

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Правительство Санкт-Петербурга  
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга  
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова  
Ассоциация ревматологов России  
Российское научное медицинское общество терапевтов  
Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой  
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет  
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова  
Клиническая ревматологическая больница №25  
Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга»  
Санкт-Петербургский Альянс ревматологов и пациентов  
Санкт-Петербургская общественная организация «Человек и его здоровье»

*при участии:*

Национального медицинского исследовательского центра имени В.А. Алмазова  
Ленинградской областной клинической больницы



ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

# ДНИ РЕВМАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ – 2022

под редакцией академика РАН Мазурова В.И.,  
профессора Трофимова Е.А.

---

## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

---

20-21 октября 2022  
Санкт-Петербург

Научное издание

Всероссийский конгресс с международным участием  
**ДНИ РЕВМАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ – 2022**

Сборник тезисов: / Под редакцией: академика РАН Мазурова В.И.,  
профессора Трофимова Е.А.  
СПб.: 2022. – 200 с.

*Рецензент:* Тыренко В.В.

д.м.н., профессор, начальник кафедры и клиники факультетской терапии  
им. С.П. Боткина Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова,  
главный кардиолог Министерства обороны Российской Федерации

*Подготовлено на основе материалов, присланных авторами.*

*Редакция не несет ответственности за содержание опубликованной информации.*

**ISBN 978-5-6046956-3-0**



**Результаты и обсуждение.** 36 больным с активным АС (BASDAI>4) проводилось регулярное длительное (от 1 года до 5 лет) лечение АДА в дозе 40 мг 1 раз в 2 нед подкожно. На фоне терапии перед очередной инъекцией АДА производили забор крови для количественного определения антител к препарату и его концентрации. В зависимости от эффективности были сформированы две группы: в 1-ю вошли 17 (50%) больных, у которых наблюдалась потеря эффекта АДА (обострение через 4 нед после инъекции), во 2-ю – 17 больных без потери эффекта АДА.

Антитела к АДА были выявлены у 18 (~53%) больных, при этом у больных с потерей эффекта они встречались чаще, чем у остальных (64 и 36% соответственно;  $p<0,05$ ). У больных с потерей эффекта АДА уровень антител к АДА был достоверно выше, чем при сохранении эффекта (18,33 и 4,67 ЕД/мл соответственно;  $p<0,05$ ). При этом концентрация АДА в сыворотке крови в этих группах значимо не различалась (соответственно 1,6 и 2,96 мкг/мл). Выявлена обратная корреляционная связь между концентрацией АДА и наличием антител к нему ( $r=-0,7$ ;  $p<0,05$ ). Содержание аутоантител не коррелировало с уровнем антител к АДА.

**Заключение.** Развитие вторичной неэффективности АДА может быть связано не только с появлением нейтрализующих его антител и снижением концентрации препарата в сыворотке крови, но и с другими, пока неизвестными, причинами. Требуется дальнейшее изучение причин вторичной неэффективности АДА и методов ее преодоления.

## **ИЗУЧЕНИЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ**

**Мухаммадиева Севара Муродуллаевна, Кенгесбаева Малика Сабитовна**

Ташкентская медицинская академия,

Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить встречаемость остеопороза у больных аксиальным спондилоартритом (АС).

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в ревматологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование были включены 46 пациентов АС, соответствовавших Нью-Йоркским модифицированным критериям 1984 г. Было обследовано 39 мужчин и 7 женщин, медиана возраста пациентов составила 35 (от 23 до 66 лет) года. Длительность заболевания на момент исследования была равна 10,5 (от 1 до 36 лет) года. У всех больных оценивали общепринятые клинические и лабораторные исследования и проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ) поясничного отдела позвоночника и тазобедренные суставы (ТБС), крестцово-подвздошные суставы, рентген остеоденситометрия поясничного отдела (ПО) позвоночника (L1-IV) и шейки бедренной кости (ШБК). Согласно рекомендациям Международного общества по клинической денситометрии.



тометрии от 2007 г. для оценки минеральной плотности кости (МПК) использовался Z критерий. Сниженной МПК соответствует значение Z критерия  $\leq -2$  SD хотя бы в одном из исследуемых отделов. Пациентам, включенным в клиническое исследование, дополнялось оценкой боли при активных и пассивных движениях в суставах и позвоночнике по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), определением индекса BASDAI, ASDAS-СРБ, уровнем С-реактивного белка (СРБ). Полученные данные были внесены в компьютерную программу Statistica 6.0 (StatSoftInc., США) для последующей статистической обработки.

**Результаты.** По результатам денситометрии у 48% пациентов с АС медиана Z-критерия составила: -0,6 (-1,2; -0,4) SD для ШБК и -0,9 (-1,6; -0,6) SD для ПО позвоночника. Сниженная МПК хотя бы в одном исследуемом отделе была выявлена у 18,5% больных. У 14,0% пациента имела сниженная костная масса в ПО, у 5,3% – в ШБК. У 2 больных диагностирована сниженная МПК в двух исследуемых отделах. При МРТ воспалительные изменения как минимум в одном из исследуемых отделов аксиального скелета (в КПС, ПО позвоночника или ТБС) были обнаружены у 74% пациентов. У 17,9% из них выявлена остеопения в ПО позвоночника и/или ШБК, а у 82,1% сохранились нормальные показатели МПК. При отсутствии воспалительных изменений по данным МРТ, остеопения обнаружена у 18,2% больных, а у 81,8% МПК была в норме ( $p=0,96$ ). Остеопенический синдром чаще выявлялся у пациентов, имеющих высокую активность, длительность заболевания более 5 лет, получающих глюкокортикостероиды и имеющих низкий показатель индекса массы тела. Клинически остеопороз при АС проявлялся болями в костях и позвоночнике, снижением мышечной силы, переломами трубчатых костей и позвоночника.

