

137

**ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРМОБИЛЬНОГО СИНДРОМА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ***Попова Е.С., Воронина Н.В., Тушко С.Н., Слуцкая Н.П., Староверова Ю.К.301 Окружной военный клинический госпиталь***Актуальность**

При гипермобильном синдроме (ГС) нередко ставят ошибочный диагноз, что влечет за собой неоправданно агрессивную лечебную тактику.

**Материалы и методы**

В 2001-05 г. выписано 38 военнослужащих по призыву с ГС. Больные госпитализировались с предварительным диагнозом РеА. ГС устанавливался по критериям Бейтона. Факторы риска, провоцирующие ГС: стереотипные мышечные движения - у 34, большие физические усилия - у 30, длительные статические нагрузки - у 26, нарушение осанки - у 25, длительные, противоестественные положения тела - у 10, наследственная предрасположенность - у 12, пониженная температура - у 24 чел. Суставной синдром проявлялся артралгиями и рецидивирующим выпотом в суставах. Поражались коленные - у 30, голеностопные суставы - у 32, суставы верхних конечностей - у 6 чел. По ВАШ пациенты разделялись на три группы: до 40 мм - 14, от 40 до 80 мм - 21, от 80 мм и выше - 3 чел. Гипермобильность суставов по шкале Бейтона от 4 до 6 баллов - у 21, от 6 до 7 - у 11, свыше 7 - у 6 чел. Лабораторные показатели у 25 больных были в пределах нормы, у 13 отмечалось повышение СОЭ до 20 мм/ч. Отсутствовал РФ, уровни ЦИК и СРБ в норме, не выявлены триггерные инфекции.

**Результаты**

Регресс суставного синдрома достигнут приемом НПВП совместно с физиопроцедурами в течение 1 нед. у 23, в течение 2-х нед. - у 9, более 2-х нед. - у 6 чел. Особенности военного труда привели к рецидиву суставного синдрома у 14 чел., что требовало повторных госпитализаций через 4 нед. у 2, через 8 нед. у 5, через 18 нед. у 7 чел.

**Заключение**

Нагрузки у военнослужащих по призыву на фоне гипермобильности суставов нередко приводят к развитию ГС, требующего лечения, дорогостоящего обследования для исключения других ревматологических заболеваний.

139

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ.***Прохорова И.Е., Артёмов Н.А., Чеамания М.О., Николаева В.А. Ростовский Государственный Медицинский Университет, МЛПУЗ КДЦ "Здоровье", ГБ№8, Горьковской Детский Диагностический Центр***Актуальность**

Остеоартроз (ОА) часто сочетается с метаболическими нарушениями, которые выделены в единый синдром изменения углеводного и липидного обмена. Сочетание вышеперечисленных нарушений ускоряет прогрессирование атеросклероза. Существует зависимость прогрессирования ОА от массы тела.

**Материалы и методы**

Было обследовано 190 женщин в возрасте от 36 до 86 лет (средний возраст - 66,24 лет). У 127 пациенток было диагностировано поражение крупных суставов - гонартроз (ГА), коксартроз (КА), у 15 - нодулярный вариант заболевания, а у 48 больных - генерализованная форма ОА. У всех женщин определялся индекс массы тела (ИМТ). У больных с изолированным поражением крупных суставов ИМТ составил  $32,3 \pm 1,62$ , при нодулярном варианте ОА -  $27,9 \pm 1,39$ , а у пациенток с генерализованной формой ОА -  $30,2 \pm 1,41$ .

**Результаты**

При анализе встречаемости сопутствующих заболеваний доминировала кардиоваскулярная патология. Гипертоническая болезнь (ГБ) была выявлена у 137 больных, у 8 (6%) в анамнезе был о нарушении мозгового кровообращения. Ишемической болезнью сердца (ИБС) страдали 83 пациентки, у 12 из них в анамнезе были тяжёлые нарушения ритма, а у 6 - острый инфаркт миокарда. Сочетание ИБС и ГБ отмечено у 69 женщин. Наиболее тяжёлые поражения сердечно-сосудистой системы были выявлены у больных с генерализованным поражением суставов и с ИМТ более 30, т.е. при выраженных метаболических нарушениях.

**Заключение**

ИМТ можно считать одним из факторов риска развития ГА, КА и при генерализованной форме заболевания. У больных с ОА доминируют среди сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистые проблемы, которые сочетаются с генерализованной формой ОА и метаболическими изменениями (ожирением, инсулинорезистентностью, сахарным диабетом и др.).

