

вие не может диагноз опровергнуть из-за низкой чувствительности параметра.

Обязательным иммунологическим критерием диагностики смешанного заболевания соединительной ткани является наличие антител к рибонуклеопротеину (U1-RNP), которые значительно реже могут обнаруживаться при СКВ, СС, полимиозите, а также при перекрестных синдромах, сочетающих клинические проявления различных заболеваний соединительной ткани и иммунологические признаки нескольких заболеваний одновременно (6).

Таким образом, только продуманный выбор конкретных параметров иммунологического исследования и методов их определения будут являться залогом успешной диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний.

Литература

1. Egerer K et al. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(10): 159-63
2. Westwood O M R et al. Rheumatology 2006; 45(4): 379-85
3. Tedesco A et al. Autoimmun Rev 2009; 8(3): 233-7
4. Habash-Bsceiso D E et al. Clin Med Res 2005; 3(3): 190-3
5. Sawalha A H et al. Curr Opin Rheumatol 2004; 16: 534-40
6. Kumar Y et al. Diagn Pathol 2009; 4: 145-60

Л.В. Кежун, Л.В. Янковская, И.В. Караулько РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) у постменопаузальных женщин встречается в 3 раза чаще по сравнению с мужчинами такого же возраста. В свою очередь, остеопороз (ОП) у постменопаузальных женщин встречается в 4 раза чаще, чем у мужчин. По мнению ряда авторов, существует долгосрочная связь между дефицитом потребления кальция и высоким риском развития ОП и АГ у женщин. Так, риск развития гипертензии возрастает в 1,5 раза при дефиците кальция в организме, а риск сердечно-сосудистых осложнений – на 40% [4].

Целью настоящего исследования была оценка частоты встречаемости факторов риска (ФР) ОП у постменопаузальных женщин с АГ и оценка риска развития у них ОП.

Материалы и методы. Нами обследованы 76 постменопаузальных женщин с АГ, разделенных на 2 группы по возрасту: I группа 45–55 лет (n=37), II группа 56–65 лет (n=39). Группы были сопоставимы по систолическому и диастолическому артериальному давлению (САД и ДАД), отягощённой наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). Измерены рост, вес, по известной формуле рассчитан индекс массы тела

(ИМТ). Методом анкетирования адаптированным международным (IOF) тестом оценки риска развития ОП проанализированы клинические факторы (КФ) и риск развития ОП у обследованных женщин. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы «STATISTICA 7.0». Достоверными считались изменения при значении вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты. Обследованные женщины обеих групп имели АГ I–II ст. и по показателям САД и ДАД, а также по ИМТ группы статистически не различались. Отягощённую наследственность по ССЗ имели 78,3% опрошенных в I группе и 64,1% – во II. Встречаемость отдельных ФР ОП в группах представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Встречаемость факторов риска ОП у постменопаузальных женщин с АГ

№ п/п	Факторы риска ОП	Количество лиц с факторами риска ОП в I гр. (%)	Количество лиц с факторами риска ОП во II гр. (%)
1	Отягощённая наследственность по ОП (перелом при минимальной травме или диагностированный ОП у родителей)	1(2,7%)*	7 (17,9%)*
2	Избегают молока или молочных продуктов, при этом дополнительно не принимают препараты кальция	1(2,7%)*	6 (15,7%)*
3	Нарушение зрения	12 (32,4%)*	28 (71,8%)
4	Курение	2 (5,4%)	-
5	Употребление алкоголя (более 3 доз в сут. = 30 мл чистого этилового спирта = водка – 40% – 75 мл)	2 (5,4%)	-
6	Перелом при минимальной травме	2 (5,4%)	4 (10,3%)
7	Страх падения	8 (21,6%)	9 (23,0%)
8	Заболевания, сопровождающиеся развитием вторичного ОП	9 (24,3%)	12 (30,8%)
9	Уменьшение роста на 3 см и больше после 40 лет	1(2,7%)	3 (7,7%)
10	Недостаточная физическая активность	8 (13,5%)	3 (7,7%)
11	Ранняя менопауза	5 (13,5%)	12 (30,8%)
12	Нарушение осанки у родителей типа «вдовий горб»	2 (5,4%)	1 (2,5%)

Примечание - * $p < 0,05$ - достоверность различий между группами.

Как видно из таблицы, во II группе чаще ($p < 0,05$), чем в I, встречалась отягощённая наследственность по ОП, в том числе наличие переломов шейки бедра у родителей. Метаанализ исследований [3] доказал взаимосвязь наличия анамнеза переломов у родителей с повышенным риском любых переломов у пробанда (ОР = 1,17), переломов на фоне ОП (ОР=1,18) и

переломов бедра ($OR=1,49$). У людей с семейным анамнезом ОП наблюдается более низкая минеральная плотность костной ткани [1-3], считается, что это связано с низким пиком костной массы в таких семьях [3].

