

**В возрасте пяти лет у пациентки диагностирована линейная склеродермия (синдром «удар сабли»). Сейчас ей 39 лет. Возник эпикондилит обоих локтевых суставов, артралгии. Поставлен диагноз: «Эпикондилит на фоне системного заболевания». Могут это быть маски склеродермии? Пациентка находится на стадии обследования.**

*Отвечает Л.Н. Шилова, д.м.н., заведующая кафедрой госпитальной терапии, ВПТ ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России*

Линейная склеродермия относится к очаговой форме склеродермии, которая лечится у дерматолога. В небольшом проценте случаев, чаще первые 5 лет, она может быть дебютом системного процесса. У Вашей больной — ювенильный вариант, видимо идет только кожный синдром (мало информации). Маловероятно, что развившийся эпикондилит является проявлением склеродермии. В плане дообследования и исключения системного процесса надо выполнить анализы: общие анализы крови и мочи, АНФ, антицентромерные антитела, scl-70. Кроме того, конечно, общий осмотр, рентген органов грудной клетки, УЗИ локтевых суставов. Не видя больной, сложно объективно судить о ситуации.

**В лечении РПМ было озвучено, что при рецидивирующем течении показан прием азатиоприна. В рекомендациях указан метотрексат, в качестве, в частности, стероидсберегающего средства. Используете ли Вы его в своей практике?**

*Отвечает А.Р. Бабаева, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист-ревматолог ЮФО*

Поскольку доклад был посвящен гигантоклеточному артерииту (ГКА), то основной упор был сделан на это заболевание, а не на ревматическую полимиалгию. Поэтому речь шла о рецидивирующем течении ГКА, в том числе, с поражением глаз. В этом случае показано лечение азатиоприном в суточной дозе 150 мг в комбинации с ГК в дозе 30-40 мг при отсутствии поражения глаз и в дозе 1 мг/кг массы при наличии доказанного поражения глаз. Что касается применения метотрексата, то он может быть назначен при наличии суставных и околосоуставных поражений. Если говорить о РПМ, то, как известно, при изолированной форме этого заболевания в отсутствие ГКА бывает достаточно только ГК в средних дозах 10-15 мг для быстрого достижения эффекта. Иммунодепрессанты в этой ситуации обычно уже не нужны. У пациентов с активным васкулитом крупных сосудов мной применялась схема ГК+ азатиоприн, эффект от лечения был хороший.

**Можно ли подозревать мигрень, если есть тошнота, рвота при приступе, который полностью выключает человека из жизнедеятельности, но купируется НПВП?**

*Отвечает В.В. Мирошникова, к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России*

Согласно опроснику «ID Migrain» вы ответили положительно на 2 из 3 вопросов:

1) приходилось ли Вам в течение последних 3 мес ограничивать свою активность хотя бы на 1 день из-за головной боли?

- 2) сопровождается ли головная боль непереносимостью света?
- 3) сопровождается ли головная боль тошнотой?

Это означает, что вероятность мигрени 93,3%. То, что приступы купируются НПВП не противоречит диагнозу. Мы, как правило, назначаем анальгетик или НПВП для купирования мигренозной атаки, и, если эти препараты не помогли, рекомендуем триптаны.

### **Является ли симптомом мигрени наличие обонятельных галлюцинаций при головной боли?**

*Отвечает В.В. Мирошникова, к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России*

Вас бы я пригласила на прием, потому что мне недостаточно этой информации. Я принимаю по записи в ВОКБ № 1 по средам, надо записаться через колл-центр больницы. С сентября возможен прием по вторникам в «Эпицентре», ул. Донецкая, 14 (телефон для записи 8-903-373-2373). За это время, если у вас стабильное состояние, можете вести дневник головной боли: записывайте даты, когда у вас был приступ, и все его характеристики: длительность, интенсивность, локализацию и характер боли, чем купировали, все ощущения.

