



Современные тренды в лечении коморбидных пациентов с ревматическими заболеваниями

Проблемам резистентности к терапии больных псориатическим артритом на фоне увеличения числа коморбидных патологий, современным достижениям в хирургическом лечении суставов при ревматических болезнях, влиянию сахарного диабета и ожирения на течение ревматических заболеваний и многому другому были посвящены тематические заседания, состоявшиеся в рамках IX Съезда ревматологов с международным участием (Москва, 3–5 июля 2025 г.).

Псориатический артрит – 2025: достижения и перспективы

В рамках тематического заседания были рассмотрены вопросы терапии псориатического артрита (ПсА). Как отметила Елена Юрьевна ЛОГИНОВА, к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории псориатического спондилоартрита отдела спондилоартритов Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А. Насоновой (НИИР им. В.А. Насоновой), несмотря на значительные успехи в лечении ПсА, минимальной активности болезни (МАБ) достигают от 17 до 35% пациентов, а ремиссии – 23%. Причинами резистентности к терапии могут быть первичная или вторичная неэффективность лекарственных средств, неодинаковая эффективность в разных доменах ПсА, сопутствующие заболевания (ожирение, фибромиалгия, остеоартроз), нежелательные реакции на фоне лечения и ограниченный доступ к нему по административным причинам.

В 2022 г. эксперты Европейской антиревматической лиги (European League Against Rheumatism, EULAR) модифицировали критерии трудного для лечения (difficult-to-treat, D2T) ПсА. Для оценки ПсА как трудного для лечения должны иметь место:

1) неэффективность двух и более генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП)

или таргетных синтетических базисных противовоспалительных препаратов (тсБПВП);

- 2) признаки, указывающие на активный воспалительный процесс (индекс активности псориатического артрита (Disease Activity in Psoriatic Arthritis, DAPSA) > 14 баллов или отсутствие критерия МАБ, быстрое рентгенологическое прогрессирование и др.);
- 3) восприятие лечения ревматологом или пациентом как проблематичного.

Лечение считается проблематичным при наличии поддерживающих воспаление коморбидностей (ожирения, метаболического синдрома, жировой болезни печени, сердечно-сосудистых заболеваний, факта курения), коморбидностей, которые усиливают боль и инвалидизацию (фибромиалгии, депрессии, тревожности, остеоартрита), перекрестных диагнозов, а также при подозрении на истинную резистентность к лечению в отсутствие всех вышеперечисленных факторов.

Согласно результатам опроса ревматологов, проведенного в 2024 г. экспертами Группы по исследованию и оценке псориаза и псориатического артрита (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis, GRAPPA), трудный для лечения ПсА формируют активный энтезит, артрит, аксиальное пора-

жение, дактилит, а также большинство сопутствующих заболеваний. В связи с этим была предложена еще одна концепция – сложного для ведения (complex-to-manage, C2M) ПсА.

Трудный для лечения ПсА характеризуется объективными признаками продолжающегося воспаления, несмотря на многочисленные терапевтические стратегии. Сложному для ведения ПсА свойственно наличие дополнительных факторов, таких как сопутствующие заболевания, низкая приверженность лечению, несоблюдение рекомендаций врача и пропуск приема препаратов, отсутствие доступа к лечению, противопоказания к применению или непереносимость лекарственных средств. Эти факторы оказывают значительное негативное влияние на качество жизни пациентов, усложняя их ведение. Таким образом, все пациенты с D2T-ПсА относятся к группе C2M-ПсА, при этом их меньшинство. Не все пациенты с C2M-ПсА являются трудными для лечения.

Согласно анализу данных Общероссийского регистра больных ПсА, группа сложных для ведения пациентов составляет 50,0% от группы больных, резистентных к лечению ПсА, и 11,8% от всех зарегистрированных больных в регистре. У лиц с C2M-ПсА по сравнению с лицами с D2T-ПсА уровень боли и дискомфорта выше, у них также чаще встречается депрессия,



IX Съезд ревматологов с международным участием

но реже – энтезит и дактилит. В заключение Е.Ю. Логинова, отметив важную роль сопутствующих заболеваний в формировании резистентности к лечению ПсА, констатировала, что для истинно резистентных к лечению пациентов необходимо разработать эффективные и безопасные схемы комбинированной и последовательной таргетной антицитокиновой терапии.

