



Я кат

Мы будем путешествовать.

адалимумаб



Abbott
A Promise for Life



АЭРТАЛ®

ацеклофенак

Новое поколение золотого стандарта НПВП



ПЕРЕНОСИМОСТЬ

Аэртал® обладает прекрасной ЖКТ-переносимостью из-за незначительного угнетения простагландинов слизистой желудка.¹



ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Уникальный многофакторный механизм действия на целый ряд медиаторов воспаления.²
Оказывает хондропротективное действие.³



КОМФОРТНАЯ ТЕРАПИЯ

Позитивная оценка препарата Аэртал® пациентами — более 90%.
Общее количество пациентов, прошедших лечение, составило 96,6 миллионов за 15 лет.⁴

1. Llorente MJ, et al. A comparative incidence of upper gastrointestinal bleeding associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. Rev Esp Enferm Dig 2002; 94(1): 13-18. 2. Насонова В.А. Ацеклофенак - эффективность и безопасность. РМЖ, том 11, №5, 2003 г. 3. Blanco FJ et al. Effects of NSAIDs on synthesis of IL-1 Receptor antagonist (IL-1 Ra) by human articular chondrocytes. Osteoarthritis and Cartilage. 2000. 4. Lemme et al. Patient and Physician satisfaction with ACF Results of the European observational cohort study. Current Med. Res. And Op. Vol 18(3); 2002:146-153



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Геден Рихтер» (Венгрия): г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8
Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949, e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

СОВРЕМЕННАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ Издаётся с 2007 г.

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

акад. РАМН Е.Л. Насонов

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

В.Г. Барскова, *докт. мед. наук*

Ответственный секретарь

О.Н. Егорова, *канд. мед. наук*

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Б.С. Белов, *докт. мед. наук*

И.С. Дыдыкина, *канд. мед. наук*

Д.Е. Каратеев, *докт. мед. наук*

А.Е. Каратеев, *докт. мед. наук*

И.П. Никишина, *канд. мед. наук*

Н.А. Шостак, *докт. мед. наук*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Л.Э. Атаханова (*Узбекистан*)

А.В. Глазунов (*Москва*)

В.О. Горбачев (*Германия*)

Л.Г. Гроппа (*Молдова*)

А.И. Дубиков (*Владивосток*)

И.В. Егоров (*Москва*)

Н.В. Загородний (*Москва*)

И.А. Зборовская (*Волгоград*)

Т.К. Логинова (*Москва*)

Л.В. Лучихина (*Москва*)

К.А. Лыткина (*Москва*)

Н.А. Мухин (*Москва*)

С.Е. Мясоедова (*Иваново*)

О.А. Назарова (*Иваново*)

Б.Ф. Немцов (*Киров*)

Ш.Ф. Одинаев (*Таджикистан*)

Л.А. Стаднюк (*Москва*)

С.Ш. Сулейманов (*Хабаровск*)

Т.Д. Тябут (*Беларусь*)

Н.А. Хитров (*Москва*)

П.А. Чижов (*Ярославль*)

SCIENTIFIC SUPERVISOR

acad. RAMS E.L. Nasonov

EDITOR-IN-CHIEF

V.G. Barskova, MD

Executive Secretary

O.N. Egorova, PhD

EDITORIAL BOARD

B.S. Belov, MD

I.S. Dydykina, PhD

D.E. Karateyev, MD

A.E. Karateyev, MD

I.P. Nikishina, PhD

N.A. Shostak, MD

EDITORIAL BOARD

L.E. Atakhanova (*Uzbekistan*)

A.V. Glazunov (*Moscow*)

V.O. Gorbachev (*Germany*)

L.G. Groppa (*Moldova*)

A.I. Dubikov (*Vladivostok*)

I.V. Yegorov (*Moscow*)

N.V. Zagorodniy (*Moscow*)

I.A. Zborovskaya (*Volgograd*)

T.K. Loginova (*Moscow*)

L.V. Luchikhina (*Moscow*)

K.A. Lytkina (*Moscow*)

N.A. Mukhin (*Moscow*)

S.Ye. Myasoyedova (*Ivanovo*)

O.A. Nazarova (*Ivanovo*)

B.F. Nemtsov (*Kirov*)

Sh.F. Odinaev (*Tadzhikistan*)

L.A. Stadnyuk (*Moscow*)

S.Sh. Suleimanov (*Khabarovsk*)

T.D. Tyabut (*Belarus*)

N.A. Khitrov (*Moscow*)

P.A. Chizhov (*Yaroslavl*)

Предпечатная подготовка ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции:

123104, Москва, а/я 68, ООО «ИМА-ПРЕСС»

Телефон: (495) 941-99-61

e-mail: info@ima-press.net;

podpiska@ima-press.net

При перепечатке материалов ссылка на журнал обязательна.

