

СИЛА ДВИЖЕНИЯ

БЫСТРАЯ И ДЛИТЕЛЬНАЯ СИЛА ДЕЙСТВИЯ^{1,2}

В клиническом исследовании оценки скорости эффекта^{1,2,a}

- Быстрый обезболивающий эффект уже через **24 минуты**
- Длительный обезболивающий эффект до **24 часов**



ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ ПРЕПАРАТА АРКОКСИА® В РОССИИ²

Остеoarтроз	60 мг
Ревматоидный артрит	90 мг
Анкилозирующий спондилит	90 мг
Острый подагрический артрит	120 мг ^b

Приведенные дозы для каждого показания соответствуют максимальным рекомендуемым суточным дозам.

^bПрепарат АРКОКСИА® 120 мг следует использовать только для купирования острой боли; длительность терапии при этом не должна превышать 8 суток².

1 РАЗ В СУТКИ

Аркоксия®
(эторикоксиб, MSD)

^aВ рандомизированное, двойное слепое, параллельное исследование различных доз с плацебо- и активным контролем было включено 398 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте 16 лет и старше, страдавших болевым синдромом умеренной и выраженной интенсивности после экстракции двух или более 111 моляров, в том числе минимум один из которых был частично ретенирован. Пациенты получали препарат АРКОКСИА® в дозах 60 мг (n = 75), 120 мг (n = 76), 180 мг (n = 74) и 240 мг (n = 76) 1 раз в сутки, ибупрофен в дозе 400 мг 1 раз в сутки (n = 48) или плацебо (n = 49). Первичной конечной точкой исследования являлось полное купирование боли через 8 часов после приема препаратов.

Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата АРКОКСИА®
ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ: АРКОКСИА®. МНН: эторикоксиб. СОСТАВ: на 1 таблетку: эторикоксиб 60 мг, 90 мг, 120 мг. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: Нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП). Эторикоксиб является селективным ингибитором ЦОГ-2, в терапевтических концентрациях блокирует образование простагландинов и обладает противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим действием. Селективное подавление ЦОГ-2 эторикоксибом сопровождается уменьшением выраженности клинических симптомов, связанных с воспалительным процессом, при этом отсутствует влияние на функцию тромбоцитов и слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Симптоматическая терапия: остеоартроз, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита, болей и воспалительной симптоматики, связанной с острым подагрическим артритом. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Внутрь, независимо от приема пищи, запивая небольшим количеством воды. Остеoarтроз: Рекомендуемая доза составляет 60 мг один раз в день. Ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилит: Рекомендуемая доза составляет 90 мг один раз в день. Острый подагрический артрит: Рекомендуемая в остром периоде доза составляет 120 мг один раз в день. Продолжительность использования препарата в дозе 120 мг составляет не более 8 дней. Следует использовать минимальную эффективную дозу минимально возможным коротким курсом. Средняя терапевтическая доза при болевом синдроме составляет однократно 60 мг в день. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата; полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа или околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты и других НПВП (в т.ч. в анамнезе); эрозивно-язвенные изменения слизистой желудка или 12-перстной кишки, активное желудочно-кишечное кровотечение; цереброваскулярное или иное кровотечение; воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) в фазе обострения; гемофилия и другие нарушения свертываемости крови; выраженная сердечная недостаточность (NYHA II-IV); выраженная печеночная недостаточность (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) или активное заболевание печени; выраженная почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин), прогрессирующие заболевания почек, подтвержденная гиперкалиемия; период после проведения аортокоронарного шунтирования; заболевания периферических артерий, цереброваскулярные заболевания, клинически выраженная ишемическая болезнь сердца; стойко сохраняющиеся значения артериального давления, превышающие 140/90 мм рт. ст. при не контролируемой артериальной гипертензии; беременность, период грудного вскармливания; детский возраст до 16 лет. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: Язвенные поражения ЖКТ в анамнезе, наличие инфекции Helicobacter pylori, пожилой возраст, длительное использование НПВП, частое употребление алкоголя, тяжелые соматические заболевания, дислипидемия/гиперлипидемия, сахарный диабет, артериальная гипертензия, отеки и задержка жидкости, курение, клиренс креатинина менее 60 мл/мин, сопутствующий прием некоторых препаратов (антикоагулянты, антиагреганты, пероральные глюкокортикостероиды и др.). У пациентов с печеночной недостаточностью (5-9 баллов по шкале Чайлд-Пью) рекомендуется не превышать суточную дозу 60 мг. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: Прием препарата АРКОКСИА требует тщательного контроля артериального давления, а также показателей функции печени и почек. Не следует применять препарат одновременно с другими НПВП. Применение препарата может отрицательно влиять на фертильную функцию у женщин и не рекомендуется женщинам, планирующим беременность. В период лечения необходимо соблюдать осторожность при вождении автотранспорта и занятии другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстрых психомоторных реакций. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ (ниже перечислены наиболее важные варианты проявления побочного действия препарата): Эпигастральная боль, тошнота, диарея, диспепсия, метеоризм; головная боль, головокружение, слабость; сердцебиение, повышение АД; экхимозы; отеки, задержка жидкости; гриппоподобный синдром; повышение «печеночных» трансаминаз. ФОРМА ВЫПУСКА: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 60 мг, 90 мг, 120 мг. По 2, 4, 7 или 14 таблеток в блистер из пленки ПВХ и алюминиевой фольги. По 1 или 2 блистера в картонной пачке вместе с инструкцией по применению. УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ: Хранить при температуре не выше 30°C. Хранить в недоступном для детей месте. СРОК ГОДНОСТИ: 2 года. Не использовать препарат по истечении срока годности. УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК: По рецепту врача. ФИРМА-ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: «Мерк Шарп и Доум Б.В.», Нидерланды. Представительство в России «Мерк Шарп и Доум Идея, Инк.», 121059, Россия, Москва, площадь Европы, 2, Гостиница «Рэдиссон-Славянская». Южное крыло, тел. (495) 941-82-75, факс (495) 941-82-76.

