



# Актуальные вопросы диагностики и лечения ревматических заболеваний

В Москве 5 ноября 2025 г. состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Прогресс ревматологии – 2025». С докладами об актуальных вопросах диагностики и лечения ревматических заболеваний выступили ведущие отечественные ревматологи и специалисты из других областей медицины.

## Принципы ранней диагностики ревматических заболеваний

Современным подходам к ранней диагностике ревматических заболеваний посвятила свой доклад к.м.н., ведущий научный сотрудник ревматологического отделения, доцент кафедры ревматологии Московского областного научно-исследовательского клинического института (МНИКИ) им. М.Ф. Владимирского Елена Львовна ЛУЧИХИНА. Эксперт отметила, что ревматические заболевания широко распространены в мире и представляют собой значительную медико-социальную проблему в связи с высоким риском инвалидизации пациентов и большой экономической нагрузкой как для пациентов, так и для государства. В связи с этим чрезвычайно актуальна проблема ранней диагностики ревматических болезней, поскольку это означает раннее начало активного лечения и в значительной степени – предотвращение тяжелых последствий заболевания.

Одним из наиболее распространенных ревматических заболеваний является остеоартрит (остеоартроз). Чаще всего остеоартрит развивается в возрасте от 45 до 65 лет. К сожалению, пациенты склонны недооценивать ранние проявления болезни (преходящие болевые ощущения в суставах небольшой интенсивности) и обращаются к врачу уже тогда, когда боль становится сильной и постоянной, что соответствует продвинутым стадиям болезни. К критериям, которые позволяют рано заподозрить наличие остеоартрита коленного или тазобедренного сустава у пациентов старше 45 лет при первичном обращении

к врачу общей практики, относят боль и/или скованность в колене или бедре, длительность симптомов в пределах шести месяцев. Среди основных критериев раннего остеоартрита коленного сустава указаны боль в колене в отсутствие недавней травмы или повреждения, а также кратковременная (менее 10 минут) скованность сустава в начале движения. Критериями раннего остеоартрита коленного сустава также являются боль в колене и наличие одного-двух факторов риска, а также наличие трех и более факторов риска и хотя бы одного обязательного симптома, сохраняющегося менее шести месяцев. Факторы риска развития остеоартрита коленного сустава включают повышенную массу тела, индекс массы тела более 25 кг/м<sup>2</sup>, наличие остеоартрита другой локализации, семейного анамнеза по остеоартриту, деформации, травмы коленного сустава, асимметрии нижних конечностей и метаболического синдрома, гипермобильности суставов.

Следует отметить, что указанные предварительные критерии подозрения на остеоартрит применимы в отсутствие активного иммуновоспалительного артрита, генерализованной боли, любой недавней травмы и травмы колена, у пациентов в возрасте 40 лет и старше.

К тяжелым, часто встречающимся ревматическим иммуновоспалительным заболеваниям относят также ревматоидный артрит. Типичная клиническая картина с полиартритом мелких суставов у большинства пациентов развивается не сразу. Одним из воз-

можных вариантов дебюта ревматоидного артрита может быть асимметричный олигоартрит суставов кистей и/или крупных суставов. Ранним его признаком также считается поражение околосуставных тканей – теносиновиты сгибателей и разгибателей, амиотрофия межкостных мышц. Типичными проявлениями заболевания на ранних стадиях служат положительный симптом сжатия кисти, невозможность сжатия кисти в кулак, особенно в утреннее время, сгибательная контрактура пальцев.

По словам эксперта, ранняя диагностика ревматоидного артрита до сих пор представляется проблематичной. Пациенты с ранним артритом чаще всего приходят не к ревматологам, а к терапевтам, неврологам и хирургам. Именно поэтому врачи первого контакта играют ключевую роль в выявлении ревматоидного артрита или другого ревматического заболевания. Однако диагностика ревматоидного артрита на ранней стадии затруднена из-за неспецифичности клинических признаков и сложности дифференциальной диагностики с другими ревматическими и неревматическими заболеваниями.

