

Материалы

III Евразийского конгресса ревматологов

г. Минск, Республика Беларусь, 26–27 мая 2016 г.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Н.Х.Абдуазизова

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Республика Узбекистан

Среди внесуставных проявлений ревматоидного артрита важное место занимают поражения легких. Изучение клинико-функциональных нарушений легких, проведение мультиспиральной компьютерной томографии и мониторинговое исследование бронхиальной проходимости у больных ревматоидном артритом позволяют своевременно вносить коррективы в лечение.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, диагностика, мультиспиральная компьютерная томография, спирометрия.

Ревматоидный артрит (РА) – одно из наиболее распространенных воспалительных заболеваний суставов, в популяции частота данной патологии составляет 1–2%. Для РА характерно прогрессирующее течение с формированием деформаций суставов, развитием тяжелых функциональных нарушений и поражением внутренних органов, ранней инвалидизацией больных, сокращением продолжительности жизни [1, 3, 4]. Основу клинических проявлений РА составляет симметричный хронический эрозивный артрит периферических суставов. Однако, при этом заболевании часто встречаются и системные воспалительные поражения внутренних органов. Они могут стать причиной существенного снижения качества жизни, трудоспособности и в значительной мере определять прогноз [2, 6, 7]. Среди внесуставных проявлений РА важное место занимают поражения легких и нижних дыхательных путей.

В мировой литературе накоплен немалый объем информации о поражении органов дыхания при РА [8–10], однако в этой области остается ряд нерешенных проблем. Нуждается в уточнении частота бронхолегочных поражений у больных РА.

Цель исследования – изучение характера и распространенности поражения нижних дыхательных путей у больных РА.

Материалы и методы. С целью изучения характера и распространенности поражения нижних дыхательных путей у больных РА проведено ком-

плексное клинико-инструментальное обследование 98 больных (из них: 12 мужчин и 86 женщин) с достоверным диагнозом РА на основании критериев Американской ревматологической ассоциации 1988г. Средняя продолжительность заболевания составила $10,5 \pm 8,6$ лет. Серопозитивный РА имел место у $64,45 \pm 1,8$, серонегативный – у $72,88 \pm 2,77$ больных. Активность РА, согласно индексу DAS28, составила $5,8 \pm 1,5$ баллов. Обследование больных РА проводилось в сопоставлении с контрольной группой, которую составили 20 пациентов. У больных РА и пациентов контрольной группы выполнялись общеклиническое обследование, спирометрия, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) легких.

Результаты и обсуждение. В изучении поражения органов дыхания при РА первоначально оценивались жалобы больных. Больные предъявили жалобы на раннее и постоянное поверхностное дыхание, чувство дискомфорта. У 15,6% больных РА имел хронический кашель. Одышка при физической нагрузке имела у 13,7% пациентов, в том числе тяжелая и очень тяжелая – у 4%. Это состояние показывает воспаление интерстициальной ткани легочной паренхимы. Респираторные жалобы у больных РА встречались при высокой и средней степени активности. Обобщая жалобы больных, можно отметить связь с возрастными периодами. В возрастном аспекте наибольшая встречаемость отмечается в возрасте 50–60 лет (пациентов дан-

ного возраста – 1/3 общего числа обследованных). Нарушения функции внешнего дыхания (ФВД) выявлены у 47 больных РА. При МСКТ легких структурные изменения со стороны легких, плевры, нижних дыхательных путей и органов средостения выявлены у 38 больных РА.

При МСКТ легких признаки поражения нижних дыхательных путей на уровне центральных, долевых, сегментарных и субсегментарных бронхов выявлены у 34% больных РА. Наиболее часто обнаруживались утолщение стенок бронхов и деформация их просвета (у 25% больных РА). Признаки поражения дистальных отделов бронхиального дерева (бронхиолит) выявлены у 54% больных РА.

Общая распространенность всех вариантов поражения нижних дыхательных путей у обследованных нами больных РА оказалась необычно высокой для внесуставного проявления заболевания. Поражение нижних дыхательных путей протекало малосимптомно и обнаруживалось лишь по наличию изолированных дистальных структурных изменений бронхов, выявляемых с помощью МСКТ. Подобные субклинические поражения, как правило, не привлекают внимания врачей и самих пациентов и в краткосрочном аспекте не требуют специального лечения. Следовательно, раннее выявление у больных РА поражения нижних дыхательных путей и мониторинг у них динамики соответствующих структурных и функциональных изменений следует считать прогностически важным компонентом долгосрочной медицинской помощи при данном заболевании.

Таким образом, распространенность и клиническая значимость поражений органов дыхания при РА весьма велики и ранее очевидно недооценивались. Признаки вовлечения легких, плевры и поражения нижних дыхательных путей выявляются в разных сочетаниях у 37,6% пациентов. У больных РА встречаются поражения всех отделов респираторного тракта – проксимальных и дистальных бронхов, интерстиция и паренхимы легких, а также плевры. Особенностью течения бронхолегочных поражений у больных РА является их многоуровневый характер, позволяющий предполагать анатомическую непрерывность воспалительно-склеротического поражения нижних дыхательных путей. У многих больных РА поражения легких и нижних дыхательных путей, имеющие существенное прогностическое значение, протекают субклинически, что требует активных мероприятий по их выявлению. Наибольшее значение для выявления и уточнения характера поражений органов дыхания у больных РА имеет сочетанное применение МСКТ легких и функциональных исследований.

