

одышки, уровень мотивации, статус курения. Объективизация функционального состояния показывает, что определенного успеха можно достигнуть у больных с различной степенью тяжести ОА и ХОБЛ. Исходный уровень реабилитационного потенциала должен характеризовать способности больного к реализации многофакторных механизмов восстановления нарушенного здоровья и нормализации различных форм жизнедеятельности. При этом совместное применение современных средств фармакотерапии и реабилитации может обеспечить у коморбидного больного повышение толерантности к физической нагрузке и позитивно изменить результаты заключительного этапа суставной и легочной реабилитации. ЛФК является классической программой медицинской реабилитации больных ОА с ХОБЛ. Это связано с корригирующим влиянием ЛФК на биомеханику движения и дыхания, улучшением бронхиальной проходимости, ускорением обратного развития воспалительного процесса и увеличением резервов ФВД. доступными методами физиотерапии при ОА и ХОБЛ являются ультрафиолетовое облучение, ультравысокочастотная терапия, индуктотерапия, микроволновая терапия сантиметрового и дециметрового диапазонов, крайне высокочастотная терапия, амплипульстерапия, магнитотерапия. Все вышеперечисленные методы уменьшают воспалительные явления в суставах и бронхах, улучшают подвижность суставов и бронхиальную проходимость, снижают экссудативные реакции в легочной паренхиме, оказывают бактериостатическое действие и обеспечивают иммуномодулирующий эффект. При этом можно подключать иглорефлексотерапию, электро- и лазеропунктур, точечный массаж. Лазерное излучение обладает противовоспалительным эффектом, повышает реактивность организма, улучшает реологические свойства крови. Клинические проявления данного эффекта – разрешение воспаления, в том числе синовита и уменьшение отека слизистой бронхов. Гирудотерапия может широко применяться на амбулаторном этапе реабилитации. Применение комбинированного хондропротектора в лечении больных ОА в сочетании с ХОБЛ, приводит к более быстрому уменьшению болевого синдрома, укорачиванию срока пребывания больного в стационаре и восстановлению повседневной активности. Полученные результаты показали эффективность комбинированного хондропротектора в терапии ОА и возможность его применения в общеврачебной практике. Помимо проведения физической реабилитации всем больным рекомендуется проведение также дыхательной гимнастики по 20 минут 2-3 раза в день, включающей в себя следующие упражнения: дыхание через сомкнутые губы, выдох с сопротивлением, дыхание в согнутом положении с наклоном вперед, упражнения на диафрагмальное дыхание.

Выводы. Больным ОА с ХОБЛ с целью улучшения качества жизни, повышения толерантности физической нагрузки и уменьшения выраженности клинических симптомов рекомендуется применение комбинированных программ суставной и легочной реабилитации. Современное лечение и реабилитация ОА с ХОБЛ направлено не только на уменьшение боли и улучшение функционального состояния пораженных органов, но и на замедление прогрессирования заболевания с помощью комплексного воздействия нефармакологических и медикаментозных методов, способствующих снижению инвалидизации и улучшению качества жизни больных.

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ВЫРАЖЕННЫМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Александров В.А.^{1,2}, Гунаева А.О.², Мулдагалиева Э.Ю.²

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского», Волгоград

²Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии, Волгоград

Остеопороз (ОП) и повышенный риск переломов являются широко наблюдаемыми сопутствующими заболеваниями при хронических воспалительных ревматических заболеваниях. Потеря костной массы и повышение хрупкости костей характеризуются от высокой распространенности среди больных ревматоидным артритом (РА) до противоречивых данных у пациентов с псориатическим артритом (ПсА). Тем не менее, ОП, наряду с другими сопутствующими патологиями (кардио-ренальные нарушения, метаболический синдром, ожирение, инфекции, депрессия и др.), могут влиять как на клинические исходы, так и на тактику ведения таких пациентов.

Цель: изучить особенности оценки риска переломов, ассоциированных с остеопорозом, у пациентов с РА и ПсА при сопутствующих метаболических нарушениях.

Материалы и методы. Было обследовано 46 больных РА по критериям ACR/EULAR (2010 г.) в возрасте от 40 до 76 лет (средний возраст $56,7 \pm 8,85$ лет, женщин – 80,4%) и 43 пациента с ПсА по критериям CASPAR (2006 г.) в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст $58,0 \pm 8,1$ лет, женщин – 67,4%).

Наличие у пациентов метаболического синдрома (МС) диагностировали по критериям Национальной образовательной программы по холестерину (National Cholesterol Education Program / Adult Treatment Panel III; NCEP/ATPIII; 2004 г.). Гармонизированные критерии NCEP/ATPIII включали: (1) увеличение окружности талии ≥ 102 см для мужчин и ≥ 88 см для женщин; (2) уровень глюкозы натощак $\geq 6,1$ ммоль/л или медикаментозное лечение повышенного уровня глюкозы; (3) уровень триглицеридов (ТГ) $\geq 1,7$ ммоль/л; (4) уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) менее $<1,0$ ммоль/л у мужчин или $<1,3$ ммоль у женщин; (5) АД $\geq 130/85$ мм рт. ст. или антигипертензивное лечение в анамнезе. В соответствии с этими показателями всем участникам исследования была присвоена бинарная оценка МС («есть/нет») и рассчитана категориальная оценка МС по всем доступным критериям (от 0 до 5).

