

влечет за собой улучшение клинических проявлений ОА, но и способствует уменьшению синтеза воспалительного медиатора лептина, ИЛ-6, что, возможно, приводит к снижению метавоспаления при ОА и ожирении.

ТАРГЕТНОЕ СЕКВЕНИРОВАНИЕ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Суспицын Е.Н.^{1,2}, Соколенко А.П.^{1,2}, Костик М.М.¹,
Казанцева А.Ю.¹, Дубко М.Ф.¹, Имянитов Е.Н.^{1,2,3}

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет»

Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБУ
«Научно-исследовательский институт онкологии
им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-

Петербург, Россия;

³ФГБОУ ВО «Северо-Западный
государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-

Петербург, Россия

Введение/цель

Системные аутовоспалительные заболевания (САВЗ) характеризуются существенной генетической гетерогенностью. Диагностику затруднена сходством симптоматики у пациентов с разными нозологическими формами, а также необходимостью тестирования нескольких генов.

Материал и методы

В исследование вошли 18 пациентов с неклассическим течением САВЗ, которым ранее было проведено исследование полной кодирующей последовательности генов MVK, NLRP3, TNFRSF1A и экзона 10 гена MEFV, и мутации не были обнаружены. С целью дальнейшего улучшения эффективности ДНК-диагностики проводилось таргетное секвенирование нового поколения с обогащением по 302 генам, ассоциированным с развитием первичных иммунодефицитов и аутовоспалительных синдромов.

Результаты/обсуждение

Высокопенетрантные мутации в генах САВЗ были выявлены в 3 случаях. Еще у 10 пациентов обнаружены редкие варианты с неясной функциональной значимостью или известные мутации с низкой пенетрантностью в генах MEFV, NLRP12, NOD2, LPIN2.

У пациентов с низкопенетрантными мутациями заболевание, как правило, протекало относительно благоприятно, и они не нуждались в генно-инженерной биологической терапии. Напротив, для больных с высокопенетрантными мутациями были характерны более тяжелое течение заболевания и потребность в терапии ингибиторами ИЛ-1.

Выводы/заключение

Таргетное секвенирование повышает эффективность ДНК-диагностики САВЗ. В ряде случаев наличие низкопенетрантных мутаций или их сочетаний позволяет объяснить симптоматику пациентов с неклассической картиной САВЗ. Работа поддержана за счет гранта РФФ 15-15-00079.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ПРОСПИДИНОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Сухих Е.Н., Симонова О.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский
университет» Минздрава России, Киров, Россия

Введение/цель

Функциональный статус (ФС) больных анкилозирующим спондилоартритом (АС) – важнейший показатель,

зависящий от клинических особенностей заболевания и от эффективности проводимой терапии. Цель – провести сравнительный анализ влияния различных видов базисной терапии (БТ) на показатели ФС больных АС.

Материал и методы

Исследование проведено у 63 больных (11 женщин и 42 мужчины) с достоверным диагнозом АС. Средний возраст пациентов $34,8 \pm 7,2$ года. Центральная форма АС выявлена у 26, периферическая – у 37 больных. Активность у 5 больных соответствовала I степени, у 37 – II, у 21 – III. По стадии сакроилеита АС больные распределились следующим образом: I – 4, II – 32, III – 24, IV – 3 пациента. 33 больных (I группа) получали проспидин (Пр) в стационаре в дозе 200–300 мг/нед в/в №4, поддерживающую терапию проводили амбулаторно Пр в дозе 100–200 мг/нед в/м. 30 больных (II группа) получали метотрексат (МТ) в дозе 10 мг/нед в/м. Срок наблюдения составил 1, 3, 6, 12 мес. Для оценки влияния препаратов БТ на показатели ФС у больных АС использовали: общий опросник состояния здоровья HAQ, опросник для спондилоартритов HAQ-S, индекс BASFI.

