

РЕВМАТОИД АРТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АЁЛЛАРДА ОСТЕОПОРОЗ ЖАРАЁНИНИНГ КЛИНИК ВА ЛАБОРАТОР ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

2 - Samarkand State University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Overall, 113 female patients with rheumatoid arthritis (RA) had examined. From 16.9 to 48.7% of patient's analyzes revealed clinical symptoms of osteoporosis (OP). According to the results of questionnaires, 87.6% of patients need to analyze parameters of calcium-phosphorus metabolism. The level of blood calcium was below than 2.2 mmol/l at 65.5% of patients, and the level higher than 2.8 mmol/l revealed at 15.9% of patients respectively. It found an increased activity of acid phosphatases (APs), parathyroid hormone (PTH) - markers of bone resorption and decreased alkaline phosphatase activity (ALPs), calcitonin (CT) - bone formation markers. The results of computed tomography (CT) and rentgendensitometry showed that, 40.0% of patients had signs of I degree, at 26.7% - II degree and 33.3% - III degree of osteoporosis (OP).

Ревматоидный артрит является прогрессирующим хроническим заболеванием соединительной ткани с преимущественным поражением суставов. Заболевание в 2-6 раза чаще диагностируется у женщин, пик заболеваемости приходится в 20-40 лет [2, 3, 5, 9]. Сущность изменений костей при РА обусловлен остеопорозом - состоянием скелета, характеризующимся микронарушениями в архитектонике, снижением массы и повышением её хрупкости [1, 4]. При РА изучение нарушений кальций-фосфорного метаболизма имеет важное практическое значение как в отношении определения степени остеопороза, так и для определения прогноза заболевания.

возрасте до 30 лет было 32,7%, 31-50 лет – 39,8%, свыше 50 лет – 27,4% больных. Низкая активность заболевания была у 27,4%, средняя – у 38,1%, высокая – у 34,5% больных. По рентгенологическим признакам у 10,6% пациенток была выявлена I, у 31,0% – II, у 35,4% – III и у 23,0% – IV стадия заболевания. У 37,2% пациенток функциональная способность суставов была сохранена, у 18,6% пациента обнаружено нарушение функции суставов I, у 24,0% – II, у 20,4% – III степени. Для выяснения развития остеопороза использовали опросник Международного фонда остеопороза, помогающий оценить риск возникновения этого заболевания. Пациенту задавали следующие вопросы: «Был ли перелом шейки бедра после незначительной травмы у кого-либо из Ваших родителей?», «Был ли у Вас перелом после незначительной травмы?», «Принимали ли Вы стероидные гормоны (преднизо-

лон и др.) более 6 месяцев?», «Уменьшился ли Ваш рост более, чем на 3 сантиметра?», «Употребляете ли Вы алкоголь раз в неделю или чаще?», «Часто ли у Вас бывает диарея (понос)?», «Выкуриваете ли Вы более пачки сигарет в день?», для мужчин: «Были ли у Вас проблемы, связанные с низким уровнем тестостерона (снижение полового влечения, импотенция)?», для женщин: «Когда у Вас наступила менопауза, был ли Ваш возраст менее 45 лет?», «Прекращались ли у Вас менструации на срок более года (кроме периода беременности)?». Положительный ответ на один или более вопросов является поводом для обращения к врачу и проведения лабораторно-инструментальных исследований. Обследование больных проводилось с использованием общепринятых клинических, лабораторных и инструментальных методов. Из количественных показателей суставного синдрома определялись: индекс боли (в баллах), продолжительность утренней скованности (в минутах), суставной индекс (в баллах), тест Питера Ли (в баллах) и манипуляционная способность кистей (в %). О состоянии метаболизма костной ткани судили по содержанию показателей кальций-фосфорного обмена - концентрации в сыворотке крови общего кальция (Са, в ммоль/л), фосфора (Р, в ммоль/л), кальцитонина (КТ) и паратгормона (ПТГ) и по активности щелочной и кислой фосфатазы (ЩФ и КФ, в Ед/л). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лица (доноры). Для определения костной плотности был использован метод рентгеновской компьютерной томографической (КТ) денситометрии. Измерения проводились с помощью КТ аппарата американской фирмы «General Electric», модель Bright Speed16 MDCT, с готовой прикладной программой, созданной на основе исследований плотности кости в США. Программа обследования пациентов включала остеоденситометрию тел позвонков поясничного отдела позвоночника. Полученные данные позволяли определить в условных единицах Хаунсфилда (HU) степень потери плотности кости, в условных величинах по отношению к возрастной норме.