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов. Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

ПИ № ФС 77-28 869 от 25 июля 2007 г.

Подписной индекс в каталоге «Пресса России»: 42195

Электронная версия журнала — на сайте издательства ООО «ИМА-ПРЕСС»: <http://www.ima-press.net>

в Научной электронной библиотеке: <http://www.elibrary.ru>

на сайте НИИР РАМН: <http://rheumatology.beweb.ru/doctor/zhurnaly/sr/>

2'11

Современная
ревматология,
2011, №2, 1–88

Отпечатано
в типографии
«Деком»

Тираж 3000 экз.

С О Д Е Р Ж А Н И Е

СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

В.Г. Барскова

Рекомендации Европейской антиревматической лиги по терминологии и диагностике болезни депонирования кристаллов пирофосфата кальция: комментарии эксперта	6
---	---

ОБЗОР

А.Е. Каратеев

Целекоксиб, эторикоксиб, мелоксикам и нимесулид: сравнение достоинств и недостатков	9
---	---

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

И.И. Польская, И.М. Марусенко

Изучение взаимосвязи подагры и метаболического синдрома	20
---	----

Т.А. Шелепина, Е.С. Федоров

Качество жизни больных ювенильным артритом (по данным анкеты SF-36)	26
---	----

М.С. Елисеев, С.А. Владимиров

Применение мелоксикама (амелотекс®) у больных гонартрозом	31
---	----

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Е.В. Ильиных, С.А. Владимиров,

Ф.М. Кудалева, М.А. Осипянц, Л.А. Божьева

Маска пирофосфатной артропатии: разоблачение	35
--	----

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

А.А. Годзенко

Перспективы лечения увеита при ревматических заболеваниях	37
---	----

Н.В. Чичасова, Е.Л. Насонов

Комбинированная терапия лефлуномидом и генно-инженерными биологическими препаратами	43
---	----

Т.А. Раскина, М.В. Королева

Неспецифическая боль в пояснично-крестцовой области: клинические особенности и подходы к медикаментозной терапии (по материалам европейских рекомендаций по лечению неспецифической боли в пояснично-крестцовой области)	49
--	----

Ю.Л. Корсакова

Применение ацеклофенака (аэртала) при боли в спине	55
--	----

Ф.М. Кудалева, В.Г. Барскова

Эторикоксиб (аркоксиа) в ревматологии	61
---	----

А.Л. Верткин, А.В. Наумов,

С.Р. Шакирова, Д.М. Заиченко

Остеопороз в практике врача	64
-----------------------------------	----

Н.В. Торопцова

Золедроновая кислота в лечении остеопороза: показания для назначения	71
--	----

ФАРМАКОЭКОНОМИКА

В.А. Парфенов, О.Н. Герасимова

Вопросы безопасности и фармакоэкономики при лечении хронической боли в спине и конечностях	77
--	----

В.Г. Барскова

Письмо редактора	82
------------------------	----

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Крупнейшее исследование с анализом костных биопсий при остеопорозе демонстрирует превосходное действие бивалоса® (стронция ранелата) на процессы формирования костной ткани по сравнению с бисфосфонатами	85
---	----

C O N T E N T S

CURRENT RECOMMENDATIONS: DIAGNOSIS, TREATMENT

V.G. Barskova

European League Against Rheumatism recommendations for terminology and diagnosis of calcium pyrophosphate crystal deposition disease: Expert comment	6
--	---

REVIEW

A.E. Karateyev

Celecoxib, etoricoxib, meloxicam, and nimesulide: comparison of their merits and demerits	9
---	---