Более детально о бремени мультиморбидности рассказала Юлия Леонидовна КОРСАКОВА, к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории псориазического артрита НИИР им. В.А. Насоновой. Для ПсА характерны не только широкий спектр проявлений поражения опорно-двигательного аппарата, но и внескелетные проявления (увейт и воспалительные заболевания кишечника), а также коморбидные заболевания, что, согласно современным представлениям, является причиной формирования фармакорезистентности у больных. Псориазический артрит относится к прогрессирующим с течением времени заболеваниям, что сопровождается увеличением числа коморбидных патологий. Кроме того, прогрессирование ПсА ассоциируется с повышением индекса массы тела и, следовательно, с увеличением риска развития ожирения. В собственном исследовании с использованием базы данных Общероссийского регистра больных ПсА все пациенты были разделены на две группы: группу с ранним ПсА (длительность течения – 36 месяцев и менее) и группу с поздним ПсА (длительность течения – более 36 месяцев). Между группами различия по активности ПсА, определяемой по индексу DAPSA, отсутствовали. У больных ранним ПсА, среди которых было меньше лиц старше 45 лет, не отмечено различий с больными поздним ПсА по частоте выявления сахарного диабета (СД), гиперлипидемии, ишемической болезни сердца и неалкогольной жировой болезни печени, что свидетельствует о необходимости адекватного подавления хронического воспаления, сниже-

ния традиционных факторов риска развития кардиометаболических заболеваний уже на ранних этапах патологического процесса.

На сегодняшний день установлено, что у пациентов с ПсА по сравнению с общей популяцией нагрузка кардиометаболических сопутствующих заболеваний в виде ожирения, гипертонии, диабета и сердечно-сосудистых заболеваний более высокая. Это подтверждается и данными Общероссийского регистра больных ПсА, согласно которым у 45% больных ПсА имеют место коморбидные заболевания, причем у женщин значимо чаще, чем у мужчин.

Согласно современным представлениям, существует тесная связь между ожирением и ПсА. Так, ожирение вдвое уменьшает вероятность достижения МАБ и ремиссии ПсА и ассоциируется с более высокой его активностью. «Наше исследование также показало влияние ожирения и его степени на вероятность достижения МАБ, поэтому ожирение включено в формулу, позволяющую прогнозировать эффективность терапии», – отметила эксперт. Данный способ оценки возможности достижения МАБ позволяет оценить перспективы лечения больных ПсА, стимулирует врача и пациента максимально модифицировать факторы, включенные в данную формулу.

При назначении терапии следует выбирать препараты, которые не влияли бы отрицательно на индекс массы тела и эффективность которых не зависела бы от наличия ожирения. К последним следует отнести ингибиторы интерлейкина 17 и интерлейкина 23, а также ингибиторы янус-киназ.

Кроме того, при наличии двух и более коморбидных состояний шанс достичь низкой активности процесса по индексу DAPSA или ремиссии снижается в 1,6 раза. У пациентов с двумя и более коморбидными заболеваниями отмечаются большая длительность псориаза и псориазического артрита, большие возраст, индекс массы тела и число болезненных

суставов, большие результаты, полученные по опроснику для оценки функциональной способности (Health Assessment Questionnaire), и большее снижение повседневной активности.

Таким образом, активность ПсА связана как с активностью основных доменов заболевания (артрит, энтезит, дактилит, спондилит, псориаз), так и с наличием коморбидных состояний, способствующих поддержанию хронического воспаления, ухудшению функционального статуса, качества жизни и ответа на терапию.

В связи этим очевидна необходимость раннего выявления сопутствующей патологии, а также применения оптимальной терапии у мультиморбидных пациентов с ПсА.

Вопросам диагностики поражения осевого скелета при ПсА было посвящено выступление Елены Ефимовны ГУБАРЬ, к.м.н., научного сотрудника лаборатории псориазического артрита НИИР им. В.А. Насоновой. По словам эксперта, в последние годы поражению осевого скелета при ПсА в ревматологическом сообществе придается особое значение в связи с более тяжелым течением этой формы заболевания и значительным снижением качества жизни пациентов. Кроме того, наличие аксиального поражения имеет самостоятельное значение при выборе терапии.

Известно, что ПсА относится к группе спондилоартритов и имеет общую с ними симптоматику. Между тем результаты проведенного исследования показали, что 45% пациентов с аксиальным псориазическим артритом (аксПсА) не соответствуют классификационным критериям, предложенным Международной рабочей группой по изучению анкилозирующего спондилита (Assessment of SpondyloArthritis International Society) для аксиального спондилоартрита (аксСпА). В частности, были выявлены следующие особенности поражения осевого скелета при ПсА:



- ✓ возможность малосимптомного течения (33%);
- ✓ поздний возраст дебюта боли в спине (30% больных старше 40 лет);
- ✓ возможность поражения позвоночника без вовлечения крестцово-подвздошных суставов;
- ✓ более выраженное поражение шейного отдела по сравнению с поясничным;
- ✓ ассоциация с тяжелым деструктивным периферическим артритом (77%) и дактилитом (42%);
- ✓ относительно редкое носительство антигена гистосовместимости (HLA-B27) (33%).

