РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

КОРОЛЕВ М.А., ПРУДНИКОВА М.А., ЛЕТЯГИНА Е.А., АКИМОВА А.А., ОМЕЛЬЧЕНКО В.О., КОНЕНКОВ В.И.
ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной лимфологии», г. Новосибирск

Спондилоартриты (СпА) – группа хронических воспалительных заболеваний позвоночника, суставов, энтезисов, характеризующаяся общими клиническими, рентгенологическими и генетическими особенностями. Остеопороз (ОП) является частым осложнением анкилозирующего спондилита (АС), что обусловливает высокий риск переломов позвонков и других зон скелета, прогрессию деформации позвоночника, и увеличение смертности больных. В тоже время распространенность и этиологические аспекты низкой МПКТ при других формах спондилоартритов до сих пор не полностью выяснены.

Цель. Оценить распространенность снижения МПКТ у больных с различными клиническими вариантами спондилоартрита.

Материал и методы. В исследование включено 70 пациентов (44 – мужчины и 26 – женщин) со спондилоартритами, которые были распределены в 3 группы согласно диагнозам. Первая группа включала 44 пациента с анкилозирующим спондилитом (АС) (медиана возраст 37,5 [29,25; 52] года). Диагноз АС устанавливался согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям. Вторая группа включала 17 больных с ранним аксиальным и периферическим спондилоартритом (рСПА) (медиана возраст 34 [24,5; 42] года), длительность заболевания >3 месяцев и <3 лет. Диагноз устанавливался по критериям (ASAS, 2009). В третью группу были включены 9 пациентов со спондилоартритом, ассоциированным с воспалительным заболеванием кишечника (СПА ВЗК). Медиана возраста 32 [28,5; 49,5] года. У пациентов была проанализирована активность заболевания, частота носительства HLA-B27, факторы риска развития остеопороза.

МПКТ поясничного отдела и проксимального отдела одной из бедренных костей определялась с помощью двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Измерение проводилось на аппарате «Lunar Prodigy» (США). Для оценки использовался автоматически вычисляемый Т- и Z-критерий (ВОЗ, 1994; ISCD, 2007). Низкая МПКТ определялась у пациента при наличии остеопении и/или остеопороза. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ IBM SPSS Statistics 21.

Результаты. Снижение МПКТ было выявлено во всех группах больных. В группе АС снижение МПКТ составило 97% (остеопороз – 20%), в группе рСПА снижение МПКТ составило 71% (остеопороз не регистрировался), в группе СПА ВЗК снижение МПКТ составило 100% (остеопороз – 22%).

В данном исследовании не было продемонстрировано четкой зависимости уровня МПКТ от длительности заболевания, возраста, индекса массы тела, активности процесса, приема глюкокортикоидов и ГИБП.

Выводы. Низкая костная масса отмечается во всех клинических группах серонегативных спондилоартритов. Не выявлено зависимости низкой МПКТ от индекса массы тела, активности процесса, приема глюкокортикоидов и ГИБП.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ШЕЙКИ БЕДРА, У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ТАСКИНА Е.А., АЛЕКСЕЕВА Л.И., ДЫДЫКИНА И.С., ПОДВОРОТОВА М.М., СМИРНОВ А.В., НАСОНОВ Е.Л.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, г. Москва

У больных ревматоидным артритом (РА) остеопороз (ОП) в 2-3 раза чаще диагностируется, чем в популяции, а риск переломов увеличен в 1,5-2,5 раза. Наиболее опасными в отношении дальнейшего качества и прогноза жизни больных являются переломы шейки бедренной кости.

Цель. Выделить основные факторы риска развития ОП в шейке бедренной кости у женщин с РА.

Материал и методы. В исследование включено 206 женщин с РА (по критериям ACR 1987 г.) в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст – 56,6±11,2 лет). На каждую больную была заполнена индивидуальная тематическая карта, включающая в себя социально-демографические, антропометрические, анамнестические и клинико-лабораторные данные, традиционные факторы риска ОП, суставной статус, коморбидные заболевания. Всем пациенткам была выполнена рентгенография кистей и дистальных отделов стоп. Счет эрозий и сужения суставных щелей произведен по методу Sharp (Шарпа) в модификации Van der Heijde. Оценка минеральной плотности кости (МПК) в осевом скелете осуществлялась методом двухэнергетической рентгеновской денситометрии. Для женщин, находящихся в постменопаузальном периоде, учитывался Т-критерий, у женщин с сохраненным менструальным циклом – Z-критерий.

Результаты. ОП в шейке бедренной кости был диагностирован у 68 женщин (33%), у 138 (67%) – ОП выявлен не был. Больные с ОП и без него были сопоставимы по возрасту (58,7 ± 12,3 и 55,5 ± 10,2 лет, p=0,06), однако различались по длительности РА (12 (7-22) и 11 (7-15) лет, p=0,04) и суммарному индексу Шарпа (181,5 (92–267) и 112 (59–173) баллов, p = 0,006). Пациентки с ОП имели большую среднесуточную дозу глюкокортикоидов (ГК) за прошедший год (5 (2,5-7,5) и 2,5 (1,3-5) мг/сут, p = 0,03) и большее суммарное количество внутрисуставных введений ГК по сравнению с пациентками без ОП (8 (3-18) и 6 (2-10), p=0,04, соответственно). Оценка традиционных факторов риска ОП показала, что больные с ОП имели меньший вес (62,8 ± 11,4 и 69,6 ± 12,4 кг, p < 0,001) и большинство из них находились в постменопаузальном периоде (89,7% и 74,6%, ОР = 1,2, 95% ДИ 1,06–1,36, p = 0,007). У больных с ОП чаще имелись родственники первой степени родства с переломами шейки бедра в анамнезе (16,4 и 2,9%, ОР = 5,57, 95% ДИ 1,82–17,07, p = 0,001). На основании дискриминантного анализа выделены наиболее значимые факторы риска развития ОП в шейке бедренной кости: суммарный индекс Шарпа, среднесуточная доза ГК за прошедший год, суммарное количество внутрисуставных введений ГК

и менопауза; определен вклад этих переменных в развитие ОП (коэффициенты дискриминантной функции: 0,006; 0,37; 0,07; 2,91 соответственно) и создана формула, позволяющая с высокой точностью (площадь под ROC-кривой = 0,926) прогнозировать развитие ОП в шейке бедренной кости. Точность модели – 89,7%.