**Заключение.** Таким образом, сниженная МПК при АС несколько чаще наблюдается у больных с активными очагами воспаления в костной ткани, выявляемыми при МРТ. Дальнейшее наблюдение за данной когортой пациентов позволит оценить динамику показателей МПК, в том числе на фоне проводимой противовоспалительной терапии.

## **МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА**

**Никитина Вероника Владленовна<sup>1</sup>, Гусева Виталина Романовна<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова,

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский медико-социальный институт,  
Санкт-Петербург

Актуальность настоящего исследования обусловлена тем, что не доказано значение возрастных изменений, тяжести течения сердечно-сосудистых заболеваний и



## Л

Лавренова М.А.	81
Лагутчев В.В.	113
Лапшина С.А.	87, 97, 98
Летягина Е.А.	109
Лила А.М.	76, 78, 119, 160
Лукина Г.В.	29, 31, 66, 79, 88
Лучихина Е.Л.	29, 31
Лыткина К.А.	66, 88, 141, 143

## О

Овсянникова О.Б.	35, 37, 38, 105, 106, 108, 151, 163, 165
Один В.И.	49
Омельченко В.О.	109, 111

## П

## М

Мадянов И.В.	25
Мазуров В.И.	158
Макарова О.В.	90
Матчанов С.Х.	6, 91
Мельников Е.С.	92
Меньшикова И.В.	94
Мехтиев П.С.	46, 48
Москвина А.М.	138
Муравьева Н.В.	23, 85
Муравьев Ю.В.	45
Мурзич А.Э.	95
Мухамадиева В.Н.	97, 98
Мухаметшина Э.И.	100, 145
Мухаммадиева С.М.	101, 102

Павлий П.Н.	112
Пак Ю.В.	94
Пальгуева А.Ю.	113
Петрова М.С.	158
Пивоварова Л.П.	169
Повзун А.С.	115, 117, 118
Повзун К.А.	115, 117, 118
Покрышка И.И.	28
Попкова Т.В.	40
Постникова П.О.	119
Пулатова Ш.Б.	120, 122

## Р

## Н

Набиева Д.А.	101, 120, 125
Набиуллина А.Р.	168
Насонов Е.Л.	11, 29, 31, 54
Некрасова Е.Н.	63
Никитина В.В.	103
Нишанова Н.И.	3, 4
Новиков А.А.	31, 79
Носович Д.В.	134

Раимкулова Н.Р.	3
Рачина С.А.	139, 141, 142, 143
Решетняк Т.М.	160
Розочкина Е.А.	79
Романова М.А.	139, 141, 142, 143
Рыбаков А.В.	123, 174

## С

Савенкова Н.А.	79
Сагатова Д.Р.	124, 125, 137
Самаркина Е.Ю.	45



ИЗУЧЕНИЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ АКСИАЛЬНЫМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ Мухаммадиева Севара Муродуллаевна, Кенгесбаева Малика Сабитовна.....	102
МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА Никитина Вероника Владленовна, Гусева Виталина Романовна.....	103
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Овсянникова Ольга Борисовна, Гарзанова Людмила Александровна, Коневая Ольга Александровна, Ананьева Лидия Петровна, Глухова Светлана Ивановна, Десинова Оксана Викторовна, Старовойтова Майя Николаевна, Колтакова Анастасия Дмитриевна, Хелковская-Сергеева Анна Никитична, Шаяхметова Рушана Ульфатовна.....	105
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ АУТОИММУННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Овсянникова Ольга Борисовна, Гарзанова Людмила Александровна, Коневая Ольга Александровна, Десинова Оксана Викторовна, Шаяхметова Рушана Ульфатовна, Хелковская-Сергеева Анна Никитична, Колтакова Анастасия Дмитриевна, Старовойтова Майя Николаевна, Ананьева Лидия Петровна.....	106
ОЦЕНКА НОВОГО ИНДЕКСА ПОВРЕЖДЕНИЯ (SCTS-DI) У ПАЦИЕНТОВ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Овсянникова Ольга Борисовна, Коневая Ольга Александровна, Гарзанова Людмила Александровна, Десинова Оксана Викторовна, Колтакова Анастасия Дмитриевна, Хелковская-Сергеева Анна Никитична, Шаяхметова Рушана Ульфатовна, Старовойтова Майя Николаевна, Ананьева Лидия Петровна.....	108
САРКОПЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Омельченко Виталий Олегович, Летягина Елена Алексеевна, Шайдурова Маргарита Андреевна, Акимова Анна Александровна, Курочкина Юлия Дмитриевна, Королев Максим Александрович.....	109