Результаты исследования также продемонстрировали связь между наличием рентгенологически достоверного сакроилиита и счетом деструкции периферических суставов по Шарпу – ван дер Хейде, рентгенологически достоверного сакроилиита и двух разнонаправленных процессов – множественных эрозий и внесуставных костных пролифераций. Установлено, что у больных ПсА с остеолитом в десять раз чаще встречаются асимметричные синдесмофиты.

Остановившись более подробно на проблемах дифференциальной диагностики аксПсА и аксСпА, или анкилозирующего спондилита (АС), эксперт представила результаты недавно завершеного собственного сравнительного исследования с участием больных аксСпА/АС или аксПсА с длительностью заболевания до десяти лет. У больных аксСпА носительство HLA-B27 отмечалось в три раза чаще, чем у больных аксПсА. Кроме того, у подавляющего большинства с аксСпА/АС наблюдалась воспалительная боль в спине в дебюте заболевания до 40-летнего возраста. Напротив, у трети пациентов с аксПсА боль в спине носила невоспалительный характер. У 40% таких больных боль в спине появилась позднее дебюта патологии.

У пациентов с аксПсА фиксируются более серьезные деструкции суставов кистей и стоп по сравне-

нию с лицами с аксСпА/АС, а также более тяжелое течение ПсА и высокие индексы активности спондилита. Однако изменения в крестцово-подвздошных суставах более выражены при аксСпА/АС, чем при аксиальном ПсА. Кроме того, при аксиальном псориатическом артрите в отличие от анкилозирующего спондилита возможно поражение позвоночника без сакроилиита.

Завершая выступление, эксперт констатировала, что результаты проведенных исследований стали основанием для разработки алгоритма диагностики поражения осевого скелета при ПсА.

Бесспорно, многообразие клинических проявлений ПсА приводит к значительному ухудшению состояния здоровья пациентов и, соответственно, качества жизни.

По словам Любови Дмитриевны ВОРОБЬЕВОЙ, к.м.н., научного сотрудника лаборатории псориатического артрита НИИР им. В.А. Насоновой, неслучайно в руководствах EULAR и GRAPPA указано, что основная цель лечения – максимальное улучшение качества жизни пациентов с ПсА.

Для чего нужна оценка качества жизни больных ПсА? Определение качества жизни пациентов с ПсА прежде всего необходимо для комплексной оценки влияния болезни. Наряду со стандартными параметрами это позволяет установить тяжесть заболевания и его прогрессирование, а также эффективность проводимого лечения и далее выработать персонализированный подход к терапии, а также улучшить взаимодействие врача и пациента.

Кратко охарактеризовав методы оценки качества жизни пациентов с ПсА, эксперт более детально проанализировала особенности специфического опросника Psoriatic Arthritis Impact of Disease 12-item (PsAID-12), рекомендованного EULAR и GRAPPA. Данный опросник довольно прост в использовании и показал сильную корреляцию с клиническими проявлениями, индексами активности заболевания,

минимальной активностью болезни и результатами, полученными при применении других опросников. Опросник PsAID-12 позволяет отслеживать изменения в динамике. В клинической практике он заменяет более емкие опросники, что позволяет сократить время пациентов и врачей и административную нагрузку. Кроме того, во время пандемии новой коронавирусной инфекции опросник PsAID-12 рекомендовал себя как хороший инструмент для дистанционной оценки состояния здоровья пациентов.

Специфические опросники целесообразно использовать в качестве дополнительного инструмента для решения вопроса о коррекции терапии и/или оценки ее эффективности.

Назначение лечения на ранней стадии, тщательный мониторинг состояния, своевременная смена терапии и коррекция коморбидной патологии позволяют быстрее достичь МАБ и улучшить качество жизни пациентов.

Необходимости применения стратегии лечения до достижения цели (treat-to-target, T2T) при ПсА было посвящено выступление Полины Олеговны ТРЕМАСКИНОЙ, младшего научного сотрудника лаборатории псориатического артрита НИИР им. В.А. Насоновой.

Что означает стратегия T2T при ПсА? Подход T2T при ПсА предполагает установление четкой цели лечения (достижение ремиссии или МАБ), регулярную оценку течения заболевания (суставных и кожных проявлений, энтезита, дактилита, аксиального поражения) и качества жизни с использованием валидированных инструментов, активную коррекцию терапии (включая своевременную интенсификацию или смену препаратов при недостижении цели в установленные сроки), длительное поддержание цели лечения после ее достижения, что осуществляется в рамках партнерства врача и пациента для оптимизации долгосрочных исходов, сохранения функциональной



IX Съезд ревматологов с международным участием

активности и улучшения качества жизни последнего.