ORIGINAL INVESTIGATIONS

I.I. Polskaya, I.M. Marusenko

Study of an association of gout and metabolic syndrome	20
--	----

T.A. Shelepina, E.S. Fedorov

Quality of life in patients with juvenile arthritis (according to the data of the SF-36 questionnaire)	26
--	----

M.S. Eliseyev, S.A. Vladimirov

Use of meloxicam (amelotex®) in patients with gonarthrosis	31
--	----

CLINICAL NOTE

E.V. Ilyinykh, S.A. Vladimirov,

F.M. Kudayeva, M.A. Osipyants, L.A. Bozhyeva

A mask of pyrophosphate arthropathy: disclosure	35
---	----

PHARMACOTHERAPY

A.A. Godzenko

Perspectives for uveitis treatment in rheumatic diseases	37
--	----

N.V. Chichasova, E.L. Nasonov

Combination therapy with leflunomide and genetic engineering biological agents	43
--	----

T.A. Raskina, M.V. Koroleva

Nonspecific pain in the lumbosacral area: clinical features of and approaches to drug therapy (according to the materials of the European guidelines for the management of nonspecific lumbosacral pain)	49
--	----

Yu.L. Korsakova

Use of aceclofenac (aertal) in back pain	55
--	----

F.M. Kudayeva, V.G. Barskova

Etoricoxib (arcoxia) in rheumatology	61
--	----

A.L. Vertkin, A.V. Naumov,

S.R. Shakirova, D.M. Zaichenko

Osteoporosis in a physician's practice	64
--	----

N.V. Toroptsova

Zoledronic acid in the treatment of osteoporosis: indications for use	71
---	----

PHARMACOECONOMICS

V.A. Parfenov, O.N. Gerasimova

The issues of safety and pharmacoeconomics in the management of chronic pain in the back and limbs	77
--	----

V.G. Barskova

Editor's letter	82
-----------------------	----

PRESS RELEASE

The largest bone biopsy study in osteoporosis demonstrates the excellent effect of bivalos® (strontium ranelate) versus biphosphonates on bone formation the processes	85
--	----

Рекомендации Европейской антиревматической лиги по терминологии и диагностике болезни депонирования кристаллов пирофосфата кальция: комментарии эксперта

В.Г. Барскова

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН, Москва

Депонирование кристаллов пирофосфата кальция (ПФК) встречается исключительно в суставных тканях (в фиброзном и гиалиновом хряще) и является наиболее частой, хотя и не уникальной, причиной кальцификации хряща или хондрокальциноза.

При описании данной болезни возникают терминологические сложности, связанные с использованием различных названий и классификаций. В 1961 г. D.J. McCarty с коллегами впервые идентифицировали кристаллы ПФК в коленных суставах у пациентов с острым синовитом и хондрокальцинозом. Основываясь на химической структуре кристаллов, они ввели определение «кристаллы пирофосфата кальция дигидрата», а симптомокомплекс, по аналогии с подагрой, назвали «псевдоподагрой». Вскоре была установлена принадлежность к этой болезни ряда других синдромов, которые мимикрировали с другими формами артритов. Именно так возникли большое множество так называемых псевдосиндромов и совокупная классификация: «псевдоподагра», «псевдоревматоидный артрит», «псевдоостеоартрит», «псевдонейропатическая» и «лантаническая» (или бессимптомная) формы. В Европе прижился термин «пирофосфатная артропатия» (ПФА). Ряд клиницистов используют термин «хондрокальциноз» или «псевдоподагра» для любого фенотипа болезни, другие применяют термин «хондрокальциноз» для описания рентгенологического феномена. Необходимость пересмотра классификации возникла из-за существования большого количества синдромов, а также двусмысленности «псевдосиндромов» при описании болезни с понятной этиологической причиной. Более того, было показано, что в некоторых популяциях ПФА является третьим по частоте воспалительным ревматическим заболеванием. Частота хондрокальциноза и ПФА среди взрослых 40—79 лет составляет 2,4—4,5%. В связи с этим группа экспертов по микрокристаллическим артритам из 15 стран разработала единую терминологию болезни, а также рекомендации по ее диагностике и лечению. Была использована стандартная для EULAR Task Force комбинированная техника экспертного консенсуса и системного обзора.

Терминология

Кристаллы ПФК — упрощенный термин для кристаллов ПФК дигидрата (дигидрат — в данном случае опускается).