Результаты/обсуждение

На фоне терапии Пр положительная динамика показателей ФС наблюдалась уже на стационарном этапе лечения (3–4-я неделя): HAQ ($1,7 \pm 0,8 - 0,6 \pm 0,5$, $p < 0,05$), HAQ-S ($1,53 \pm 0,75 - 1,0 \pm 0,5$, $p < 0,05$), BASFI ($3,9 \pm 1,6 - 3,0 \pm 1,1$, $p < 0,05$). Положительный эффект терапии нарастал к 3–6-му месяцу и сохранялся при дальнейшем наблюдении (12 мес). В II группе больных, получавших МТ, улучшение показателей происходило заметно медленней (к 2–3-му месяцу терапии) и было менее выражено по сравнению с I группой. Достоверные положительные результаты HAQ и HAQ-S получены к 3-му месяцу терапии МТ ($1,4 \pm 0,7 - 0,8 \pm 0,4$ и $1,84 \pm 0,4 - 1,3 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$), BASFI – к 6-му месяцу ($3,75 \pm 1,7 - 2,9 \pm 0,8$, $p < 0,05$).

Выводы/заключение

Терапия Пр по сравнению с терапией МТ у больных АС оказывает более раннее и выраженное положительное влияние на показатели ФС.

ВЛИЯНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН

Сырбу О.

Государственный университет медицины
и фармацевтики им. Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова

Введение/цель

Анкилозирующий спондилит (АС) – хронический воспалительный процесс, который часто ведет к преждевременной потере трудоспособности. Цель исследования – установление влияния АС на трудоспособность и качество жизни пациенток.

Материал и методы

Было обследовано 60 женщин с достоверным диагнозом АС, в возрасте 18–60 лет, за период 2008–2011 гг. Были изучены демографические характеристики, клинические формы болезни, радиологические характеристики, трудоспособность, род занятий пациенток. Влияние АС на качество жизни было определено на основании опросника Short Form 36 (SF-36). Помимо восьми разделов SF-36, были подсчитаны «Общий счет физических компонентов» (Physical Component Summary, PCS) и «Общий счет психических компонентов» (Mental Component Summary, MCS). Результаты сравнили с контрольной группой женщин,

одинаковой по возрасту. Все пациентки заполнили опросники Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) и Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), которые оценивают функциональную активность заболевания.

Результаты/обсуждение

У женщин с АС средние величины оценок всех восьми разделов SF-36 были снижены, что указывает на снижение качества жизни. В значительной мере была снижена оценка психического и социального статуса. Всего 30% пациенток работали, остальные 70% были на пенсии или не работали после 14 лет длительности заболевания. Средние величины BASDAI и BASFI были значительно выше в группе с длительностью заболевания более 10 лет, по сравнению с группой с течением заболевания менее 10 лет. Было выявлено значительное снижение пенсионного возраста у пациенток с преимущественно физическим типом работы, поражением шейного отдела позвоночника, присутствием коксита, снижением подвижности (BASMI). Корреляционный анализ выявил связь между потерей трудоспособности и возрастом, физической нагрузкой, вовлечением шейного отдела позвоночника, кокситом и поражением глаз.

Выводы/заключение

Большинство пациентов с АС теряют трудоспособность при длительности заболевания более 10 лет. При оценке опросником SF-36 качество жизни значительно снижено во всех обследуемых разделах, но преимущественно психосоциальных. Возраст, род занятий и степень подвижности являются решающими факторами в потере трудоспособности у пациенток с СА.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ ТОЛЬКО АНТИТЕЛ К β_2 -ГЛИКОПРОТЕИНУ I

Талако Т.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Введение/цель

Антифосфолипидный синдром (АФС) – это аутоиммунное заболевание, характеризующееся рецидивирующими венозными и/или артериальными тромбозами, акушерской патологией и наличием в крови антифосфолипидных антител (аФЛ). Среди пациентов с АФС лица, позитивные по одному виду аФЛ, имеют значительно более низкий риск рецидивирования тромбозов или потерь беременности по сравнению с множественной позитивностью, в особенности при выявлении всех трех видов аФЛ. Цель – изучить клинические проявления АФС в зависимости от вида выявляемых в крови аФЛ.