Что рекомендуют международные руководства? Так, в рекомендациях экспертов EULAR 2023 г. указывается важность применения стратегии T2T для достижения клинической ремиссии или – альтернативно – минимальной и низкой активности заболевания, при этом подчеркивается необходимость учета мнения пациента и всех проявлений заболевания. В рекомендациях GRAPPA 2021 г. также активно продвигается стратегия T2T и подчеркивается необходимость мультидисциплинарного подхода с участием ревматолога и дерматолога.

В настоящее время проводятся исследования отдаленных исходов применения стратегии T2T при ПсА. В качестве примера П.О. Тремаскина представила данные собственного исследования отдаленных результатов лечения с использованием стратегии T2T на ранней стадии заболевания. Так, у пациентов, достигавших ремиссии в течение первого года лечения, через семь лет вероятность достижения МАБ и более высокого качества жизни оказалась выше, чем у пациентов, которые не достигали ремиссии.

На основании полученных данных были сделаны следующие выводы:

- ✓ раннее начало T2T определяет долгосрочный успех – пациенты, начавшие такое лечение на ранней стадии ПсА, через семь лет наблюдения значительно реже демонстрировали высокую активность заболевания, достоверно чаще достигали МАБ и улучшения качества жизни по сравнению с пациентами, которые лечились без стратегии T2T;
- ✓ МАБ – достижимая и устойчивая цель;
- ✓ T2T меняет естественное течение ПсА – систематический контроль активности и своевременная коррекция терапии существенно улучшали отдаленные исходы болезни.

Ревмоортопедия и реабилитация

Еще одно тематическое заседание было посвящено эндопротезированию и реабилитации после эндопротезирования.

Свое выступление Евгений Иосифович БЯЛИК, д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории ревмоортопедии НИИР им. В.А. Насоновой, сфокусировал на особенностях эндопротезирования пациентов с ревматическими заболеваниями. Прежде всего эксперт отметил основные различия больных ревматоидического профиля. Речь, в частности, идет об аутоиммунном хроническом воспалении, приеме глюкокортикоидов, БПВП и ГИБП, молодом возрасте, полиартикулярном поражении, деформации суставов при слабости мышц и связок пораженной конечности, дефиците костной массы и выраженном остеопорозе смешанного генеза.

При ревматоидном артрите (РА) и других системных заболеваниях эндопротезирование считается самым эффективным способом лечения поражений суставов. Далее эксперт кратко проанализировал особенности эндопротезирования разных суставов. Так, плечевой сустав вследствие хронического воспаления практически всегда имеет повреждение вращательной

манжеты, не поддающееся восстановлению. Эндопротезирование анатомическим эндопротезом не возвращает функцию конечности, поэтому выполняется реверсивное эндопротезирование, которое вследствие переноса всей нагрузки на дельтовидную мышцу обеспечивает лучшее функциональное восстановление после операции. В локтевом суставе могут иметь место остеолиты либо анкилоз в неправильном положении. В обоих случаях проводится эндопротезирование локтевого сустава протезами связанного типа. Эндопротезирование пястно-фаланговых суставов осуществляется силиконовыми эндопротезами.

Эндопротезирование тазобедренного сустава по частоте случаев занимает второе место после протезирования коленного сустава. Трудности связаны с особенностями поражения тазобедренного сустава у пациентов с РА. Как правило, у подавляющего числа больных РА имеет место дисплазия тазобедренного сустава. Кроме того, у них наблюдаются плохой объем движений вследствие поражения параартикулярных тканей, частые протрузии дна вертлужной впадины, остеопороз, несросшиеся переломы. Минимально инвазивное эн-

допротезирование тазобедренного сустава, подразумевающее использование имплантатов минимальных размеров, направлено на снижение травматичности операции и ускорение реабилитации.

Порядка 55% операций по замещению сустава на протез приходится на эндопротезирование коленного сустава. Важно помнить, что при РА в отличие от остеоартрита поражение коленного сустава происходит за счет воспаленной синовиальной оболочки, где образуется паннус, который агрессивно съедает костную ткань. Именно поэтому первичное эндопротезирование проводится полусвязанными эндопротезами.

Об отдаленных результатах эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) рассказал Виктор Викторович МУХАНОВ, заведующий травматолого-ортопедическим отделением, руководитель Центра реабилитации Федерального научно-клинического центра Федерального медико-биологического агентства России.

Согласно данным литературы, частота остеонекроза (ОН) при системной красной волчанке достигает порядка 14%. Факторами риска развития ОН при СКВ выступают некоторые симптомы СКВ (васкулит, поражение су-



става, нейropsychические нарушения, серозит, нарушение функции почек), терапия глюкокортикостероидами, активность СКВ, прием иммуносупрессивных препаратов. Проведенное экспертом исследование предусматривало выявление и сопоставление факторов риска развития ОН в сроки до трех лет и более от установления диагноза СКВ, анализ динамики функции сустава в отдаленные сроки после эндопротезирования тазобедренного сустава у больных СКВ, оценку динамики качества жизни, а также выживаемости эндопротеза в долгосрочном периоде.