Общепринятые подходы к лечению бронхолегочных поражений у больных РА до настоящего времени не сформированы. При неинфекционных поражениях дистальных бронхов традиционно прибегают к иммуносупрессивной и симптоматической терапии. У наблюдавшихся нами пациентов, при потребности в лечении, применялись ингаляционные бронхолитики (бета2-агонисты и М-холинolitики) на фоне базисной терапии. При бронхиолите тяжелого прогрессирующего течения РА положительный эффект (стабилизация показателей ФВД, значительное уменьшение выраженности кашля и одышки) получен нами на фоне комбинированной иммуносупрессивной терапии по схеме: азатиоприн 100мг/сут + преднизолон 10мг/сут, а также ингаляционного применения бронхолитиков.

Лечение клинически значимых форм РА при интерстициальном пневмоните рекомендуется начинать с приема кортикостероидов внутрь (преднизолон 0,5мг/кг/сут в течение 1–3 месяцев). При улучшении, подтверждаемом положительной динамикой функциональных и рентгенологических показателей, доза преднизолона может быть снижена до 10мг/сут или 20мг/сут через день. При отсутствии положительной динамики в состоянии больного на фоне умеренных доз пероральных стероидов, целесообразно оценить эффективность их комбинации с иммунодепрессантами. В подобных случаях при лечении идиопатического легочного фиброза используется сочетание преднизолона (0,5мг/кг/сут со снижением за 3 месяца до 0,125мг/кг/сут) и азатиоприна (2–3мг/кг/сут, максимальная доза 150мг/сут). Назначение высоких доз стероидов в виде монотерапии не рекомендуется, особенно у больных с выраженным фиброзом (гистологически верифицированная обычная интерстициальная пневмония или явная «сотовая» трансформация легочной ткани по данным МСКТ). Важную роль в ведении больных РА с интерстициальным поражением легких должны играть оптимальная поддерживающая терапия, включающая долгосрочную кислородотерапию, и легочная реабилитация. У пациентов с неуклонно прогрессирующим течением РА при интерстициальном пневмоните единственной возможностью продления жизни и повышения ее качества может оказаться трансплантация легких.

Выводы:

1. Для пациентов с бронхолегочным поражением характерны нарушения функции внешнего дыхания преимущественно по смешанному типу. Учитывая характер изменений ФВД (преобладающее снижение МОС 25-50-75 при расчете индекса Тиффно), можно предположить, что при брон-

холегочных поражениях в первую очередь вовлекаются в процесс мелкие бронхи.

2. Выраженные изменения функции внешнего дыхания более характерны для фиброзной стадии заболевания.

3. Преобладающие незначительные изменения ФВД имеют тенденцию к нормализации по мере излечения пневмонита.

4. Проведение мультиспиральной компьютерной томографии легких у больных ревматоидным артритом позволяет проводить своевременную диагностику и своевременно вносить коррективы в лечение, что улучшает прогноз заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л. Ревматология. Национальное руководство. М.: Гэотар-Медиа; 2008.
2. Насонов Е.Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита в эру генно-инженерных биологических препаратов // Тер. арх. – 2007. – №5.
3. Убайдуллаев А.М. Место пикфлоуметрии в комплексе функциональных исследований в пульмонологии: Метод. реком. для врачей. – 2013. – С.2-8.
4. Ярменко О.К. Ревматоидный артрит: современное состояние проблемы. Здоровье. Украинская медицинская газета. 2006; 22: 1-3.
5. Furst D.E., Keystone E.C., Kirkham B., Kavanaugh A. [et al.] Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases, 2008. Ann Rheum Dis. 2012;67 (Suppl 3):2–25.
6. Greenwald M., Peloso P., Hasler F. [et al.] Etoricoxib improves pain and function in rheumatoid arthritis patients on background biologic therapy. A&R, 2015, 60 (10), suppl., 606.
7. Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М., Тульных М.Ю. [и др.] Результаты одномоментного эпидемиологическо-

го исследования по определению потребности в генно-инженерных биологических препаратах для терапии больных ревматоидным артритом в реальной клинической практике. Науч-практич ревматология 2010;4:4–13.

8. Rizamukhamedova M.Z., Mukhammadiyeva S.M., Abduazizova N.X. Features of course and condition of cardio respiratory systems in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus // European journal of natural history 2010. №8. С.56-58.
9. Greenwald M., Peloso P., Hasler F. [et al.] Etoricoxib improves pain and function in rheumatoid arthritis patients on background biologic therapy. A&R, 2011, 60 (10), suppl., 606.
10. Krishan E., Lingela B., Bruce B., Fries J. Disability in rheumatoid arthritis in the era of biological treatments. Ann Rheum Dis 2012;71:213–8.

EXTERNAL RESPIRATION FUNCTION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Abduazizova N.H.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Among the extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis, pulmonary involvement has an important function. The study of clinical and functional pulmonary disorders, performing multislice computed tomography and monitoring study of bronchial patency in patients with pulmonary rheumatoid arthritis allow timely adjustments in treatment.

Keywords: rheumatoid arthritis, diagnosis, multislice computed tomography, spirometry.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С ОЖИРЕНИЕМ

А.Х.Абдуллаев, Д.К.Маманазарова, С.Дж.Искандерова, М.Б.Максудова

Городская клиническая больница №7, г.Ташкент, Республика Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Республика Узбекистан

В статье представлены результаты обследования 72 пациентов с остеоартрозом в зависимости от индекса массы тела. У больных остеоартрозом с ожирением (ИМТ>30) выявлено более тяжелое течение остеоартроза с повышенными значениями ВАШ, индексов Lequesne и WOMAC, что сопровождалось большим содержанием в крови СРБ и ИЛ-6.

Ключевые слова: остеоартроз, ожирение, интерлейкин-6, С-реактивный белок.