Материал и методы

В исследование включено 78 пациентов с верифицированным АФС (Сидней, 2006). Всем пациентам проводилось обследование на наличие аФЛ и оценка проявлений АФС на момент осмотра. Антитела к кардиолипину (анти-КЛ) IgG и IgM, к β_2 -гликопротеину I (анти- β_2 -ГП I) IgG и IgM определяли методом иммуноферментного анализа; волчаночный антикоагулянт (ВА) – в коагуляционных тестах. Среди пациентов с АФС были отобраны моно-позитивные лица – наличие только анти- β_2 -ГП I (n=16) и три-позитивные лица – наличие анти-КЛ, анти- β_2 -ГП I и ВА (n=16) и проведен сравнительный их анализ.

Результаты/обсуждение

Проявления АФС на момент осмотра (суммарно), а также поражения кожи (в отдельности) значительно реже встречались у моно-позитивных пациентов (F=0,40, p=0,001 и F=0,15, p=0,033 соответственно). По остальным исследуемым параметрам (различные поражения кожи, неврологические проявления, за исключением случаев остро нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, снижение количества тромбоцитов) отличий выявлено не было. Вероятность возникновения различных видов поражения кожи оказалась в 5,5 раза выше у три-позитивных пациентов с АФС: ОШ=5,57 (1,13–27,52).

Выводы/заключение

У пациентов с АФС моно-позитивность по анти- β_2 -ГП I характеризуется низким тромбогенным риском и, как следствие, низкой вероятностью возникновения клинических и лабораторных проявлений заболевания.

СОДЕРЖАНИЕ Т-РЕГУЛЯТОРНЫХ КЛЕТОК У ПАЦИЕНТОВ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Талако Т.М., Сорока Н.Ф.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Введение/цель

В последнее время особое внимание уделяется Т-регуляторным клеткам (Т-рег), которые контролируют иммунный гомеостаз посредством супрессии пролиферации и продукции цитокинов иными Т-клетками, подавляя аутоиммунный ответ. Изменение количества и функциональной активности Т-рег описано при некоторых аутоиммунных заболеваниях. Цель – изучить содержание Т-рег и их взаимосвязь с антифосфолипидными антителами у пациентов с антифосфолипидным синдромом (АФС).

Материал и методы

В исследование включено 23 пациентки с АФС в возрасте от 24 до 38 лет. Группу контроля составили 12 практически здоровых женщин в возрасте от 25 до 42 лет. Определение содержания Т-рег (CD4+CD25+CD127-), CD3+CD4+ клеток и CD3+CD8+ клеток в периферической крови проводилось методом проточной цитофлуориметрии. Антитела к кардиолипину (анти-КЛ) класса G и M, к β_2 -гликопротеину I (анти- β_2 -ГП I) класса G и M определяли методом иммуноферментного анализа; волчаночный антикоагулянт (ВА) – в коагуляционных тестах.

Результаты/обсуждение

Среднее содержание Т-рег (от общего количества лимфоцитов) у пациентов с АФС (Me; 25–75%) составило 0,0065 (0,0042–0,0088)×10⁹/л и было значимо ниже по сравнению с контрольной группой: 0,0138 (0,011–0,0152)×10⁹/л (p=0,031). По количеству CD3+CD4+ клеток обе группы были сопоставимы: пациенты с АФС – 0,6753 (0,4413–0,8185)×10⁹/л, контрольная группа – 0,7992 (0,6124–0,8784)×10⁹/л. Содержание CD3+CD8+ клеток также значимо не отличалось между группой АФС и контролем: 0,6753 (0,4413–0,8185)×10⁹/л и 0,4276 (0,3240–0,5451)×10⁹/л соответственно. Наиболее низкое содержание Т-рег (0,001–0,003×10⁹/л) обнаружено у 6 пациентов с АФС с уровнем ВА ≥1,6 ед. Пациенты группы исследования с уровнем Т-рег менее 0,0057×10⁹/л (n=13) имели явления васкулопатии и умеренную тромбоцитопению среди клинических проявлений АФС. Пациенты с более высоким уровнем Т-рег не имели признаков васкулопатии. Наблюда-