Результаты и обсуждение. У больных РА остеопороз длительное время может протекать скрыто - бессимптомно. Часто единственным его признаком, отделяющим его от боли в суставах, является боль в спине при длительном нахождении больного в вертикальном положении и при движениях. С течением времени эти боли усиливаются и проходят только в положении лежа. Появляется неустойчивая или «утиная» походка. Несмотря на отсутствие суставных анкилозов и других поздних признаков РА, ограничивается подвижность пациента. Нередко боли приковы-

вают больных к постели и требуют постоянной посторонней помощи и ухода. Характерны непостоянные, летучие, различной интенсивности боли в костях конечностей, усиливающиеся при физических нагрузках и в холодное время года. Боли сопровождаются характерными изменениями внешнего вида пациенток: укорочением позвоночника, уменьшением роста, развитием сутулости, «выступающего живота». По нашим данным вышеуказанные клинические симптомы остеопороза выявляются от 16,9 до 48,7% больных, что соответствует данным литературы [6,7]. Применение опросника Международного фонда остеопороза способствует улучшению диагностики остеопороза. Исследование при помощи анкетного опросника показало, что из 10 вопросов анкеты на один вопрос положительно отвечали 14 больных (12,4%), два вопроса - 56 больных (80,0%), на три вопроса - 27 больных (24,0%), на четыре вопроса - 16 больных (14,2%). Результаты анкеты обосновывают необходимость проведения лабораторных исследований показателей кальций-фосфорного обмена у 87,6% пациентов. Среди больных женщин РА у 18,6% пациенток содержание кальция находилось в пределах 2,2-2,8 ммоль/л (нормальный уровень), у 65,5% пациенток было ниже 2,2 ммоль/л (низкое содержание) и у 15,9% - выше 2,8 ммоль/л (высокое содержание). Также обнаружено повышение активности КФ, ПТГ ($76,8 \pm 1,7$ пг/мл) - маркеров костной резорбции и снижение активности ЩФ, КТ ($10,9 \pm 0,7$ пг/мл) - маркеров костеобразования. При нормальной и высокой концентрации кальция возраст пациенток ($27,3 \pm 1,9$ и $39,3 \pm 1,2$ лет) и продолжительность заболевания ($3,6 \pm 1,0$ и $6,6 \pm 0,6$ лет) соответствовали «оптимальному возрасту развития» и «периоду манифестации» заболевания. А низкая концентрация кальция была характерна для больных женщин среднего и старшего возраста ($62,9 \pm 1,5$ лет) с более продолжительным сроком ($8,9 \pm 1,3$ лет), когда заболевание характеризуется тяжелым и осложненным течением. При высоком уровне кальция явление гормональной зависимости было обнаружено у 3%, при нормальном уровне - у 6,2%, а при низком уровне - у 9,7% больных. При анамнестическом исследовании выявлено, что больные с нормальным уровнем кальция в основном принимали нестероидные противовоспалительные и базисные средства. Высокий уровень кальция был обнаружен среди пациенток молодого возраста в начале заболевания до медикаментозного лечения. При рентгенологическом исследовании у большинства больных женщин (74,1%) с низким содержанием кальция были выявлены признаки, характеризующие более поздние (III и IV) стадии