Полученные результаты свидетельствуют, что раннее развитие ОН ассоциировалось с поражением почек и артритом в первый год от начала СКВ, а также с наличием гематологических нарушений и присутствием антител к кардиолипину в сыворотке крови за три года до возникновения ОН. Операция тотального бесцементного эндопротезирования тазобедренного сустава позволила добиться длительного положительного эффекта в отношении функции тазобедренного сустава и боли у подавляющего числа участников исследования. Отдаленные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава, осложненного ОН головки бедренной кости, свидетельствовали о восстановлении функциональной активности и улучшении качества жизни у большинства пациентов в длительном периоде наблюдения. Бесцементная фиксация эндопротезов у пациентов с СКВ не приводила к развитию первичной нестабильности компонентов эндопротеза. Выживаемость эндопротезов составила 98%.

Взгляд ревматолога на эндопротезирование суставов представила Вера Николаевна АМИРДЖАНОВА, д.м.н., заслуженный врач РФ, научный консультант лаборатории патофизиологии боли и полимор-

физма ревматических заболеваний НИИР им. В.А. Насоновой. Эксперт напомнила правило АБВД, выполнение которого помогает лучше подготовить пациента к оперативному лечению: А – активность заболевания, которую необходимо максимально снизить, Б – бактериальная профилактика, которую нужно провести при необходимости, В – венозные тромбозы, риск возникновения которых можно своевременно выявить, направив пациента на ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей, Д – диагностика состояния сердечно-сосудистой системы и других коморбидных заболеваний. Важно помнить, что обострение РА после операции представляет угрозу соблюдению режима реабилитации, а высокая активность заболевания считается фактором риска развития инфекции.

Профилактика осложнений во многом является прерогативой ревматологов. Не рекомендуется осуществлять антибиотикопрофилактику инфекций перед проведением так называемых чистых операций – операций на кистях, стопах, артроскопии без имплантов, металлоконструкций. Профилактику инфекций проводят перед эндопротезированием суставов. Антибиотикотерапию назначают за час до операции и при необходимости продолжают после операции не более 24 часов.

Профилактика осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы проводится с учетом степени риска. При очень высоком и высоком сердечно-сосудистом риске пациенты должны получать терапию низкими дозами аспирина. При умеренном и низком риске профилактика не требуется. Аспирин увеличивает риск послеоперационных кровотечений в 1,5 раза, поэтому у лиц с очень высоким сердечно-сосудистым риском необходимо оценить риск кровотечений с привлечением кардиолога, анестезиолога и продолжать прием аспирина

до тех пор, пока периоперационное кровотечение не будет представлять значительный риск. Пациентам с высоким сердечно-сосудистым риском прием аспирина можно отменить за семь – десять дней до операции.

Что касается профилактики тромбозов, то пациентам, длительно принимающим антагонисты витамина К (варфарин), перед операцией следует заменить их на низкомолекулярные гепарины под контролем коагулограммы. После операции низкомолекулярные гепарины можно продолжать применять в течение 42 дней или сразу заменить их на пероральные антикоагулянты, прием которых осуществлять в течение 35 дней. Следует учитывать тот факт, что практически сразу после операции минеральная плотность костной ткани вокруг эндопротеза уменьшается, что особенно выражено через шесть месяцев после оперативного лечения. Поэтому уже через месяц после операции следует начать прием бисфосфонатов, кальция и витамина D, который должен продолжаться не менее года. Кроме того, один раз в шесть месяцев необходимо проводить денситометрию.

Детально проанализировав особенности применения глюкокортикостероидов, БПВП и ГИБП в периоперационном периоде у пациентов с ревматическими заболеваниями, эксперт акцентировала внимание на терапии больных СКВ. Пациентам с неактивной и активной СКВ до операции и в послеоперационном периоде нельзя отменять глюкокортикостероиды и гидроксихлорохин. При неактивной СКВ терапию цитостатиками отменяют за семь дней до операции и быстро возобновляют после операции. При активной СКВ прием цитостатиков продолжается до и после операции. У пациентов с неактивной и активной СКВ до операции отменяют одно введение ГИБП и как можно раньше возобновляют терапию ими после операции.



Проблемы метаболических нарушений в ревматологии

Отдельное тематическое заседание было посвящено влиянию СД и ожирения на течение ревматических заболеваний и вопросам взаимодействия ревматолога и эндокринолога. Максим Сергеевич ЕЛИСЕЕВ, к.м.н., заведующий лабораторией микрокристаллических артритов НИИР им. В.А. Насоновой в своем докладе представил взгляд ревматолога на связь между СД и подагрой. Эксперт привел данные исследования, продемонстрировавшие, что наличие подагры почти в два раза увеличивает вероятность развития СД 2 типа, а в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями – почти в четыре раза.

