

ХРОНИКА, ИНФОРМАЦИЯ

© ЗЛОБИНА Т.И., КАЛЯГИН А.Н., КАЗАНЦЕВА Н.Ю., МЕНЬШИКОВА Л.В., АНТИПОВА О.В., ТУПИЦЫНА Г.В. — 2009

V СЪЕЗД РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ (23-27 МАРТА 2009, МОСКВА)

Т.И. Злобина¹, А.Н. Калягин^{1,2}, Н.Ю. Казанцева², Л.В. Меньшикова^{3,4}, О.В. Антипова¹, Г.В. Тупицына⁴

¹МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор — проф., д.м.н. И.В. Малов, кафедра профдефектики внутренних болезней, зав. — проф., д.м.н. Ю.А. Горяев; ³Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра семейной медицины, зав. — д.м.н., проф. Л.В. Меньшикова; ⁴Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр, гл. врач — к.м.н. И.В. Ушаков)

Резюме. Представлена информация о V съезде ревматологов России, проходившем в г. Москве. Освещено современное состояние ревматологической службы в России, перспективы её развития.

Ключевые слова: съезд, информация, ревматология, Ассоциация ревматологов России.

V CONGRESS OF THE RHEUMATOLOGISTS OF RUSSIA (MARCH, 23-27, 2009, MOSCOW, RUSSIA)

Т.И. Zlobina¹, A.N. Kalyagin^{1,2}, N.Yu. Kazantseva², L.V. Menshikova^{3,4}, O.V. Antipova¹, G.V. Tupitsina⁴

¹Irkutsk Municipal Clinical Hospital N1; ²Irkutsk State Medical University; ³Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies; ⁴Irkutsk Regional Clinical Consultative and Diagnostic Centre

Summary. In the article presented the information about V Congress of Rheumatologists of Russia, held Moscow. The modern condition of rheumatologic care in Russia, prospects of its development is described.

Key words: congress, information, rheumatology, Association of Rheumatologist of Russia.

Очередной V Съезд ревматологов России проходил в г. Москва под эгидой Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Ассоциации ревматологов России и НИИ ревматологии РАМН. На Съезде было представлено 2 совещания, 13 пленарных лекций, 16 пленарных заседаний, 15 сателлитных симпозиумов, 3 постерных секций по актуальным вопросам ревматологии. В работе съезда приняли участие ведущие специалисты из многих стран мира (США, Сербии, Франции, Италии, Германии, Венгрии, Польши, Белоруссии, Украины и т.д.). Делегация из Иркутска состояла из 12 человек, иркутянами было опубликовано 12 работ в сборнике материалов съезда, сделано 2 доклада на пленарных заседаниях (А.Н. Калягин, Н.А. Храмова) и 2 — на постерных секциях.

Съезд открылся пленарной лекцией акад. РАМН В.А. Насоновой и акад. РАМН Е.Л. Насонова «Развитие отечественной ревматологии: от прошлого к будущему», в которой были представлены ключевые этапы развития ревматологической службы в России, краткий очерк истории НИИ ревматологии РАМН, важнейшие достижения ревматологической науки в России и аспекты международного сотрудничества. В докладе президента Европейской лиги ревматических заболеваний (EULAR), проф. Й. Смолена освещены современные направления терапии ревматических заболеваний с акцентом на использовании генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП).

Несколько докладов было посвящено проблеме ремиссии при ревматоидном артрите (РА). В докладе проф. Д.Е. Каратеева предложена классификация ремиссии в ревматологии: 1) спонтанная — вне связи с предшествующей терапией; 2) индуцированная — развивается на фоне лечения и продолжается после его отмены; 3) ремиссия на фоне терапии — развивается на фоне лечения, поддерживается при продолжающейся терапии, после прерывания лечения — заканчивается. В критериях ремиссии EULAR предусматриваются значения индекса DAS28<2,6 балла, DAS4<1,6 балла. На сегодня выделяются предварительные критерии ремиссии недифференцированного артрита (исследование SAVE): 1) отсутствие припухших суставов; 2)

