно) и переломов шейки бедра по FRAX ($3,38 \pm 6,84$ и $0,54 \pm 0,56$ соответственно), остеопоротические переломы у них в анамнезе встречались в 1,5 раза чаще (17,4% и 11,6% соответственно). При раннем РА снижалось содержание МПКТ по Т-критерию в позвоночнике ($-0,83 \pm 1,58$ и $-1,2 \pm 1,26$ соответственно, $p < 0,05$) и шейке бедра ($-1,21 \pm 1,04$ и $-0,91 \pm 0,8$ соответственно, $p < 0,05$). У женщин с ранним РА отмечен высокий риск падений, в среднем на одного пациента приходилось 3 ФР падений. Наиболее часто пациентки не могли выполнить тест «Встань и иди».

Через год обследованы 12 женщин. На фоне лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин с РА снизилась активность по DAS28 ($4,23 \pm 1,09$ и $2,76 \pm 1,03$ соответственно, $p < 0,05$) и СРБ ($8,18 \pm 4,58$ и $4,62 \pm 3,62$ соответственно, $p < 0,05$), стали преобладать пациентки с 1 степенью активности, 1 функциональным классом. Ремиссия достигнута у 2 пациенток, у остальных - активность была низкой. К этому времени доза метотрексата стала достоверно выше ($11,23 \pm 3,47$ и $13,21 \pm 2,83$ мг/неделю соответственно). Сократилось число женщин принимающих стероидные препараты (с 8 до 2 пациенток). Достоверных различий по содержанию минеральной, жировой и тощей (мышечной) массы не получено, но произошла стабилизация этих показателей с тенденцией к их увеличению. Сократился риск основных остеопоротических переломов по FRAX ($15,5 \pm 3,46$ и $11,65 \pm 2,34$ соответственно, $p < 0,05$). Снизилось число факторов риска падений ($3,33 \pm 1,67$ и $0,66 \pm 0,49$ соответственно, $p < 0,05$) за счет снижения количества женщин с низкой физической активностью и нарушениями сна. Также снизилось количество пациенток, которые не могли пройти без остановки 100м (5 и 0 соответственно), не выполнивших тест «Встань и иди» (9 и 0 соответственно). Падений у женщин за год не было.

Полученные данные свидетельствуют о наличии более низкой массы тела у женщин с ранним РА за счет снижения жировой и костной массы, в меньшей степени за счет мышечной массы. Возникновение этих изменений уже на ранней стадии заболевания в отсутствии серьезной коморбидности, вероятно, отражает их связь с активностью аутоиммунного воспаления. Изменения композиционного состава тела и МПКТ сопровождаются высоким риском остеопоро-

тических переломов и падений. Лечение РА в соответствии со стратегией «Treat To Target» (до достижения цели), т.е. ремиссии или низкой активности, в течение 1 года позволяет предотвратить дальнейшее снижение жировой массы и костно-мышечные потери. Тенденция к увеличению этих показателей на фоне снижения активности РА ассоциируется со снижением риска остеопоротических переломов и значительным уменьшением риска падений. Результаты получены на малой группе пациентов с РА и требуют дальнейших исследований.

Выводы. Для женщин с РА уже на ранней стадии заболевания характерны снижение веса, жировой и костной массы, а также тенденция к снижению мышечной массы с более частым развитием саркопении по сравнению с женщинами без РА. Эти изменения сопровождаются увеличением риска переломов и высоким риском падений. Эскалация базисной противовоспалительной терапии до достижения ремиссии или низкой активности на ранней стадии РА в комплексе с применением антиостеопоротических препаратов, ЛФК, физиолечением, предупреждает дальнейшее снижение жировой массы и костно-мышечные потери, позволяет уменьшить риск переломов и падений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Ревматоидный артрит; минеральная плотность кости; композиционный состав тела.

FEATURES OF BODY COMPOSITION AND BONE MINERAL DENSITY IN WOMEN WITH EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS

© Rubtsova O.A.¹, Myasoedova S.E.², Poltyreva E.S.²

¹ City Clinical Hospital No. 4, Ivanovo

² Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo

KEYWORDS: Osteoporosis; bone mineral density; rheumatoid arthritis.