На сегодняшний день механизмы повышения глюкозы в крови из-за гиперурикемии хорошо изучены. В мышечных и миокардиальных клетках мочевая кислота (МК) нарушает транслокацию глюкозного транспортера 4 через сигнальные пути, связанные с протеинкиназой В, затрудняя таким образом диффузию глюкозы через клеточную мембрану в мышечные и жировые клетки. При этом протеинкиназа В активирует мишень рапамицина у млекопитающих (mTOR), что в свою очередь стимулирует синтез белка, метаболизм, приводя к росту и пролиферации клеток, ангиогенезу и инсулинорезистентности. В адипоцитах МК вызывает резистентность к инсулину, в β -клетках поджелудочной железы – апоптоз, подавляет пролиферацию клеток. Эти комбинированные эффекты обуславливают развитие клеточной резистентности к инсулину и, как следствие, СД.

Повышение уровня МК при СД прежде всего связано с компенсаторной гиперинсулинемией, приводящей к снижению экскреции МК. Повышенная активность ксантиноксидазы и гипоксантингуанинфосфорибозилтрансферазы, усиление синтеза липидов и пуринов в печени, стимулирование липогенеза *de novo*, активация

пентозофосфатного пути и синтез пуринов в конечном итоге увеличивают выработку МК в печени. Повышенная концентрация МК связана с сердечно-сосудистыми осложнениями, поражением сетчатки и почек.

Какие терапевтические опции могут быть эффективны?

Метаанализы ряда исследований по применению уратснижающих препаратов для снижения уровня МК при диабетической нефропатии не выявили существенного влияния уратснижающей терапии на функцию почек. Оценивалась возможность сахароснижающей терапии при урикемии у пациентов с СД. В частности, установлено, что метформин, тиазолидиндионы и ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 (НГЛТ-2) способны снижать уровень МК в сыворотке крови. Однако опубликованный в 2022 г. метаанализ показал, что применение тиазолидиндионов в качестве первой линии терапии может приводить к увеличению риска сердечно-сосудистой и общей смерти. Эффекты метформина и ингибиторов НГЛТ-2 на риск возникновения подагры сравнивались у пациентов с СД. При приеме данных препаратов риск развития подагры оказался сопоставимым. Доказаны также плейотропные и кардиометаболические преимущества ингибиторов НГЛТ-2 у лиц с или без СД 2 типа. Однако метаанализ данных 39 рандомизированных контролируемых исследований по оценке влияния ингибиторов НГЛТ-2 на периферические артерии показал увеличение риска ампутаций у получавших такую терапию.

С точкой зрения эндокринолога на данную проблему участников заседания познакомил Тарас Сергеевич ПАНЕВИН, к.м.н., научный сотрудник лаборатории эволюции ревматических артритов НИИР им. В.А. Насоновой. Эксперт констатировал, что пациент с подагрой имеет те или иные метаболические нарушения, представленные абдоминальным ожирением,

артериальной гипертензией, инсулинорезистентностью и даже СД 2 типа. У подавляющего большинства больных острый приступ подагры предшествует диагностике других компонентов метаболического синдрома. Как следствие, при выборе фармакотерапии надо не только руководствоваться необходимостью достижения целевого уровня МК, но и скорректировать течение сопутствующих заболеваний.

Согласно алгоритмам специализированной медицинской помощи больным СД 2 типа, метформин считается стартовым препаратом как при диабете, так и при предиабете. Механизмы действия метформина дают основание полагать, что данный препарат не только снижает уровень МК, но и оказывает противовоспалительный эффект. При наличии противопоказаний к его приему в качестве препарата первой линии терапии СД 2 типа рекомендуются ингибиторы НГЛТ-2. У ингибиторов НГЛТ-2 практически сразу был обнаружен уратснижающий эффект за счет урикозурии. С учетом положительного эффекта на МК ингибиторы НГЛТ-2 можно назначать больным подагрой без диабета, а также пациентам с подагрой в сочетании с хронической сердечной недостаточностью.

В терапии СД 2 типа также применяются ингибиторы дипептидилпептидазы 4 (ДПП-4) и агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 (ГПП-1). Ингибирование ДПП-4 приводит к накоплению ГПП-1 и реализации его эффектов на поджелудочную железу. В отличие от агонистов рецепторов ГПП-1, способствующих снижению массы тела, ингибиторы ДПП-4 оказывают нейтральное влияние на вес. Преимуществом ингибиторов ДПП-4 считается возможность назначения пациентам с хронической болезнью почек (ХБП), в том числе ХБП пятой стадии. Агонисты рецепторов ГПП-1 считаются одной из наиболее перспективных групп сахароснижающих препаратов как для контроля СД 2 типа, так и для коррекции метаболических нарушений.