Депонирование ПФК — зонтичный термин при выявлении отложения кристаллов ПФК любой локализации.

Хондрокальциноз — кальцификация хряща, выявляемая любым методом инструментального исследования или гистологически.

Клинические проявления,

связанные с депонированием кристаллов ПФК

Бессимптомное депонирование кристаллов ПФК — обычно выявляется случайно при популяционных или клинических исследованиях либо при проведении инструментальных исследований по другому поводу.

Остеоартроз (ОА) с депонированием кристаллов ПФК — клиническая картина ОА с выявлением отложений кристаллов ПФК при инструментальном или гистологическом исследовании.

Острый артрит с кристаллами ПФК — острое начало, самолимитирующий характер синовита с кристаллами ПФК (эквивалент псевдоподагры).

Хронический артрит с кристаллами ПФК — хронический артрит, ассоциированный с депонированием кристаллов ПФК.

Диагностика

Клиническая картина

1. Депонирование кристаллов ПФК может быть представлено различными клиническими фенотипами, чаще всего ОА с кристаллами ПФК, острым артритом с кристаллами ПФК и хроническим артритом, хотя встречаются и бессимптомные формы (уровень доказательности Пб).

Данная рекомендация подчеркивает то, что болезнь может протекать разнообразно, чаще напоминая ОА. Связь этих двух болезней (ОА и депонирования кристаллов ПФК) безусловна. Однако в ряде работ показано, что ОА с депонированием кристаллов ПФК отличается от ОА без таковых более выраженным остеофитозом, различной топологией пораженных суставов и более выраженным воспалительным компонентом. Это полезно помнить клиницистам. Даже при типичной клинической картине гонартроза, но сопровождающейся вовлечением плечевых, локтевых или лучезапястных суставов, а также острым артритом I плюснефалангового сустава не стоит сразу ставить лежащий на поверхности диагноз. Необходимо с помощью доступных методов исключать микрокристаллические артриты. Достаточно часто (по нашим данным, не менее чем в половине случаев) встречается смешанный фенотип.

2. Быстрое развитие выраженной боли в суставах, отека и нарушения функции, достигающих максимума в течение 6—24 ч, особенно сопровождающихся эритемой, высоко подозрительно на острое кристаллическое воспаление, но не специфично для острого артрита с кристаллами ПФК (уровень доказательности IV).

Эта рекомендация является общей для микрокристаллических артритов. И при подагре, и при депонировании кристаллов ПФК может развиваться классический острый артрит, который спонтанно разрешается в течение 3—4 дней. В клинической практике может настораживать отсутствие быстрого эффекта при терапии нестероидными противовоспалительными препаратами или введении глюкокортикоидов при микрокристаллических артритах. Отсутствие эффекта в течение 2 нед может свидетельствовать либо о необоснованном подозрении на микрокристаллическую природу артрита, либо действительно о хроническом течении и тяжести болезни, особенно подагры.

3. Клинические проявления, заставляющие заподозрить микрокристаллическое воспаление, — это острое вовлечение коленных и лучезапястных суставов у пациента старше 65 лет. Хондрокальциноз, выявляемый рентгенологически, и старший возраст повышают эту вероятность, но диагноз должен быть подтвержден наличием кристаллов ПФК (уровень доказательности IIb).

В ряде исследований показано, что распространенность хондрокальциноза не так уж и мала. В США и Великобритании она составляет 7—8,1%. В популяционных исследованиях было показано, что хондрокальциноз чаще выявляется в коленных (8,5%), лучезапястных (5,1%) суставах и мелких суставах кистей (1,7%). Однако наш опыт не позволяет говорить об этом уверенно. По-видимому, такие данные были получены при рентгенологическом исследовании, которое менее чувствительно, чем УЗИ. В дальнейшем вполне может оказаться, что по частоте поражения кисти не уступают коленным суставам, а даже превосходят их. Это лишь вопрос выборки и метода диагностики. Так, у госпитальных больных вовлечение указанных суставов встречается чаще.