Заключение: эрозивно-деструктивные изменения суставов кистей и стоп (по данным суммарного индекса Шарпа), среднесуточная доза ГК за прошедший год, суммарное количество внутрисуставных введений ГК и менопауза являются основными факторами риска развития ОП в шейке бедренной кости у женщин, страдающих РА.

ПАДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

ФЕКЛИСТОВ А. Ю., НИКИТИНСКАЯ О. А., ДЕМИН Н. В., ТОРОПЦОВА Н. В.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва

Падения – независимый фактор риска переломов. Они широко распространены в популяции, особенно среди пожилых лиц, при этом в 40-60% случаев они ведут к травмам разной степени выраженности. Пациенты с РА возможно имеют бóльший риск падений, чем лица без РА, что может быть связано с характерными для этого заболевания проявлениями, такими как боль, припухлость и деформация суставов, а также миотрофии и миопатии околосуставных мышц, ведущих к снижению физической активности, нарушениям походки и балансировки тела.

Цель. Определить частоту падений и переломов у больных с ревматоидным артритом (РА) в ходе 3-х летнего проспективного наблюдения.

Материал и методы: включены 133 пациентов с РА, из них 94% женщин, средний возраст 61±11 лет. На всех больных заполнялась специально разработанная анкета. Проводились краткий комплекс тестов оценки физической формы (ККТ ОФФ), измерение мышечной силы с помощью динамометра, измерение состав тела с помощью двойной энергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA Hologic Discovery A). Всем пациентам выдавался дневник падений, при наличии которых пациент в течение месяца звонил исследователю для сообщения о наступлении события. Каждые 12 месяцев в течение 3 лет пациенты активно анкетировались исследователем по телефону или при визите в клинику.

Результаты: За 3-х летний период сообщили о хотя бы об одном падении 49 (37%) пациентов, у которых зарегистрировано в общей сложности 84 падения с частотой 35/100 человеко-лет. Падения у больных РА не зависели от возраста и длительности заболевания, физической формы, оцененной с помощью ККТ ОФФ, и мышечной силы, остроты зрения, пользования тростью или другими вспомогательными приспособлениями. Пациенты с падениями имели значимо более высокий DAS28, HAQ, получали более высокую суточную дозу глюкокортикоидов (ГК) при включении в исследование. Падения в течение предшествующего первому анкетированию года явились важным предиктором последующих падений (ОШ = 2,9 [95%ДИ 1,28; 6,52; p<0,01]). Саркопения встречалась у 50% обследованных больных, при этом наличие ее повышало риск падений в 3,17 раза [95% ДИ 1,28; 7,9; p<0,01]. У 12 больных РА случились 15 переломов, при этом 13 из них вследствие падений.

Выводы: Каждый второй больной с РА имел саркопению, а каждый третий – падал. Каждое седьмое падение привело к перелому. Таким образом, необходимо рассматривать пациентов с РА в качестве кандидатов для включения в программы профилактики падений и переломов.

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНУЮ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

ХРАМЦОВА Н.А.[1,2], МЕНЬШИКОВА Л.В.[1,2], ГРУДИНИНА О.В.[1], ПЕТРАЧКОВА Т.Н.[1], ЯНЫШЕВА А.В.[1]
[1]ОГАУЗ «Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр»
[2]ГБОУ ДПО «Иркутская государственная академия последипломного образования», Иркутск

При ревматоидном артрите серьезные социально-экономические последствия ассоциируются не только с тяжестью течения основного заболевания, но и с развитием остеопороза и переломов, что приводит к значительным показателям инвалидности и смертности, особенно среди пациентов пожилого возраста.

Цель: проспективное изучение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) при ревматоидном артрите (РА) у пациентов, получающих генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ).

Материал и методы. В исследование включено 45 женщин, страдающих ревматоидным артритом (ARA/EULAR 2010), средний возраст – 49 [22; 69] лет, продолжительность РА – 14,4 [2; 21] лет. До получения ГИБТ все пациенты соответствовали высокой степени активности РА (DAS 28 5,5±3,0), в преобладающем большинстве второй и третьей рентгенологической стадии 29 чел.(64,4%) и 8 чел. (17,8%) соответственно. Ритуксимаб принимали 16 чел (35,5%), инфликсимаб – 21 чел (46,7%), адалимумаб – 2 чел.(4,4%), голимумаб – 2 чел. (4,4%), абатацепт – 2 чел (4,4%), тоцилозумаб – 2 чел (4,4%). Всем обследуемым ежегодно проводилась рентгеновская остеоденситометрия на аппарате EXCELL XR-46 NORLAND (США). Оценка плотности костной ткани осуществлялась в г/см², по Т критерию (у лиц старше 50 лет) и Z критерию (у лиц до 50 лет) и их процентному отклонению от стандарта. Согласно рекомендациям ВОЗ (1994) снижение МПКТ по Т – критерию до -1,0 SD оценивалось как вариант нормы, от -1,0 SD до -2,5SD – остеопения, менее -2,5 SD – остеопороз. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 («Statsoft», США).