На сегодняшний день разработан алгоритм диагностики и ведения пациентов с ранним ревматоидным артритом. Так, к критериям, которые позволяют заподозрить ревматоидный артрит на ранней стадии, относят возраст старше 40 лет, положительные результаты анализа на ревматоидный фактор (РФ) и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), вовлечение суставов кистей. Риск развития ревматоидного артрита расценивается как низкий при моно- или олигоартрите, отрицательных



## Межрегиональная научно-практическая конференция «Прогресс ревматологии – 2025»

результатах анализа на РФ и АЦЦП, низкой лабораторной активности воспалительного процесса. В случае выявления высокого риска развития ревматоидного артрита врач первого контакта должен направить пациента к ревматологу. Базисную терапию рекомендуется начинать при наличии факторов высокого риска еще до развития классической картины заболевания.

Далее Е.Л. Лучихина отметила, что в клинической практике диагностические затруднения нередки при заболеваниях из группы спондилоартритов, в первую очередь при анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева). Время от дебюта заболевания до постановки диагноза и начала лечения в среднем составляет семь лет. Несмотря на то что помимо основного симптома – боли в позвоночнике – у многих пациентов имеют место артрит, дактилит, в большинстве случаев врачи первого контакта ставят стандартный диагноз «остеохондроз».

В соответствии с рекомендациями Международного общества по изучению спондилоартритов для врачей первого контакта признаками, которые позволяют заподозрить спондилоартрит, являются признаки воспалительной боли в спине: ее появление в возрасте моложе 40 лет, постепенное начало, снижение выраженности после выполнения физических упражнений, отсутствие улучшения в покое, появление или усиление ночью со снижением выраженности при пробуждении. Боль в спине считается воспалительной при наличии как минимум четырех

признаков из пяти. Воспалительный характер боли в спине является показанием для направления пациента к ревматологу.

К группе спондилоартритов относится псориатический артрит – хроническое воспалительное заболевание суставов и позвоночника, которое развивается при псориазе. Псориатический артрит ассоциирован с редкими и атипичными формами псориаза, при этом прямая зависимость его выраженности от выраженности поражения кожи отсутствует. У пациентов с псориазом часто возникает псориатический спондилит. Для псориатического спондилита характерны такие клинические проявления, как односторонний сакроилиит и массивные остеофиты в области энтезисов.

На сегодняшний день для врачей первого контакта доступны инструменты для скрининга псориатического артрита. Среди них наиболее популярным является опросник mPEST.

Эксперт представила данные, подтверждающие эффективность применения опросника mPEST врачами-дерматологами для выявления псориатического артрита. Так, с помощью опросника у 80% пациентов удалось заподозрить псориатический артрит, и они были направлены к ревматологу. В дальнейшем ни у одного пациента сразу не было снято подозрение на наличие воспалительного ревматического заболевания. На приеме у ревматолога установлено, что большая часть лиц с выявленным псориатическим артритом нуждается в активной терапии, а некоторым пациентам в связи с высокой активностью заболевания требуется назначе-

ние генно-инженерных биологических препаратов.

Очевидно, что сегодня необходима прямая и ускоренная маршрутизация пациентов с подозрением на псориатический артрит от врачей первого контакта (дерматолога, терапевта) к ревматологу.

Еще одной группой трудно диагностируемых ревматических заболеваний являются аутовоспалительные заболевания. Аутовоспалительные заболевания относятся к редким ревматическим состояниям. В клинической практике ревматологи чаще всего наблюдают пациентов с семейной средиземноморской лихорадкой, известной как периодическая болезнь или армянская болезнь, которая может манифестировать в любом возрасте. К основным симптомам, позволяющим заподозрить аутовоспалительное заболевание, относят регулярно повторяющиеся эпизоды фебрильной лихорадки, кожные высыпания, рецидивирующий артрит, артралгии, миалгии, рецидивирующий серозит, повышение значений острофазовых маркеров (скорость оседания эритроцитов более 30 мм/ч, уровень С-реактивного белка более 10 мг/л), отягощенный семейный анамнез, этническую принадлежность, отсутствие антител при скрининговом исследовании на антинуклеарный фактор (АНФ), РФ, АЦЦП.