Возраст, безусловно, имеет большое значение как фактор риска. Считается, что у пациентов моложе 50 лет депонирование кристаллов ПФК встречается редко. Однако ревматологи из Саудовской Аравии отмечают, что в их стране эта болезнь часто наблюдается у молодых женщин. Что касается нашего опыта, то можно сказать, что именно в молодом возрасте болезнь может протекать не менее тяжело, чем ревматоидный артрит (РА).

4. При ОА с кристаллами ПФК наиболее часто поражаются коленные суставы, при этом течение заболевания хроническое или в виде острых атак кристалл-индуцированного воспаления. В отличие от ОА без кристаллов ПФК наблюдаются больше воспалительных признаков и атипичное поражение (лучезапястный или среднезапястный суставы, леноплевная связка, суставы средней части стопы), выраженный остеофитоз и кисты при рентгенографии (для ОА с кристаллами ПФК, хронических симптомов и/или острых атак — уровень доказательности IIb; для атипичных поражений — IIb).

Коленные суставы поражаются и при ОА, и при депонировании кристаллов ПФК. Считается, что болезнь депонирования кристаллов ПФК ассоциируется с более выраженными признаками воспаления (боль, скованность, выпот, дисфункция) и прогрессированием, чем неосложнен-

ный ОА. Но эти ассоциации могут быть несущественными и не помогают поставить диагноз. Однако вовлечение нетипичных для ОА суставов должно вызвать настороженность врача в плане данной патологии.

5. Хронический артрит с кристаллами ПФК обычно представлен олиго- или полиартритом с воспалительными симптомами и системным началом (подъем уровня СРБ и СОЭ), которые перемежаются вспышками артрита с характерными признаками кристаллического воспаления, подтверждающего диагноз. Дифференциальная диагностика должна проводиться с РА и другими воспалительными артритами у взрослых. Рентгенография может помочь поставить диагноз, однако он должен быть верифицирован выявлением кристаллов ПФК (уровень доказательности IIb).

Госпитальные исследования показали, что наиболее часто болезнь представлена моно- или олигоартритом (89%), хотя практически у каждого 10-го пациента выявлялся полиартрит (11%). Повышение уровня СРБ и СОЭ неспецифично, ключевым моментом диагностики является идентификация кристаллов ПФК.

Исследование синовиальной жидкости

6. Диагноз депонирования кристаллов ПФК основывается на обнаружении характерных кристаллов ПФК (параллелепipedной формы, преимущественно внутриклеточных, без светотражения или со слабым светотражением) в синовиальной жидкости или в биопсийной ткани (уровень доказательности IIb).

Идентификация кристаллов ПФК (при световой, поляризационной или фазово-контрастной микроскопии) считается референтным стандартом диагностики болезни депонирования кристаллов ПФК. Впервые этот признак предложен D.J. McCarty (1962). Хотелось бы обратить внимание на то, что данные рекомендации категорично подчеркивают значение обнаружения кристаллов ПФК для диагностики, что, впрочем, и соответствует критериям диагноза. Однако на практике в отличие от подагры выявление кристаллов ПФК не столь обязательно. Почему? Конечно, причиной кальцификации хряща, помимо кристаллов ПФК, могут быть и основные кристаллы кальция. Очень часто и те, и другие присутствуют в хряще. В чем разница между ними? Основные кристаллы кальция — практически обязательный признак ОА, особенно в далеко зашедших стадиях. Часто они образуются и в периапартулярных тканях. А вот кристаллы ПФК возникают исключительно в хряще. Кристаллы ПФК визуализируются при микроскопии, рентгенологически и ультразвукографически в хряще. Основные кристаллы кальция с помощью этих методов увидеть не удается. Поэтому на практике, если наблюдается кальцификация хряща (именно хряща, а не периапартулярных тканей), можно с большой уверенностью утверждать, что у пациента — болезнь депонирования кристаллов ПФК, или (более привычный термин) ПФА. Наоборот, в определенном проценте случаев у больных ОА выявляются кристаллы ПФК без феномена хондрокальциноза. И хотя отсутствие хондрокальциноза не исключает диагноз болезни депонирования кристаллов ПФК, клинически сложно поставить этот диагноз без обнаружения собственно депозитов кристаллов в органе-мишени — хряще. Однако этот диагноз необходимо ставить и таким больным. Кристаллы ПФК в отличие от основных кристаллов кальция не являются следствием ОА! Выяв-