138

**ПОДХОДЫ К СТАНДАРТИЗАЦИИ СЦИНТИГРАФИИ СУСТАВОВ С ТС-99М-ПИРФОТЕХОМ***Прохорова Е.Г., Жилев Е.В. Главный клинический госпиталь МВД РФ***Актуальность**

Цель исследования: разработка стандартного протокола сцинтиграфии (СГ) суставов и критериев их вовлечения.

**Материалы и методы**

Включено 50 человек, в возрасте  $48,6 \pm 16,4$  лет. Контроль - 16 лиц без признаков поражения суставов. Реактивный артрит (РеА) был у 16, прочие серонегативные спондилоартропатии (ПССА) - у 5, ревматоидный артрит (РА) - у 6, остеоартроз (ОА) - у 7. Через 3 часа после введения 550 МБк радиофармпрепарата (РФП) проводилась СГ костей по программе "все тело", а также планарная СГ кистей и стоп. Зоны интереса очерчивались по контуру сустава, затем этот контур переносился на прилежащую к суставу кость. Коэффициент накопления сустав/кость (КСК) рассчитывался как отношения счёта в этих зонах.

**Результаты**

Верхние границы 95%-ных доверительных интервалов для КСК составили: для коленных суставов - 1,42, для локтевых - 1,33, для тазобедренных - 1,57, для плечевых - 1,58, для грудинно-ключичных - 1,26, для ключично-акромиальных - 1,39, для крестцово-подвздошных сочленений - 1,23. Указанные величины можно считать границами нормы. Все коленные, локтевые, плечевые, лучезапястные суставы пациентов с РеА, РА, ОА, и всех ПССА, включая суставы, в которых пациенты не отмечали боли, кроме одного локтевого у пациента с болезнью Бехтерева оказались выше этих значений. Более 2/3 тазобедренных суставов у лиц с заболеваниями также были выше соответствующего норматива. Чувствительность в выявлении поражений ключично-акромиальных, грудинно-ключичных и крестцово-подвздошных сочленений была относительно низкой.

**Заключение**

Разработанный протокол СГ суставов и нормативы КСК позволяют с высокой чувствительностью выявлять различные поражения коленных, локтевых, плечевых и лучезапястных суставов, в том числе и субклинические.

140

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИНХРОННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО РЕВМОЦЕНТРА (УЗБЕКИСТАН)***Рашидова Г.Б., Бурханова Ф.А., Набиева Д.А., Абдуллаев Ш.С. Актуальность*

СКВ - системное аутоиммунное заболевание, вызывающее иммуновоспалительное повреждение внутренних органов. Частый неблагоприятный исход заболевания требует разработки новых методов лечения и ведения больных.

**Материалы и методы**

Исследование было проведено в условиях Республиканского ревмоцентра (РРЦ). Обследовано 60 больных СКВ в возрасте от 16 до 48 лет, с давностью заболевания от 2 месяцев до 12 лет. По вариантам комплексного лечения больные были распределены на следующие группы: 1. 24 больных - получали традиционную терапию с применением внутрь глюкокортикостероидов (15-40 мг/сутки), нестероидных противовоспалительных препаратов, препараты улучшающие микроциркуляцию и антигистаминные средства. 2. 17 больных получали программную, комбинированную терапию - она состояла из классической - 3-х дневной пульс-терапии (метипред или солумедрол 1000 мг/сутки) и циклофосфан (1000 мг/сутки) на 2-й день на фоне традиционной терапии. 3. 19 больных получали синхронную интенсивную терапию (СИТ) - плазмаферез от 1 до 3 процедуры, после чего классическая - 3-х дневная пульс-терапия и циклофосфан на 2-й день, также на фоне традиционной терапии.

**Результаты**

При сравнении полученных данных можно отметить, что после проведения СИТ выявляется положительное влияние на такие проявления как артрит, плеврит, кардит, нефрит, афтозный стоматит, высыпания; отмечается снижение активности процесса. У большинства больных после проведения СИТ удалось снизить дозы ГКС. Также нужно отметить, что этот метод лечения особенно эффективен на ранних стадиях болезни.

**Заключение**

Динамическое наблюдение в РРЦ с проведением ежемесячной пульс-терапии показало эффективность как программной так и синхронной пульс-терапии.