Завершая выступление, Е.Л. Лучихина подчеркнула, что при подозрении на наличие аутовоспалительного заболевания врач первого контакта должен направить пациента к ревматологу.

### Современная лабораторная диагностика ревматических болезней

Ведущий научный сотрудник лаборатории клинической иммунологии Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова, доцент кафедры клинической лабораторной диагностики факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, д.б.н. Александр

Александрович НОВИКОВ рассказал аудитории о современных методах диагностики ревматических заболеваний. В начале выступления эксперт кратко охарактеризовал основные вехи в развитии лабораторной диагностики аутоантител. В 1948 г. в клинике Мейо (США) М. Харгрейвз и его коллеги обнаружили, что в костном мозге больных системной красной волчанкой лейкоциты способны поглощать

(фагоцитировать) ядра других лейкоцитов. Такие клетки красной волчанки назвали LE-клетки. Позже исследователям удалось обнаружить, что феномен LE-клеток обусловлен аутоантителами, направленными против компонентов ядра клетки. В последующие годы были разработаны более совершенные методы обнаружения аутоантител к ядру клетки, в том числе метод непрямой реакции иммунофлуоресценции для определения АНФ. Американские ученые показали, что определение АНФ с использованием в качестве субстрата



культивируемых клеток плоскоклеточного рака гортани (HEp-2) обладает лучшей диагностической специфичностью. В свою очередь Э. Ваалер и Г. Роуз, наблюдая агглютинацию эритроцитов барана, сенсибилизированной кроличьей антиэритроцитарной сывороткой, при добавлении сыворотки больных ревматоидным артритом обнаружили РФ. Научные открытия, сделанные в то время, определили развитие лабораторной диагностики ревматических заболеваний. Впервые в нашей стране иммунофлуоресцентный метод определения АНФ был воспроизведен профессором А.И. Сперанским. В 1972 г. приказом Минздрава СССР была утверждена и внедрена в практику разработанная им методика определения РФ – латекс-тест в модификации Сперанского.

Сегодня антинуклеарные антитела являются основными лабораторными биомаркерами системных аутоиммунных ревматических заболеваний. Определение антинуклеарных антител проводят для оценки активности процесса и прогноза заболевания, характеристики клинико-лабораторных субтипов болезни, мониторинга и прогнозирования эффективности терапии. Их выявление служит предиктором развития заболевания у бессимптомных пациентов.

Как отметил эксперт, число случаев системных аутоиммунных заболеваний растет во всем мире. Значимый вклад в повышение заболеваемости внесла пандемия COVID-19. В многочисленных исследованиях установлено, что риск возникновения аутоиммунного заболевания у перенесших коронавирусную инфекцию повышался. Риск дебюта аутоиммунного заболевания увеличился на 15%, риск присоединения еще одного аутоиммунного заболевания к уже существующему – на 38,1%, риск развития ревматоидного артрита – на 2,4%, болезни Шегрена – на 1,2%.

К принципам эффективной лабораторной диагностики ревматических заболеваний относят мониторинг состояния и соблюдение современных рекомендаций и стандартов, использование достоверных методов и качественного оборудования,

повышение компетентности персонала, внедрение стандартизации, новых технологий получения и обработки данных, контроль качества.

В соответствии с современными клиническими рекомендациями золотым стандартом и первичным скрининговым методом определения аутоиммунных антител в сыворотке крови является непрямая реакция иммунофлуоресценции с использованием в качестве субстрата клеток линии HEp-2. При тестировании антинуклеарных антител их традиционно обозначают как АНФ.

Применять для скрининга аутоиммунных ревматических заболеваний другие методы диагностики, такие как иммуноферментный анализ, иммуноблот и твердофазный анализ, нецелесообразно, поскольку по диагностической чувствительности они значительно уступают непрямой иммунофлуоресценции.