Литература: 1. Malmstrom K, Sapre A, Coughlin H, et al. Etoricoxib in ash te pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and active comparator-controlled dose-ranging study. Clin Ther. 2004; 26(5):667-679. 2. Данные компании MSD. Перед назначением препарата АРКОКСИА® пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению, в особенности с разделами, посвященными противопоказаниям и мерам предосторожности.

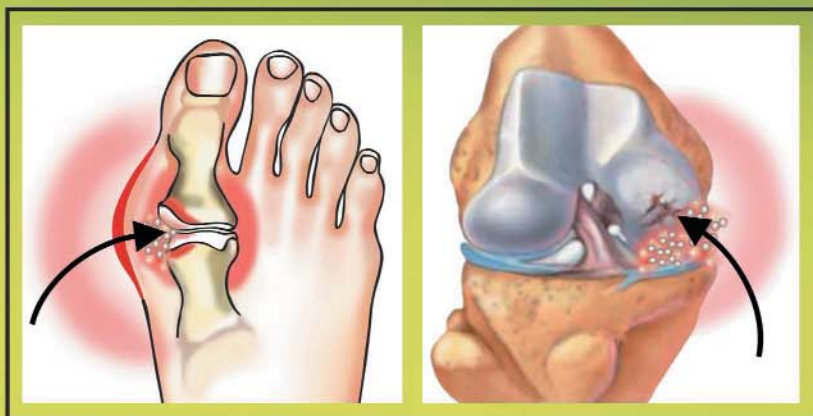


Мерк Шарп и Доум ИДЕА, Инк. 121059, Россия, Москва, площадь Европы, 2. Тел.: (495) 941-82-75. Факс: (495) 941-82-76. Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению. Аркоксия® зарегистрированная торговая марка компании Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. Авторские права MSD Idea Inc, Glattbrugg, Switzerland, 2009. Все права защищены. 07-11-ACX-2009-RUCA-013(W-1245704)-J.

УРИСАН

Эффективная помощь при подагре

www.podagre.net



- Нормализует пуриновый обмен
- Выводит избыток мочевой кислоты и ее солей из организма
- Стимулирует почечную фильтрацию
- Может применяться в период обострения, в том числе при отмене аллопуринола

Клинические исследования проводились
в Институте ревматологии
Российской академии
медицинских наук (Москва)

Рекомендован ведущими
ревматологами России

Может применяться длительно

Не вызывает привыкания
и синдрома отмены

Реализуется в аптечных сетях,
доступен по цене

Растительный
препарат
компании



ГРИНВУД



Наши дистрибьюторы - ведущие фармацевтические компании.

Розничные продажи: 78 регионов, более 40 крупнейших аптечных сетей России, более 30 000 аптек.