не более двух болезненных суставов; 3) наличие двух признаков из трех: нормальный уровень С-реактивного протеина, общая оценка активности болезни по ВАШ < 1 см, общая оценка боли пациентом по ВАШ < 1 см. В исследовании COMET были введены понятия клинической ремиссии (DAS28<2,6 балла), функциональная ремиссия (HAQ<0,5 балла), рентгенологическая ремиссия (ΔTSS<0,5). В этом же докладе суммированы предикторы положительного ответа у больных РА на ФНО-а-ингибиторы: молодой возраст, небольшая продолжительность РА, низкий уровень ревматоидного фактора (РФ) и АЦЦП, снижение СРБ после 1-й инфузии, сочетанная терапия с метотрексатом, низкий DAS28, низкие значения HAQ. В докладе проф. Р.И. Де Харатиуса (США) сделан акцент на критериях ремиссии, предложенных ACR (1981). Это утренняя скованность < 15 мин; отсутствие слабости, утомляемости; отсутствие боли в суставах (опрос); отсутствие болезненности в суставах при пальпации и движении; отсутствие припухлости в мягких тканях в области суставов и сухожилий; нормальные значения СОЭ (< 30 мм/ч у женщин и < 20 мм/ч у мужчин). Для диагностики ремиссии необходимы 5 из 6 критериев в течение 2 и более месяцев, при исключении перикардита, васкулита, плеврита, миозита, потери массы тела, лихорадки.

В нескольких докладах акад. РАМН Е.Л. Насонова обсуждалась современные аспекты применения различных ГИБП (инфликсимаб, адалимумаб, тализумаб, ритуксимаб и т.д.). Подчеркнута важная роль России в исследованиях новых ГИБП.

Важным вопросом явилось обсуждение показаний для назначения ГИБП. В сообщении проф. Ш.Ф. Эрдеца представлена ситуация в мире по применению этих препаратов за счёт государственных фондов. Во Франции препараты могут применяться до использования традиционных базисных противовоспалительных средств (БПВП) при быстропрогрессирующем РА, во Франции, Норвегии, Швейцарии, Чехии, Литве, Словакии, Италии препараты назначаются при неэффективности применения одного традиционного БПВП, в Швеции и Португалии — одного-двух, в Германии, Великобритании, Объединённых Арабских Эмиратах, Испании, Голландии, Дании, Румынии, Финляндии, Австрии, Турции, Бельгии, Болгарии и Венгрии — двух, в Израиле, Саудовской Аравии и Латвии — трёх, в Эстонии — четырёх. В этом же докладе на основании исследования 126 больных была предложена балльная шкала показаний для ГИБП включающая: 1) активность болезни: низкая — 1 балл, умеренная — 2, высокая — 3; 2) метотрексат в полной дозе (15-25 мг/нед): хороший эффект — 0, нет данных — 1, недостаточный эффект — 2, плохая переносимость — 3; 3) ранний РА: от 3 мес. до 1 года — 0, больше 1 года — 1, до 3 мес. — 3; 4) предшествующая базисная противовоспалительная терапия (БПВП): нет — 0, имеется — 1; 5) внесуставные проявления РА: нет — 0, имеются — 1; 6) быстро прогрессирующее течение: нет — 0, да — 1. По сумме баллов делается заключение: ≤ 2 баллов — абсолютно не показано назначение ГИБП, 3-4 — скорее не показано назначение ГИБП (показаны БПВП), 5-6 — скорее показаны ГИБП, ≥ 7 — абсолютно показаны ГИБП.

Проф. Е.И. Алексеева доложила о возможностях применения ГИБП у детей. На основании решения учёного совета Научного центра здоровья детей РАМН, этического комитета этого же органа и подписанного родителями и (зачастую) детьми информированного добровольного согласия проводится лечение ГИБП. На сегодня препараты применяются в основном при торпидном олиго- и полиартикулярном варианте ювенильных артритов, при ювенильном псориазическом артрите с хорошим эффектом, а при системном варианте ювенильных артритов — с умеренным эффектом.