Они оказывают положительное влияние на сердечно-сосудистую систему, почки и массу тела. Способствуют снижению последней. Однако по урат-снижающей эффективности они уступают ингибиторам НГЛТ-2.

До настоящего времени исследований по оценке влияния агонистов рецепторов ГПП-1 на течение подагры не проводилось.

В заключение эксперт отметил вклад бариатрических вмешательств в достижение безмедикаментозной ремиссии СД и снижение уровня МК у пациентов с выраженным ожирением.

Ожирение является серьезной проблемой при наличии ревматических заболеваний из-за значительного ухудшения их течения и прогноза. Согласно данным, представленным Викторией Викторовной ДЕМИДОВОЙ, ассистентом кафедры диабетологии и диетологии Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии им. академика И.И. Дедова, у 72% пациентов с РА выявляют сопутствующие заболевания, среди которых второе место по частоте встречаемости занимает ожирение.

Ожирение не просто метаболическое нарушение. Это активный компонент, усиливающий системное воспаление и усугубляющий течение ревматических патологий через дисрегуляцию адипокинов, цитокинов и иммунометаболических каскадов.

Снижение массы тела на 5–10% и рациональные диетические стратегии позволяют достоверно улучшить течение заболеваний, повысить эффективность фармакотерапии и снизить риск развития коморбидных состояний.

По мнению эксперта, ведение пациентов ревматологического профиля должно быть мультидисциплинарным. В нем наряду с ревматологом и терапевтом должен участвовать диетолог. Это особенно важно для комплексной и персонализированной терапии при наличии у пациентов ожирения, саркопении, нутритивного дефицита и низкой комплаентности.

Взгляд ревматолога на ожирение и ревматические заболевания представила Юлия Николаевна ГОРБУНОВА, к.м.н., научный сотрудник лаборатории системной красной волчанки НИИР им. В.А. Насоновой.

Ожирение способствует повышению уровня провоспалительных цитокинов, влияющих на общие пути воспаления при иммуновоспалительных заболеваниях. Белая жировая ткань, действующая как эндокринный орган, продуцирует цитокины, вызывающие хроническое воспаление. Нарушение регуляции адипокинов (лептин, адипонектин) еще больше усложняет это взаимодействие, влияя на иммунные реакции и метаболические процессы. Между тем парадокс ожирения при РА в том, что оно ассоциировано не только с минусами, но и с плюсами.

Каковы плюсы ожирения? У больного РА с ожирением замедляется прогрессирование деструкции суставов, снижается риск смерти. Как ни парадоксально, но именно дефицит массы тела напрямую связан с самым высоким риском смерти. Каковы минусы ожирения при РА? Доказано, что ожирение ассоциируется с более высокой активностью заболевания, редким достижением

ремиссии, со снижением эффективности терапии и качества жизни, частой встречаемостью сопутствующих заболеваний, более высокой потребностью в эндопротезировании крупных суставов, что в конечном итоге приводит к увеличению затрат на лечение.

Эксперт привела в пример собственные данные сравнительной характеристики индексов активности и лабораторных показателей у пациентов с ранним РА в зависимости от объема талии. Так, пациенты с ранним РА и ожирением были старше по возрасту, имели более высокую активность заболевания по SDAI и более высокие острофазовые показатели. Согласно оценке параметров количественного состава тела, в группе РА в отличие от группы контроля у пациентов имела место сниженная тощая масса. Кроме того, пациенты с ранним РА и метаболическим синдромом отличались от пациентов с РА без метаболического синдрома повышенной общей и жировой массой. В другом исследовании было показано, что масса жировой ткани является предиктором неэффективности терапии РА. Так, недостижение ремиссии или низкой активности РА к шестому месяцу наблюдения ассоциировалось с высокими исходными значениями индекса массы тела и жировой массы.

В заключение Ю.Н. Горбунова подчеркнула, что определение фенотипа ожирения и его значения в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, а также эффективности проводимой противоревматической терапии у пациентов с ревматическими заболеваниями требует дальнейшего изучения.

Практический опыт междисциплинарного взаимодействия при ведении больных ревматическими заболеваниями

Специальное тематическое заседание было посвящено практическим междисциплинарным вопросам ведения больных ревматическими заболеваниями. На нем был представлен

опыт одной из крупнейших клиник в Москве – Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический

институт им. М.Ф. Владимирского» (ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского).

Доклад Дмитрия Евгеньевича КАРАТЕЕВА, д.м.н., руководителя отделения ревматологии, заведующего кафедрой ревматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, главного внештатного специалиста – ревматолога



IX Съезд ревматологов с международным участием

Минздрава Московской области, и Натальи Петровны САНИНОЙ, д.м.н., профессора кафедры терапии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, главного внештатного специалиста – терапевта Минздрава Московской области, был посвящен современному состоянию вопроса междисциплинарного ведения больных.

