

СОСТОЯНИЕ МПК У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ЧЕРЕЗ ОДИН ГОД ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ

Демин Н.В., Кусевич Д.А., Добровольская О.В.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
Научно-исследовательский институт ревматологии, Москва

Цель исследования: сравнить состояние минеральной плотности костной ткани (МПК) у женщин с ревматоидным артритом (РА), получавших и не получавших ритуксимаб.

Материал и методы: в исследование включены 78 женщин в возрасте 40 лет и старше с РА, диагностированным в соответствии с критериями ACR/EULAR (2010). 48 пациенток лечились ритуксимабом и метотрексатом (РИТ+), 30 человек в качестве базисной терапии получали только метотрексат (РИТ-). Группы не различались по средней продолжительности терапии глюкокортикоидами и их кумулятивной дозе. Противоостеопоротическая терапия не проводилась. Всем женщинам проведена двуэнергетическая рентгеновская денситометрия (Hologic 4500A, USA) исходно и через один год. Активность РА оценивали по индексу DAS28. При статистической обработке данных использовались непараметрические методы анализа.

Результаты: группы РИТ+ и РИТ- не различались по возрасту (медиана (Ме) 58 [53; 63] лет и 52 [50; 69] соответственно, $p > 0,05$), длительности РА (Ме 15 [4; 21] лет и 9 [3; 11] лет соответственно, $p > 0,05$) и DAS28 (Ме 5,18 [4,35; 6,25] и 5,71 [4,66; 5,94] соответственно, $p > 0,05$). Через 1 год у пациенток РИТ+ изменения (Δ) МПК составили в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) 0,2% [-3,9%; 4,0%], в шейке бедра (ШБ) -1,8% [-6,2%; 2,4%] и по общему показателю проксимального отдела бедра (ОПБ) 0,3% [-3,5%; 4,5%]. В группе РИТ- МПК в L1-L4 увеличилась на 1,0% [-4,9%; 3,3%], в ШБ и ОПБ уменьшилась на -2,5% [-5,8%; -0,4%] и -1,7% [-4,3%; 4,2%]. Δ МПК в соответствующих областях в группах РИТ+ и РИТ- не различалась ($p > 0,05$). Не выявлено корреляций между степенью увеличения или уменьшения МПК с возрастом, длительностью РА и DAS28.

Заключение: РИТ не оказал влияния на МПК у женщин с РА через 1 год после начала терапии. Изменения МПК не ассоциировались с возрастом, длительностью и активностью РА. При выявлении остеопороза необходимо проводить противоостеопоротическую терапию независимо от варианта базисной противовоспалительной терапии.

САРКОПЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ С ПОЗИЦИИ ЭНДОКРИНОЛОГА

Дзгоева Ф. Х.

ФГБУ НМИЦ Эндокринологии Минздрава России, Москва

Актуальность. За последние два десятилетия появился новый фенотип ожирения, названный саркопеническим ожирением, при котором нарастающие показатели массы тела сопряжены с саркопенией. До сих пор ведутся споры о негативном влиянии саркопенического ожирения на повышение риска сопутствующих заболеваний, связанных с избыточной массой тела. По этой причине научные организации, занимающиеся проблемой ожирения, такие как Европейское общество клинического питания и обмена веществ (ESPEN) и Европейская ассоциация по изучению ожирения (EASO), недавно предложили исследователям и специалистам в области здравоохранения рассматривать саркопеническое ожирение в качестве научного и клинического приоритета.

Результаты. С целью оценки связи между саркопеническим ожирением и метаболическими нарушениями проанализировано несколько исследований, в которых исследователи сделали предположение о синергетическом эффекте ожирения и саркопении при так называемом фенотипе «саркопеническое ожирение». Наличие хронического воспаления, являющегося общим «знаменателем», играет важную роль в патогенезе метаболического ожирения, и усугубляет метаболические осложнения у людей с саркопеническим ожирением. Анализ доступной литературы позволил определить распространенность метаболического ожирения среди взрослых с саркопеническим ожирением и сопоставить ее с таковой при ожирении без саркопении. На основании полученных данных не удалось обнаружить более высокую распространенность метаболического ожирения среди пациентов с саркопеническим ожирением по сравнению с людьми только с ожирением (без саркопенического ожирения), а также связь между последними и более высоким риском метаболического ожирения. При оценке полученных результатов следует отметить техническую сложность в оценке данных исследований, в первую очередь, из-за перекрестного дизайна большинства.

Анализ данных о связи саркопенического ожирения с костным ремоделированием указывает на важность этого состояния при диагностике остеопороза, расчете риска переломов и выборе лечения. В настоящее время описано много этиопатологических каскадов, вовлеченных в развитие саркопении, и потенциальные биомаркеры для фармацевтической мишени. Все это диктует необходимость в проведении дальнейших исследований в данной области.