В докладе И.Т. Красивиной обсуждалась роль системных метаболитических нарушений при остеоартрозе (ОА) коленных суставов. При анализе данных 300 больных с ОА установлено, что ожирение является значимым фактором усугубляющим течение ОА коленных

Сакроилеит по МРТ или стандартной рентгенографии + 1 и > признака спондилоартропатий [чувствительность — 66,2%, специфичность — 97,0%]	или	HLA B27 + 2 и > признака спондилоартропатий [чувствительность — 84%, специфичность — 84%]
Признаки спондилоартропатий: <ul style="list-style-type: none"> • Боль воспалительного ритма в нижней части спины; • Артрит; • Энтезит (пяточные области); • Увеит (подтверждённый офтальмологом); • Дактилит; • Псориаз; • Воспалительное заболевание кишечника; • Быстрый положительный эффект от НПВП; • Семейный анамнез; • HLA B27; • Повышенный С-реактивный протеин; • Достоверный сакроилеит по рентгенографии; • Сакроилеит по данным МРТ. 		

Рис. 1. Критерии диагностики AC (ASAS, 2009)

Диагноз в соответствии с существующими критериями	
	+
Отсутствие ответа на по крайней мере на 2 НПВП	
	+
BASDAI > 4	
	+
Положительное решение эксперта и отсутствие противопоказаний для данного вида терапии	

Рис. 2. Показания для назначения ГИБП при АС (рекомендации международных экспертов)

потребления жиров является фактором, провоцирующим неблагоприятное течение ОА, а преобладание в пище сложно углеводного компонента сопровождается более лёгким его течением. Разработка индивидуальных мероприятий медицинской реабилитации должна включать дополнительно к рекомендациям по увеличению двигательной активности и гипокалорийной диете и предложения по гармонизации пищевых рационов. В докладе Т.А. Дашиной предложено широкое использование криотерапии в ведении больных ОА. Метод позволяет уменьшить боль, добиться субъективного улучшения состояния и снизить дозу НПВП.

Серьёзное внимание проблеме псориазического артрита (ПсА) уделено в своем выступлении проф. В.В. Бадокин. Отмечено, что РФ может быть положительным у 7-10% больных с ПсА, АЦЦП выявляются у 15%. Установлено, что наличие ревматоидного фактора и АЦЦП говорит в пользу быстропрогрессирующего течения ПсА и распространённого артрита. АЦЦП не может рассматриваться как дифференциально-диагностический тест у больных с полиартикулярным ПсА. Распространённость псориаза среди больных ревматическими заболеваниями составляет 18,2%, что намного превышает популяционный уровень этого дерматоза — 2-4%. Исследования 1677 больных с ревматическими заболеваниями показали, что при РА псориаз кожи встречается у 7,4% больных и у 12,7% членов семей больных, при спондилоартропатиях у 30,0% и 24,6%, при ОА — у 9,4% и 8,4%, при болях в нижней части спины — у 9,8% и 10,4%, при остеопорозе — у 4,4% и 16,2%, при других болезнях — 4,8% и 5,4% соответственно. ПсА имеет отличительные иммунологические особенности в сравнении с РА: 1) При ПсА менее выражена гиперплазия синовиоцитов и её инфильтрация иммунокомпетентными клетками; 2) При ПсА ярче представлен ангиогенез в поверхностных слоях синовиальной мембраны, чем при РА; 3) При ПсА в тканях сустава преобладают CD8+T-лимфоциты, а при РА — CD4+T-лимфоциты; 4) При ПсА CD8+ и CD4+ экспрессируются в синовиоцитах, синовиальной жидкости, воспалённых энтезах, коже. Характерен параллелизм течения ПсА и псориаза кожи: у каждого третьего больного псориазом наблюдается артрит или синовит, характерна синхронность течения кожного и суставного синдромов, имеется чёткая связь артрита дистальных межфаланговых суставов с активностью псориазической онихопатии, наиболее тяжёлый ПсА наблюдается у больных с распространённым и неблагоприятным кожным синдромом (пустулёзный псориаз, экссудативный псориаз, псориазическая эритродермия, феномен Кебнера). Клинический спектр ПсА включает в себя характерные признаки (артрит дистальных межфаланговых суставов, моно- и олигоартрит, ревматоидоподобный полиартрит, изолированный сакроилеит и/или спондилит, периферические энтезиты, дактилиты и мутилирующий артрит) и атипичные проявления (субтипы ПсА), наблюдаемые чаще у лиц моложе 50 лет (изолированный энтезит, SAPHO-синдром, синдром передней грудной клетки, хронический мультифокальный рецидивирующий остеомиелит, онихопахидермоперостит, спондилодисцит, изолированные артралгии, мягкий отёк тканей). Были представлены новые критерии ПсА, предложенные в исследовании CASPAR study: 1) артрит, спондилит или энтезит; 2) псориазические высыпания, выявленные на момент осмотра — 2 балла; 3) псориаз в анамнезе — 1 балл; 4) семейный псориаз — 1 балл; 5) дактилит — 1 балл; 6) ремоделирование кости («карандаш в колпачке», периоститы, формирование анкилозов, незначительная выраженность остеопороза) — 1 балл; 7) серонегативность по РФ — 1 балл; 8) ониходистрофия — 1 балл. Специфичность этих критериев 0,99, чувствительность — 0,91.