Это взаимодействие начинается уже на этапе диагностики и имеет ключевое значение для своевременного установления диагноза. На примере РА в ряде исследований было показано, что основное препятствие для ранней диагностики находится на уровне врачей первого контакта. Врачи общей практики/терапевты играют ключевую роль в выявлении РА, но им мешает недостаточная информированность, что вызывает затруднения в плане дифференциального диагноза. Многократные визиты к врачу общей практики приводят к длительным задержкам в получении консультации ревматолога и назначении эффективного лечения.

Далее экспертами был представлен специально разработанный алгоритм ведения больных ранним (впервые выявленным) артритом, позволяющий определить правильную тактику ведения больного и сократить сроки до начала базисной терапии¹.

Серьезной проблемой является ранняя диагностика СпА, при котором важнейшее значение также имеет взаимодействие врача-терапевта и ревматолога.

На сегодняшний день для терапевтов/врачей общей практики разработан алгоритм дифференциальной диагностики боли в спине. Терапевты также играют значительную роль в ведении пациентов с РА, СпА, остеоартритом и подагрой, что отражено в обновленных регламентирующих документах Министерства здравоохранения Московской области.

Практические вопросы ведения беременности у пациенток с рев-

матическими заболеваниями и поражением почек были рассмотрены в докладе Елены Ивановны ПРОКОПЕНКО, д.м.н., профессора кафедры трансплантологии, нефрологии и искусственных органов ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, и Елены Львовны ЛУЧИХИНОЙ, к.м.н., ведущего научного сотрудника отделения ревматологии, доцента кафедры ревматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Хроническая болезнь почек у беременных с ревматическими заболеваниями выявляется при СКВ, первичном антифосфолипидном синдроме, системных васкулитах. Наличие волчаночного нефрита третьего и четвертого классов ассоциировано со значимо более высокой частотой обострения патологии, повышения активности СКВ в период гестации и после родов, госпитализаций, проведения кесарева сечения и развития преэклампсии. Беременность может планироваться у стабильных пациенток с неактивным волчаночным нефритом, оптимально при соотношении белка/креатинина мочи < 500 мг/г в течение шести месяцев и скорости клубочковой фильтрации > 50 мл/мин/1,73 м². Показано продолжение приема разрешенных при беременности и лактации препаратов, таких как гидроксихлорохин, преднизолон, азатиоприн, ингибиторы кальциневрина. В докладе также были рассмотрены вопросы сотрудничества ревматологов, нефрологов и акушеров-гинекологов при ведении данной группы пациенток, приведены клинические примеры успешного ведения беременности.

В докладе Марины Сергеевны ПЕТРОВОЙ, научного сотрудника отделения дерматовенерологии и дерматоонкологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Антона Владимировича МОЛОЧКОВА, д.м.н., заведующего кафедрой дерматовенерологии и дерматоонкологии ФУВ ГБУЗ МО

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, и Д.Е. Каратеева были затронуты междисциплинарные аспекты ведения пациентов с ПсА и урогенным реактивным артритом.

Доклад Анастасии Андреевны СЫЧЕВОЙ, младшего научного сотрудника отделения пульмонологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, врача-пульмонолога терапевтического отделения, и Натальи Николаевны МАКАРЬЯНЦ, д.м.н., заведующей курсом пульмонологии, руководителя отделения пульмонологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, главного специалиста – пульмонолога Минздрава Московской области, был посвящен интерстициальным заболеваниям легких в практике ревматолога. Интерстициальные заболевания легких развиваются при многих ревматических заболеваниях, наиболее часто на практике встречаются у пациентов с РА и системной склеродермией. На этапе диагностики чрезвычайно важно взаимодействие ревматолога и пульмонолога для своевременного назначения инструментальных исследований и правильной их интерпретации. Важен также консенсус в плане назначения антифибротической терапии.

Медицинская реабилитация больных РА стала темой выступления Евгении Владиславовны ОРЛОВОЙ, д.м.н., профессора кафедры ревматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. По словам эксперта, акцент должен делаться на встраивании современных методов реабилитации, таких как различные варианты лечебной физкультуры, эрготерапия, ряд методик аппаратной физиотерапии (криотерапия и др.), бальнеотерапия, в общую стратегию лечения наряду с медикаментозными методами, что способствует более эффективному достижению низкой активности/ремиссии болезни и восстановлению функциональной, трудовой и социальной активности пациентов. ☺

¹ Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л., Палеев Ф.Н. Ревматоидный артрит в клинике внутренних болезней. Практическое пособие для врачей. М.: УМИ, 2022.