Избегают молока или молочных продуктов, при этом дополнительно не принимают препараты кальция чаще ($p<0,04$) постменопаузальные женщины более старшего возраста (см. табл.1). Данные о профилактическом влиянии препаратов кальция на развитие АГ отсутствуют, но известно, что потери костной массы у лиц, получающих ежедневно адекватное количество кальция, существенно ниже 1% в год [2]. Таким образом, 2,7% женщин в I и 15,7% во II группах показан дополнительный прием препаратов кальция с целью профилактики развития у них ОП.

Падения – независимый фактор риска переломов. Как видно из таблицы 1, во II группе чаще ($p<0,008$), чем в I, встречалось нарушение зрения, что является одним из основных факторов риска падений.

Боль в спине чаще (92,3%; $p<0,003$) встречалась во II группе, чем в I-й (63,2%), что было фактором, способствующим повышенному числу принимаемых лекарственных препаратов ежедневно во II группе $2,6 \pm 1,6$, по сравнению с I – $1,8 \pm 1,2$ ($p<0,004$). Только во II группе установлена умеренная корреляционная связь ($r=0,34$; $p<0,05$) между визуальной аналоговой шкалой боли и количеством принимаемых ежедневно препаратов. Психотропные препараты принимали опрошенные только II группы – 5,3%. В обеих группах имела частая встречаемость (24,3% и 30,8%, соответственно) заболеваний, сопровождающихся вторичным ОП.

Низкотравматический перелом в анамнезе имели 5,4% постменопаузальных женщин в I, и 10,3% женщин во II группах, что повышает у них риск последующего перелома в 2,2 раза [1]. Этих женщин, необходимо рассматривать как имеющих повышенный риск развития переломов и как кандидатов на лечение ОП [1].

Учитывая встречаемость ФР ОП, нами был оценен риск развития ОП в обследованных группах женщин. У 21,6% обследованных в I группе и у 7,7% ($p=0,08$) во II – не выявлено ФР ОП. Высокий риск развития ОП (более 3-х ФР) имели 21,6% опрошенных в I, и 23,1% – во II группах; средний риск (2–3 ФР) 21,6% в I, и 46,1% ($p=0,03$) во II группах; низкий риск развития ОП (1 ФР) имели 35,1% в I, и 23,1% во II группах.

Выводы. Частота встречаемости отдельных ФР ОП увеличивается с возрастом. Оценка ФР ОП у постменопаузальных женщин с АГ позволила выделить группу (17 женщин) высокого риска развития у них данного заболевания, которым, наряду с лечением АГ, показана профилактика ОП, коррекция модифицируемых ФР, а также направление их на денситометрию.

Литература

1. Brown J.P., Josse R.G. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada // CMAJ. – 2002. – №167 (10 suppl). – P. S1–S34.

2. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Health Care Guideline: Diagnosis and Treatment of Osteoporosis. – 3rd edition. – July 2004. – www.icsi.org.

3. Kanis J.A. et al. A family history of fracture and fracture risk: a metaanalysis // Bone.-2004.-Vol. 35(5). – P. 1029 – 1037

4. Факторы риска остеопороза: Остеопороз Автор: Зайцева М.С. – Режим доступа http://www.medfix.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=1495. – Дата доступа: 20.05.2011

Е.В. Кундер, М.В. Волкова

КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СПОНДИЛОАРТРОПАТИЙ НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАТАЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЫВОРОТКИ КРОВИ

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Одной из актуальных современных проблем ревматологии является дифференциальная диагностика спондилоартропатий (СПА), объективные трудности которой связаны с вариабельностью клинической картины и непредсказуемостью течения заболеваний, отсутствием четких диагностических критериев, а также использованием неспецифических лабораторных исследований [3].

В последние годы для диагностики аутоиммунных заболеваний предлагается множество таких новых лабораторных показателей, как фенотипическая характеристика клеток системы иммунитета, оценка их функциональной активности, определение аутоантител, оценка различных видов ферментативной активности сыворотки крови, в частности, деполимеризующей (ДНКазной и гиалуронидазной). Установлено повышение ДНКазной активности при остром инфаркте миокарда [4], у больных системной красной волчанкой [5] выявлено достоверное снижение уровня данной активности по сравнению со здоровыми лицами. Увеличение сывороточной гиалуронидазы по сравнению со здоровыми лицами обнаружено при ревматоидном артрите [1]. Оценка данных видов сывороточной каталитической активности при СПА не проводилась.

Материал и методы. Обследовано 95 пациентов с псориатическим артритом (ПА), 51 – с анкилозирующим спондилитом (АС) и 120 с реактивным артритом (РеА), ассоциированным с *Chlamydia trachomatis*. Диагноз ПА выставлялся согласно критериям CASPAR (W. Taylor et al., 2006). Диагноз РеА устанавливался с использованием предварительных Международных критериев (J. Braun, 2000). Диагноз АС верифицировался в соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями (S. Van der Linder et al., 1984). Контрольная группа состояла из 69 здоровых доноров. Группы обследованных лиц были сопоставимы по полу и возрасту. ДНКазную и гиалуронидазную активность сыворотки определяли мето-