109012, Москва, Варварка, 14. Тел. (495) 229-14-30 (многоканальный)

Найз®



**Нестероидный противовоспалительный
препарат нового поколения
(селективный ингибитор ЦОГ-2)**

44.645.698

упаковок препарата с 2002 года

**Доверие,
основанное на опыте**



*** Данные продаж бренда Найз за период
1 квартал 2002 – 1 квартал 2009. Количество указано в упаковках.**

Источник: ЦМИ «Фармэксперт» – Мониторинг розничных продаж ЛС в России

ТОЛЬКО Дипроспан®

бетаметазон

Быстрое и длительное подавление воспаления

Регистрационный номер: П № 013528/01-040708.

Показания к применению. Лечение у взрослых состояний и заболеваний, при которых ГКС-терапия позволяет добиться необходимого клинического эффекта (необходимо учитывать, что при некоторых заболеваниях ГКС-терапия является дополнительной и не заменяет стандартную терапию). Заболевания костно-мышечной системы и мягких тканей, в т.ч. ревматоидный артрит, остеоартроз, бурситы, анкилозирующий спондилит, эпикондилит, радикулит, кокцигодиния, ишиалгия, люмбаго, кривошея, ганглиозная киста, экзостоз, фасциит, заболевания стоп. Аллергические заболевания, в т.ч. бронхиальная астма, сенная лихорадка (поллиноз), аллергический бронхит, сезонный или круглогодичный ринит, лекарственная аллергия, сывороточная болезнь, реакции на укусы насекомых. Дерматологические заболевания, в т.ч. atopический дерматит, монетовидная экзема, нейродермиты, контактный дерматит, выраженный фотодерматит, крапивница, красный плоский лишай, инсулиновая липодистрофия, гнездная алопеция, дискоидная красная волчанка, псориаз, келоидные рубцы, обыкновенная пузырчатка, герпетический дерматит, кистозные угри. Системные заболевания соединительной ткани, включая системную красную волчанку, склеродермию, дерматомиозит, узелковый периартериит. Гемобласты (паллиативная терапия лейкоза и лимфом у взрослых, острый лейкоз у детей). Первичная или вторичная недостаточность коры надпочечников (при обязательном одновременном применении минералокортикоидов). Другие заболевания и патологические состояния, требующие системной ГКС-терапии (адреногенитальный синдром, язвенный колит, регионарный илеит, синдром мальабсорбции, поражения слизистой глаза при необходимости введения препарата в конъюнктивальный мешок, патологические изменения крови при необходимости применения ГКС, нефрит, нефротический синдром). **Способ применения и дозы.** Внутримышечные, внутрисуставные, околосуставные, интрабурсальные, внутрикожные, внутритканевые и внутриочаговые инъекции. Режим дозирования и способ введения устанавливают индивидуально, в зависимости от показания, тяжести заболевания и реакции пациента. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к бетаметазону или другим компонентам препарата, или другим ГКСП; системные микозы; внутривенное или подкожное введение; при внутрисуставном введении: нестабильный сустав, инфекционный артрит; введение в инфицированные поверхности и в межпозвоночное пространство. **Побочное действие.** Частота развития и выраженность побочных эффектов, как и при применении других ГКС, зависят от величины используемой дозы и длительности применения препарата. Эти явления обычно обратимы и могут быть устранены или уменьшены при снижении дозы. Гипернатриемия, повышение выделения калия, увеличение выведения кальция, гипокалиемический алкалоз, задержка жидкости в тканях; хроническая сердечная недостаточность, повышение артериального давления; мышечная слабость, стероидная миопатия, потеря мышечной массы, усиление миастенических симптомов при тяжелой псевдопаралитической миастении, остеопороз, компрессионный перелом позвоночника, асептический некроз головки бедренной или плечевой кости, патологические переломы трубчатых костей, разрывы сухожилий, нестабильность суставов (при повторных внутрисуставных введениях); эрозивно-язвенные поражения ЖКТ с возможностью последующей перфорацией и кровотечением, панкреатит, метеоризм, икота; нарушение заживления ран, атрофия и истончение кожи, петехии, экхимозы, повышенная потливость, дерматит, стероидные угри, стрии, склонность к развитию пиодермии и кандидоза, снижение реакции при проведении кожных тестов; судороги, повышение внутричерепного давления с отеком диска зрительного нерва, головокружение, головная боль; эйфория, изменения настроения, депрессия, повышенная раздражительность, бессонница; нарушение менструального цикла, вторичная надпочечниковая недостаточность, синдром Иценко-Кушинга, снижение углеводной толерантности, стероидный сахарный диабет или манифестация латентного сахарного диабета, повышение потребности в инсулине или пероральных сахароснижающих препаратах, нарушение внутриутробного развития, задержка роста и полового развития у детей; задняя субкапсулярная катаракта, повышение внутриглазного давления, глаукома, экзофтальм; в отдельных случаях – слепота (при введении препарата в области лица и головы); отрицательный азотный баланс (из-за катаболизма белка), липоматоз (в т.ч. медиастинальный и эпидуральный липоматоз, которые могут вызвать неврологические осложнения), повышение массы тела; анафилактические реакции, шок, ангионевротический отек, снижение артериального давления; редко – гиперпигментация, подкожная и кожная атрофия, асептические абсцессы, прилив крови к лицу после инъекции (или внутрисуставного введения), нейрогенная артропатия. **Форма выпуска:** суспензия для инъекций по 1 мл в ампулах. **Условия хранения.** В недоступном для детей и защищенном от света месте, при температуре не выше 25 °С. Не замораживать! Полную информацию о препарате Дипроспан см. в Инструкции по Применению.