Онлайн калькулятор по подсчету индекса FRAX (русская версия) был использован в качестве инструмента при оценке 10-летней вероятности перелома. При заполнении анкет собирали следующие данные: возраст, пол, вес, рост, предшествующий нетравматический перелом, анамнез перелома бедра у родителей, курение и употребление алкоголя в настоящее время, использование кортикостероидов, наличие заболевания с доказанной ассоциацией с ОП. В ряде случаев пациентам с ПСА была выполнена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DEXA) на костном рентгеновском денситометре (LUNAR DPX, GE). В соответствии с рекомендациями ВОЗ оценка состояния костной ткани (проксимального отдела бедра и поясничного отдела позвоночника) осуществлялась по Т-критерию, снижение которого от -1,0 до -2,4 расценивалось как остеопения, значение ниже -2,5 рассматривалось как диагностический признак остеопороза.

Результаты и обсуждение. Признаки МС были выявлены у 22 больных РА (47,8%) и 19 пациентов с ПСА (44,2%). Из всех критериев МС наиболее часто как у больных РА, так и у пациентов с ПСА встречалось увеличение окружности талии (10 человек, 45,5% и 8 человек, 42,1%, соответственно), являющееся важными инструментами при оценке висцеральной жировой ткани.

Примечательно, что структура категориальной оценки МС у больных РА и ПСА была практически схожей (наличие 3-х категориальных признаков в 54,5% (у 12/ из 22) и 52,6% (у 10/ из 19), 4-х признаков – в 41% (9/22) и 36,9% (7/19) и всех 5-ти признаков – в 4,5% (1/22) и 10,5% (2/19) случаев, соответственно).

Распространенность ОП по данным, представленными пациентами при первичном осмотре, при РА значительно превосходила показатели больных ПСА (36,6% и 14% соответственно, $p < 0,001$).

При опросе пациентов было установлено, что больным РА в 95,6% случаев ранее (на амбулаторном приеме, в условиях стационара) проводился подсчет индекса FRAX, а в 74% случаев пациентам была выполнена остеоденситометрия. Среди больных ПСА подобные мероприятия проводились существенно реже (32,6% и 20,9%, соответственно).

Учитывая неоднозначные данные о состоянии минеральной плотности и уровне метаболизма костной ткани, а также противоречивые данные о частоте и риске переломов у пациентов с ПСА, нами был проведен подсчет 10-летней вероятности перелома во всей когорте больных ПСА, включенных в исследование. При расчете индекса FRAX использовали только клинические факторы риска, так как минеральная плотность костной ткани (МПКТ) ранее не исследовалась у значительного числа пациентов, а часть больных не смогли представить необходимые сведения.

При обработке полученных данных была выявлена умеренная ассоциация между высоким риском переломов (10-летняя вероятность по FRAX) и наличием у пациентов с ПСА метаболического синдрома (коэффициент ассоциации $\phi = 0,37$).

При сравнении соответствующих по возрасту и полу групп больных ПСА с наличием МС (группа I) и при его отсутствии (группа II) наблюдались статистически значимые различия в 10-летней вероятности общего перелома (9,8 [6,9; 15,0] % по сравнению с 7,4 [6,3; 9,2] %; M-W U test, $p = 0,029$), но не перелома шейки бедра (0,9 [0,4; 2,1] % по сравнению с 0,6 [0,4; 1,0] %; M-W U test, $p = 0,105$).

Количество пациентов ПСА с высоким риском переломов ($\geq 16\%$, что соответствовало табличному порогу вмешательства для возраста 58 лет) статистически значимо преобладало в группе больных с наличием признаков МС (Хи-квадрат с поправкой Йейтса=4,01, $p=0,045$).

Оценка риска переломов с использованием инструмента FRAX, даже без данных остеоденситометрии, выявила 7 (16,3%) пациентов с ПСА (среди которых 6 человек с МС), заслуживающих назначения антиостеопоротического лечения. Всем пациентам данной группы ($n=7$) была выполнена DEXA на базе ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского». При обработке полученных результатов у четырех человек показатели Т-критерия соответствовали остеопении (от -1 до -2,4 СО), а у трех человек – остеопорозу ($< -2,5$ СО).

Таким образом, результаты исследования показывают, что у больных ПСА, помимо описанных ранее предикторов 10-летней вероятности переломов (таких как возраст, МПКТ, активность заболевания), наличие МС и степень выраженности метаболических нарушений также могут являться факторами риска.

Выводы. Использование индекса FRAX в качестве инструмента оценки риска переломов легко применимо и должно найти широкое применение не только в популяции больных РА, но и больных ПСА, особенно при наличии у них выраженных метаболических нарушений, для более раннего выявления пациентов с потенциально низкой МПКТ и своевременной медикаментозной профилактики переломов, ассоциированных с остеопорозом.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1. Александров Владислав Андреевич, 30 лет
2. Гунаева Анастасия Олеговна, студентка 5 курса ВолгГМУ; Мулдагалиева Эльмира Юрьевна, студентка 5 курса ВолгГМУ
3. Название работы: «Особенности оценки риска переломов у пациентов с хроническими воспалительными ревматическими заболеваниями и выраженными метаболическими нарушениями»
4. Нет
5. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии имени А.Б. Зборовского», 400138, Волгоград, ул. им. Землячки, 76
Тел: 88442789098
6. alexandrow666@mail.ru; imlab@mail.ru
7. +79050611223