суставов, достигающим наиболее выраженной силы при абдоминальном типе по сравнению с другими типами ожирения и нормальной массой тела. Нарушение гликемического контроля при сахарном диабете 2 типа приводит к нарастанию дегенеративных изменений в хрящевой и костной ткани, однако сопровождается уменьшением клинически проявлений ОА. Дисбаланс пищевого поведения со сдвигом в сторону увеличения

В докладе Т.В. Дубининой и Ш.Ф. Эрдеса были обсуждены проблемы диагностики воспалительных болей в спине. Hart и соавт. в 1949 г. впервые описали клинические проявления воспалительного поражения осевого скелета (боль в одной или обеих ягодицах, боль в нижней части спины, утренняя скованность). В 1977 г. Calin с соавт. предложили первые критерии воспалительных болей в спине (возраст начала болей < 40 лет, длительность болей > 3 мес., постепенное начало болевых ощущений, утренняя скованность, уменьшение боли после физических упражнений, боль считалась воспалительной при наличии 4 и более признаков с чувствительностью 75% и специфичностью 23-38%). В 2006 г. M. Rudwaleit и соавт. предложили Берлинские критерии воспалительных болей в спине для лиц моложе 50 лет и длительностью боли менее 3 месяцев: 1) утренняя скованность > 30 мин.; 2) уменьшение боли после физических упражнений, но не после отдыха; 3) боли в спине преимущественно во второй половине ночи; 4) перемежающаяся боль в ягодицах. Боль считается воспалительной при наличии 2 из 4 признаков с чувствительностью 70,3% и специфичностью 81,2%. На сегодняшний день рабочей группой Международного общества по оценке при спондилоартритах (ASAS) в составе J. Sieper и соавт. (2009) разработаны новые критерии воспалительных болей в спине: 1) начало в возрасте < 40 лет; 2) постепенное начало; 3) улучшение после физических упражнений; 4) отсутствие улучшения после отдыха; 5) ночная боль (с улучшением после пробуждения). Чувствительность и специфичность при наличии 4 из 5 критериев составляет 77% и 94,7% соответственно. При этом чувствительность и специфичность касаются только наличия болей воспалительного ритма в спине, но не диагноза.