За дополнительной информацией обращаться
в ООО «Шеринг-Плау», часть MSD:
Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2
Тел.: +7 (495) 916-7100, факс: +7 (495) 916-7094

SP-PR-DIP 05-03-2010

СОВРЕМЕННАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

Издается 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) 721-48-20

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.

Современная
ревматология,
2010, №1, 1–88

Отпечатано
в типографии
ООО «Графика»

Тираж 3000 экз.

Электронная версия журнала: в Научной электронной библиотеке <http://www.elibrary.ru>
на сайте НИИР РАМН: <http://rheumatology.beweb.ru/doctor/zhurnaly/sr/>

СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Т.В. Попкова, Д.С. Новикова, Е.Л. Насонов

Рекомендации по снижению кардиоваскулярного риска у пациентов с воспалительными артритами (по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги)	7
--	---

А.Г. Бочкова, А.В. Левшакова

Критерии достоверного диагноза сакроилиита по данным магнитно-резонансной томографии (рекомендации ASAS/OMERACT и собственные данные)	12
--	----

ЛЕКЦИЯ

Ю.А. Олюнин, А.В. Смирнов

Ревматоидная кисть (часть II)	18
-------------------------------------	----

*Б.С. Белов, О.Н. Егорова, Г.М. Тарасова,
М.В. Полянская, Р.М. Балабанова*

Проблема инвазивных микозов в ревматологии (часть II)	23
---	----

Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк

Дорсопатии — новый взгляд на проблему диагностики и лечения	28
---	----

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

В.Г. Барскова, М.С. Елисеев

Болезнь хронической подагрой: комментарии к течению болезни	32
---	----

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Л.А. Князева, И.И. Горайнов, Е.А. Масалова,
Л.И. Князева, А.В. Прасолов*

Использование Урисана у больных подагрой	39
--	----

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

*О.Н. Егорова, Б.С. Белов,
Р.М. Балабанова, Ю.А. Карпова*

Мелоксикам: перспективы применения при узловатой эритеме	41
--	----

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Н.В. Чичасова, Е.Л. Насонов

Безопасность применения генно-инженерных биологических препаратов при ревматоидном артрите	46
--	----

Е.Л. Насонов, Е.Ю. Панасюк

Применение нового генно-инженерного биологического препарата тоцилизумаб в лечении ревматоидного артрита	59
---	----

Р.М. Балабанова

Инфликсимаб: на все ли вопросы получены ответы за 10 лет?	61
---	----

Ю.А. Олюнин

Ранний ревматоидный артрит. Современные аспекты диагностики и лечения	65
---	----

Е.Г. Зоткин

Обзор основных клинических исследований алендроната	70
---	----

Ю.А. Олюнин

Эторикоксиб в лечении ревматических заболеваний	75
---	----

М.С. Елисеев, В.Г. Барскова

Мелоксикам: что мы знаем о кардиоваскулярной безопасности?	79
--	----

В ПОМОЩЬ РЕВМАТОЛОГУ

В.Г. Барскова, М.С. Елисеев, С.А. Владимиров

Диагностика микрокристаллической патологии суставов методом поляризационной микроскопии (трактовка и методические рекомендации к исследованию)	84
---	----

Рекомендации по снижению кардиоваскулярного риска у пациентов с воспалительными артритами

(по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги)

Т.В. Попкова, Д.С. Новикова, Е.Л. Насонов
НИИ ревматологии РАМН, Москва

Контакты: Татьяна Валентиновна Попкова popkovatv@mail.ru
Contact: popkovatv@mail.ru

Сохраняющееся снижение продолжительности жизни больных с ревматическими заболеваниями (РЗ) остается актуальной проблемой современной ревматологии, несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения. Одной из основных причин летальности при хронических воспалительных артритах, прежде всего ревматоидном артрите (РА), анкилозирующем спондилоартрите (АС) и псориатическом артрите (ПсА), являются сердечно-сосудистые катастрофы (инфаркт миокарда — ИМ, инсульт, внезапная сердечная смерть), обусловленные ранним развитием и быстрым прогрессированием атеросклеротического поражения сосудов [1–4]. Риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) при РА, АС и ПсА значительно выше, чем в общей популяции и у пациентов, страдающих заболеваниями с доказанно высоким кардиоваскулярным риском (сахарный диабет — СД — и артериальная гипертензия — АГ) [5].