РА. А у больных со средним и высоким содержанием кальция распространенность III и IV стадии составила - 53,2 и 42,4%. На происхождение остеопороза наряду с патологическим процессом оказывало влияние и репродуктивные показатели, среди которых особое место занимала многодетность, повторные беременности и роды (20,3%). По видимому, у пациенток старше 50 лет развитие остеопороза связано климактерическими и постклимактерическими факторами. Компьютерная томографическая рентгеноденситометрия (исследованы 30 больных) способствовала выявить признаки, характеризующие I степень остеопороза у 40,0%, II степень – у 26,7%, III степень – у 33,3% пациенток. Увеличение возраста больных и продолжительности заболевания способствовали увеличению частоты остеопороза и утяжелению его тяжести. Повышение активности заболевания также имела прямую корреляцию со степенью снижения плотности костной ткани ($r=0,78$). Так, при низкой активности минеральная плотность костной ткани составила $145,0 \pm 15,2$, при средней активности - $129,0 \pm 10,1$ и при высокой активности - $112,0 \pm 9,3$ НУ/см².

Выводы. Значит, при РА у больных женщин наблюдается ускорение фазы костной деструкции и снижение минеральной плотности костной ткани. Развитие остеопороза у больных РА связано с активностью патологического процесса, возрастом больных и продолжительностью заболевания. При РА остеопороз длительное время может протекать скрыто - бессимптомно. Ранняя диагностика остеопороза основывается на необходимости включения опросника, исследования кальция, фосфора, щелочной фосфотазы и остеоденситометрию поясничных позвонков.

Литература:

1. Гавва Т.Н., Попкова Т.В., Смирнов А.В. и др. Связь между концентрацией С-реактивного белка, минеральной плотностью костной ткани и карiovasкулярными нарушениями у больных ревматоидным артритом. // Научно практическая ревматология. 2008. №3. С.30-39
2. Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф., Базоркина Д.И. и др. Распространенность ревматоидного артрита в России. // Тер. архив. 2010. №5. С.9-14
3. Герасимова Е.В., Попкова Т.В., Новикова Д.С. и др. Десятилетний риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больных ревматоид-

- ным артритом. // Тер. архив. 2011. №5. С.14-19
4. Краткое руководство по диагностике, лечению и профилактике остеопороза: рекомендации для терапевтов, ревматологов и врачей общей практики / под ред. А.Л. Аляви. –Ташкент. 2010.-31 с.
5. Насонов Е.Л. Новые подходы к фармакотерапии ревматоидного артрита: перспективы применения тоцилизумаба (моноклональные антитела к рецептору интерлейкина - 6). Терапевтический архив 2010. № 5. С. 64-71
6. Никитинская О.А., Торопцова Н.В., Аникин С.Г. и др. Профилактика первичного остеопороза у женщин комплексным препаратом Кальцеин Адванс. // Научно практическая ревматология. 2008. №3. С.73-80
7. Петрова Е.В., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В. и др. Ассоциация между минеральной плотностью и эрозивно - деструктивными изменениями костной ткани у больных ревматоидным артритом. // Тер. архив. 2014. №5. С.10-15
8. Ребров А.П., Никитина Н.М., Гайдукова И.З. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний при псориатическом и ревматоидном артрите. // Тер. архив. 2011. №5. С.20-24
9. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. // М.: ГЕОТАР-Медиа. 2010.-720 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Л.Х. ТАШИНОВА, К.Р. АБДУШУКУРОВА,
М.Э. МАРДОНОВА, Э.С. ТОИРОВ

Обследованы 113 больных женщин ревматоидным артритом (РА). Клинические симптомы остеопороза (ОП) выявлены от 16,9% до 48,7% больных. У 87,6% пациентов результаты анкеты показали на необходимость анализа показателей кальций-фосфорного (КФ) обмена. У 65,5% пациенток содержание кальция было ниже 2,2 ммоль/л и у 15,9% - выше 2,8 ммоль/л. При компьютерной томографической рентгеноденситометрии у 40,0% больных выявлены признаки I степени, у 26,7% - II степени и у 33,3% - III степени ОП.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, остеопороз, компьютерная томографическая рентгеноденситометрия, кальций-фосфорный обмен.