В докладе к.м.н. А.Г. Бочковой обсуждались КТ и МРТ в диагностике ранней стадии анкилозирующего спондилоартрита (АС). Ранний диагноз АС необходим для того, чтобы избежать ненужных обследований и неправильной терапии, в т.ч. оперативного лечения; раннего обучения лечебной физкультуре и спортивному образу жизни; ориентации пациента на систематический приём НПВП; для раннего назначения ФНО-а-ингибиторов при неблагоприятном течении АС. Чаще всего на ранних стадиях АС больные наблюдаются по поводу остеохондроза позвоночника, протрузии диска с корешковым синдромом, подагрического артрита, острого (обострения хронического) пиелонефрита. Только МРТ позволяет выявить сакроилеит до появления структурных изменений на рентгенограммах и КТ. Для диагностики воспалительного отёка спинного мозга необходимо использовать режим T2 с подавлением жира (T2 Fat Saturation или STIR) для которого доказана высокая степень специфичности и чувствительности (90-100%). В этом методе на сегодня предложен канадский метод счёта (SPARSS 0-72). Суть метода заключается в том, что каждое сакроилеальное сочленение в продольном сечении делится на 4 квадранта. Эти квадранты, начиная с верхне-наружного, нумеруются по часовой стрелке от 1 до 4. В каждом из квадрантов производится оценка распространённости воспалительного отёка костного мозга в баллах, дополнительные баллы присваиваются за интенсивность воспаления. Оценка варьирует от 0 до 72 баллов. Локализация воспалительных изменений в МРТ сакроилеальных сочленений соответствует области болей, выраженность воспаления по МРТ не зависит от клинической активности болезни и выраженности болей в сакроилеальных сочленениях. При использовании КТ количество ложнопозитивных результатов составляет 35%, а ложно негативных — 22,5%. На КТ для оценки выраженности сакроилеита используется стадирование по BASRI (или Келгрена). В ранней стадии АС основное заключение о наличии синовита можно делать только по изменениям аксиальных томограмм, а виртуально коронарные проекции (моделируемые возможностями компьютера) должны приниматься во внимание как дополнительная информация. В ранней стадии АС следует придавать значение изменениям в нижней передней части (синовиальной) сакроилеальных сочленений, принимая во внимание в этой области даже единичные эрозии, если они сочетаются с субхондральным склерозом. Недостатком КТ является высокая лучевая нагрузка, равная 10 мЗв, тогда как лучевая нагрузка стандартной рентгенограммы таза 1,8 мЗв.

В докладе А.Г. Бочковой представлены новые критерии диагностики АС (рис. 1), а в сообщении Ш.Ф. Эрдеса — алгоритм назначения ФНО-а-ингибиторов при АС (рис. 2).

Большое внимание привлёк симпозиум по диагностике и ведению больных с лёгочной гипертензией, организованная А.В. Волковым с участием М. Хумберта (Франция) и М. Матучи-Цернич (Италия), а также пленарное заседание по микрокристаллическим артропатиям, под руководством академика РАМН В.А. Насоновой и д.м.н. В.Г. Барсковой. Оба эти мероприятия вызвали оживлённую дискуссию, которая продолжалась долгое время в кулуарах.

Таким образом, V съезд ревматологов России прошёл в деловом и очень насыщенном информационном режиме. Сообщения произвели большое впечатление, много нового и полезного для себя почерпнули как практические ревматологи, так и учёные из различных уголков России и зарубежных стран. Хотелось бы выразить благодарность оргкомитету съезда и лично академикам РАМН В.А. Насоновой и Е.Л. Насонову за большую работу.

Адрес для переписки: 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118, Городской ревматологический центр; тел. (3952) 703732; tzlobina@ya.ru

Злобина Тамара Исаевна — зав. центром, главный ревматолог г. Иркутска;

Калягин Алексей Николаевич — зам. гл. врача, доцент, к.м.н.;

Казанцева Наталья Юрьевна — доцент, к.м.н.;

Меньшикова Лариса Васильевна — зав. кафедрой, профессор, д.м.н.;

Антипова Ольга Валентиновна — врач-ревматолог;

Тупицына Галина Владимировна — врач-ревматолог.