При хронических воспалительных артритах увеличение кардиоваскулярной летальности обусловлено накоплением традиционных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ); хроническим воспалением/аутоиммунными нарушениями, составляющими основу патогенеза этих заболеваний; побочными эффектами противоревматической терапии и что, особенно важно, недостаточным вниманием к профилактике ССО со стороны врачей и самих пациентов [6–8].

Профилактика ССО у больных с РЗ представляет сложную задачу и требует взаимодействия между врачами различных специальностей, на этапе как диагностики, так и лечения.

В связи с этим Европейской антиревматической лигой (EULAR) были созданы рекомендации по снижению риска развития ССО у больных с РЗ [9].

1. РА, АС и ПсА — заболевания с высоким кардиоваскулярным риском, обусловленным накоплением традиционных ФР и наличием хронического воспаления.

Уровень доказательности — 2b–3, сила рекомендации — В.

Риск развития ССО у пациентов с РА колеблется от 1,4 до 3,69 по сравнению с таковым в общей популяции [10]. Метаанализ проспективных исследований, включавших больных РА (n=92 000), свидетельствует о повышении уровня сердечно-сосудистой смертности на 60%, причем за последние 50 лет отсутствует тенденция к его снижению [2]. Наибольший абсолютный риск сердечно-сосудистой смерти наблюдается у пожилых мужчин с РА, тогда как высокие значения относительного риска характерны для молодых женщин [11, 12]. В развитии ССО подчеркивается важная роль традици-

онных ФР (АГ, дислипидемия, курение) [13–15], однако при их исключении риск атеросклеротического поражения сосудов при РА остается высоким. Это дает основание предполагать, что ФР, обусловленные хроническим воспалением, вносят свой вклад в ускоренное развитие атеросклероза и его осложнений [16–19]. Воспаление, с одной стороны, играет существенную роль в «дестабилизации» атеросклеротической бляшки и развитии атеротромботических осложнений, с другой — усугубляет выраженность традиционных ФР. Доказано, что хроническое воспаление независимо ассоциируется с заболеваемостью и смертностью от ССЗ при РА.

Колебания значений стандартизованного уровня смертности вследствие ССО у больных АС и ПсА схожи с таковыми при РА и составляют от 1,5 до 1,9 [4], что также позволяет обсуждать влияние различных ФР (традиционных и связанных с хроническим воспалением) в развитии атеросклероза и его осложнений.

2. Адекватный контроль хронического воспаления — основа профилактики ССО (использование метотрексата и ингибиторов ФНО α).

Уровень доказательности — 2b–3, сила рекомендации — В.

Поскольку воспаление играет ключевую роль в развитии атеросклероза и связанных с ним ССО при хронических воспалительных артритах, важное место в профилактике этих осложнений занимает эффективная противовоспалительная терапия. Использование базисных противовоспалительных препаратов (БВП) снижает риск ССО [20]. Эффективный контроль воспаления также способствует увеличению физической активности больных РЗ, что в свою очередь приводит к уменьшению риска развития АГ, ожирения, СД.

У больных РА терапия метотрексатом ассоциируется со значительным снижением общей (ОР=0,4–0,56) и сердечно-сосудистой (ОР=0,16–0,82) смертности, несмотря на способность препарата вызывать гипергомоцистеинемию [20–22]. Целесообразно назначение фолиевой кислоты, особенно при сочетании метотрексата с сульфасалазином.

Лечение ингибиторами ФНО α ассоциируется с подавлением продукции «провоспалительных» и «проатерогенных» медиаторов, подчеркивая ключевую роль воспаления в развитии ССО у больных РА. Ингибиторы ФНО α снижают риск развития первого сердечно-сосудистого события (ОР=0,46) у больных РА [23]. Отмечена меньшая частота ИМ в группе больных, ответивших на терапию ингибиторами ФНО α в течение 6 мес, по сравнению с таковой у боль-