На сегодняшний день в клиническую практику для определения аутоантител, в том числе антинуклеарных, активно внедряется метод иммунохемилюминесцентного анализа, к преимуществам которого следует отнести высокую интенсивность сигнала, быстрое получение аналитического сигнала и высокую стабильность реагентов. Однако для определения антинуклеарных антител у пациентов с аутоиммунными ревматическими заболеваниями метод непрямой иммунофлуоресценции демонстрирует более высокую чувствительность, чем метод иммунохемилюминесцентного анализа. С учетом высокой специфичности последнего его можно использовать для подтверждающих тестов в диагностике аутоиммунных заболеваний.

Далее А.А. Новиков подчеркнул значимость уровня компетентности персонала лаборатории в повышении качества диагностических исследований. Данным специалистам следует повышать уровень знаний о современных тенденциях в лабораторной диагностике. При проведении диагностики методом непрямой иммунофлуоресценции в первую очередь необходимо обладать актуальной информацией о типах свечения антинуклеарных

антител. В зависимости от результатов оценки типа свечения назначаются дополнительные исследования и разрабатывается дальнейшая тактика лечения. Важное значение в диагностике ревматических заболеваний придается правильному выбору границ нормы для АНФ. Сегодня в европейских и отечественных клинических рекомендациях для определения у взрослых пациентов АНФ с помощью непрямой иммунофлуоресценции с использованием в качестве субстрата клеток линии HEp-2 оптимальным базовым скрининговым разведением сыворотки предложено считать разведение 1:160.

При диагностических исследованиях следует учитывать, что АНФ может быть обнаружен и при неаутоиммунных заболеваниях, например при артериальной гипертензии, дислипидемии, подагре, а также при онкологических заболеваниях.

Поскольку определение АНФ – оператор-зависимая методика, ее результативность во многом зависит от исполнителя. В настоящее время существуют автоматические системы, которые позволяют стандартизировать и повышать эффективность определения аутоантител методом непрямой иммунофлуоресценции. Современные автоматические системы обеспечивают стандартизованную подготовку препаратов, высокое качество изображений, автоматическую оценку результатов теста с возможностью ревизии оператором. По словам докладчика, для подтверждения данных автоматизированной оценки типов ядерного свечения рекомендуется дополнительное визуальное исследование положительных образцов.

В заключение А.А. Новиков отметил, что эффективное (стандартизованное) определение аутоантител создает предпосылки для ранней диагностики аутоиммунных ревматических заболеваний, снижения внутри- и межлабораторной вариабельности полученных результатов, а также способствует оптимизации взаимодействия между специалистами лаборатории и врачами-клиницистами в вопросах назначения и клинической интерпретации лабораторных тестов.



## Межрегиональная научно-практическая конференция «Прогресс ревматологии – 2025»

### Подагра и ишемическая болезнь сердца

Как отметила к.м.н., старший научный сотрудник ревматологического отделения, доцент кафедры ревматологии МОНКИ им. М.Ф. Владимирского Евгения Иннокентьевна МАРКЕЛОВА, сердечно-сосудистая заболеваемость и ее рост представляют серьезную проблему здравоохранения. На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания – одна из основных причин развития осложнений, инвалидизации и смерти во всем мире. В исследованиях последних лет отмечается, что в России смертность среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями составила 640,3 случая на 100 тыс. населения, причем более половины из них приходилось на ишемическую болезнь сердца (ИБС). Важно и то, что 15% умерших от ИБС были лицами трудоспособного возраста.

Выявление ИБС, с одной стороны, регламентировано (представляет собой ряд отработанных диагностических мероприятий), с другой – затруднено при атипичной клинике стенокардии, безболевого ишемии миокарда, редких формах ИБС, ряде заболеваний, в частности при подагре, а также у лиц старшей возрастной группы из-за особенностей течения ИБС.