### **Какие есть возможности лечения остеопороза на фоне приема глюкокортикостероидных препаратов (отменить невозможно, заболевание миастения, возраст 73 года)?**

*Отвечает Ю.В. Полякова, к.м.н., научный сотрудник лаборатории методов лечения и профилактики заболеваний суставов, заведующая консультативно-диагностическим отделением ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского»*

#### **1. Базисная терапия**

Все пациенты, получающие глюкокортикоиды (ГК) нуждаются в приеме 1200-1500 мг кальция (с учетом потребления с пищей) и 1000 МЕ витамина D (в комбинированных препаратах кальция с витамином D обычно содержится 500 мг кальция и 400 МЕ витамина D, уточняйте по инструкции, не принимать комплексные препараты с магнием).

При дефиците/недостаточности 25(OH)D или большом весе пациента дозы нативного витамина D<sub>3</sub> должны быть больше.

Если препарат выбора остеогенон (оссеин-гидроксиапатитный комплекс), учитывайте, что данный препарат не содержит витамин D.

#### **2. Патогенетическая терапия**

Основанием для диагностики остеопороза и назначения патогенетической терапии у пациентов, принимающих системные ГК, является возраст старше 70 лет, соответственно, однозначно показано назначение препаратов первого выбора – бисфосфонатов (БФ). Учитывая возможное влияние ГК на желудок и необходимость утреннего приема, предпочтительны инъекционные формы - Золендроновая кислота 1 раз в год при отсутствии противопоказаний к ее назначению или терипаратид (уровень доказательности А).

3. Если при данном виде миастении не противопоказаны физические нагрузки - ЛФК (ходьба и силовые тренировки с малым весом короткими курсами несколько раз в день), если есть противопоказания к любым нагрузкам - физиопроцедуры с вибрацией.

4. С лечащим неврологом обсудить возможность добавления активного метаболита витамина D (альфакальцидола) к терапии 0,5-1,0 мкг с учетом противопоказаний (нет показаний в инструкции для миастении, но ряд исследований показывает лучшую эффективность БФ в сочетании с альфакальцидолом при миастении). Может использоваться по относительным показаниям - возраст старше 65 лет. Является препаратом второго ряда при глюкокортикоидном остеопорозе (уровень доказательности В).

**Можно ли у пациента в возрасте 82-х лет с посттравматическим переломом применять остеогенон?**

*Отвечает Ю.В. Полякова, к.м.н., научный сотрудник лаборатории методов лечения и профилактики заболеваний суставов, заведующая консультативно-диагностическим отделением ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского»*

Остеогенон показан для ускорения консолидации переломов, в комплексной терапии остеопороза.

Препарат имеет меньше противопоказаний, чем «классические» препараты кальция за счет более плавной фармакокинетики препарата.

Можно с учетом отсутствия противопоказаний (гиперкальциемия, выраженная гиперкальциурия и повышенная чувствительность к препарату).

**У пациента - остеопения, сдать анализ для определения уровня витамина D нет возможности. Какая доза витамина D должна быть назначена?**

*Отвечает Ю.В. Полякова, к.м.н., научный сотрудник лаборатории методов лечения и профилактики заболеваний суставов, заведующая консультативно-диагностическим отделением ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского»*

Если есть возможность контролировать кальций крови и нет мочекаменной болезни можно назначить по 7.000 МЕ (14 капель в день, 1 капля 500 МЕ) - на 4-8 недель, далее в профилактической дозе 1000 МЕ в день на длительный прием.

При наличии противопоказаний к назначению высоких доз витамина D - принимать только профилактические, но постоянно.

При ожирении профилактические дозы и время курса насыщения увеличить в два раза (под контролем уровня кальция крови и мочи).

**Позволяют ли низкоэнергетические переломы лучевой и плечевой костей при нормальной МПК или остеопении (по FRAX зона наблюдения) ставить диагноз остеопороза? Надо ли назначать лечение в этом случае?**

*Отвечает Ю.В. Полякова, к.м.н., научный сотрудник лаборатории методов лечения и профилактики заболеваний суставов, заведующая консультативно-диагностическим отделением ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского»*

Низкоэнергетические переломы костей (бедренной, плечевой, лучевой, тел(а) позвонков) у лиц старше 50 лет независимо от результатов денситометрии (ввиду низкой чувствительности метода) или FRAX (при исключении таких заболеваний костей, как остеопороз, гиперпаратиреозидная остеодистрофия, болезнь Педжета, миеломная болезнь, метастатическое поражение) расцениваются как патологические переломы на фоне остеопороза.