В исследованиях разных лет показан повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных подагрой в отличие от лиц без подагры. Так, у женщин с подагрой чаще встречались артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, сердечная недостаточность, в то время как у мужчин – фибрилляция предсердий и ИБС. Отмечалось также, что у пациенток старше 65 лет, страдавших подагрой, риск развития инфаркта миокарда значительно увеличивался по сравнению с таковым у женщин без подагры и мужчин с подагрой. У женщин причиной увеличения риска развития и прогрессирования подагры, а также сердечно-сосудистых осложнений прежде всего является изменение гормонального фона, которое происходит в постменопаузальном периоде. До менопаузы эстрогены способствуют

снижению уровня мочевой кислоты, что служит защитой от развития подагры.

К факторам, провоцирующим развитие сердечно-сосудистой патологии у пациентов с подагрой, относят гиперурикемию, хроническое воспаление, традиционные факторы риска формирования сердечно-сосудистых заболеваний, применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Гиперурикемией считается уровень мочевой кислоты более 360 мкмоль/л (6 мг/дл). Получены данные о связи повышенного уровня мочевой кислоты в сыворотке крови с увеличением риска формирования сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, в частности инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий, ИБС. Кроме того, гиперурикемия рассматривается как один из факторов риска сердечно-сосудистой смерти.

В метаанализе, посвященном оценке связи гиперурикемии с коронарным кальцинозом, который является признаком развития поражения коронарных артерий, получены данные о том, что у пациентов с гиперурикемией наблюдались более высокие показатели коронарного кальциноза по сравнению с пациентами, у которых показатели мочевой кислоты были в пределах нормы. Был сделан вывод, что гиперурикемия может быть независимым фактором, провоцирующим развитие ИБС.

По словам эксперта, подагра как проявление острого асептического воспаления может быть связана с воспалительными изменениями в сосудах и, как следствие, прогрессированием и развитием атеросклероза, в том числе атеросклероза коронарных артерий. Результаты исследований показали, что у больных подагрой выявляется большее число сердечно-сосудистых факторов риска по сравнению с пациентами с псориатическим артритом, ревматоидным артритом и анкилозирующим спондилитом. Так, лица с подагрой чаще страдают абдоминальным ожирением и сахарным диабетом, имеют

более высокое артериальное давление и значительное нарушение липидного спектра. Следовательно, пациенты с подагрой относятся к группе высокого риска развития сердечно-сосудистой патологии и ее осложнений.

В продолжение темы Е.И. Маркелова представила результаты исследования, в котором было показано, что тяжесть течения подагры ассоциирована с большим числом факторов сердечно-сосудистого риска.

Назначение уратснижающей терапии способно снизить сердечно-сосудистый риск. В ряде исследований отмечен кардиопротективный эффект аллопуринола. Установлено, что аллопуринол может уменьшить риск развития инфаркта миокарда у больных подагрой. Аллопуринол способен влиять на риск прогрессирования почечной недостаточности и развития сердечно-сосудистой патологии в данной когорте.

Патогенетически обоснованным считается применение ингибиторов интерлейкина 1 (ИЛ-1). На фоне терапии ингибитором ИЛ-1 не только снижалась активность заболевания, но и улучшались эндотелиальная функция, а также толщина комплекса «интима – медиа». В некоторых исследованиях показан кардиопротективный эффект ингибиторов ИЛ-1 у лиц с подагрой.

Сегодня изучаются подходы с использованием препаратов с более широким спектром мишеней. Колхицин – перспективный и доступный препарат, который может быть использован для вторичной профилактики атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и снижения сердечно-сосудистого риска у пациентов с подагрой. Подводя итог, Е.И. Маркелова подчеркнула, что ведение пациентов с подагрой должно включать контроль сердечно-сосудистого риска. Необходимыми условиями эффективного лечения являются тщательная оценка традиционных и модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска, контроль артериального давления и липидного профиля, достижение целевого уровня мочевой кислоты. Достижение и поддержание ремиссии подагры снижает риск развития сердечно-сосудистых событий. ☺