В качестве базисной терапии при патологических переломах, осложняющих течение остеопороза, с первых дней после выявления перелома и независимо от его локализации рекомендуется ежедневно 1000 - 1200 мг Кальция карбоната (с пищей и/или препаратами кальция) в комбинации с колекальциферолом/альфакальцидолом

Патогенетическая терапия остеопороза (если пациент ранее не лечился), при переломах дистального метаэпифиза лучевой кости, необходима для профилактики повторных переломов не ранее 8 - 10 недель с момента перелома.

**Источник:** Клинические рекомендации "Патологические переломы, осложняющие остеопороз" (утв. Минздравом России). 2018 г.

Да, лечение назначать надо, у пациентки уже два патологических перелома.

**Верно ли суждение, что при периаартритах внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты нецелесообразно или даже противопоказано?**

*Отвечает Ю.В. Полякова, к.м.н., научный сотрудник лаборатории методов лечения и профилактики заболеваний суставов, заведующая консультативно-диагностическим отделением ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского»*

При отсутствии признаков артроза введение любого препарата в здоровый сустав не показано.

При дистрофических и посттравматических процессах периартикулярных тканей введение может быть выполнено в патологически измененную зону, но только препаратов с показаниями для периартикулярного введения.

**Препараты Са и витамина D можно принимать пожизненно в случае наличия ОП даже при низком риске перелома? На какой срок можно назначить альфакальцидол?**

*Отвечает Ю.В. Полякова, к.м.н., научный сотрудник лаборатории методов лечения и профилактики заболеваний суставов, заведующая консультативно-диагностическим отделением ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского»*

Препараты кальция и витамина D назначаются для профилактики остеопороза и в составе патогенетической терапии остеопороза в обязательном порядке с учетом противопоказаний для конкретного пациента на длительный срок (чаще всего пожизненно).

Альфакальцидол при наличии показаний и отсутствии противопоказаний под лабораторным контролем можно назначать без ограничения сроков (пожизненно).

**Если назначить высокие дозы аллопуринола, есть вероятность снижения уровня мочевой кислоты (МК) до 200 мкмоль/л и ниже, а МК в физиологических дозах обладает антиоксидантным и нейропротективным свойствами, аллопуринол в меньших дозах не снижает риск развития ХСН. Как разрешить этот парадокс?**

*Отвечает М.С. Елисеев, к.м.н., с.н.с., заведующий лабораторией микрокристаллических артритов ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой»*

Целевой уровень мочевой кислоты для отдельных состояний не общепризнан, используют, как правило, либо 360 мкмоль/л, либо 300 мкмоль/л. Данные показатель не всегда достижим даже при применении высоких доз аллопуринола. В цитируемых в лекции исследованиях всем назначалась стандартной дозой препарата (600 мг/сут, 300

мг/сут), без коррекции на достигнутый уровень урикемии. И, естественно, колебания в достигнутых результатах могли быть очень большими, вплоть до гипорурикемии. В реальной практике так поступать не следует. Вероятно, ориентироваться в настоящее время нужно всё-таки на уровень в 360 мкмоль/л, как принятый в настоящее время критерий гиперурикемии.

### **Можно ли применять препарат Конкор при повышенном уровне мочевой кислоты?**

*Отвечает М.С. Елисеев, к.м.н., с.н.с., заведующий лабораторией микрокристаллических артритов ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой»*

Можно, если есть показания. Риски, связанные с негативным влиянием  $\beta$ -блокаторов на сывороточный уровень мочевой кислоты не превышают пользы от лечения.

### **Были ли у вас положительные и отрицательные примеры применения урисана?**

*Отвечает М.С. Елисеев, к.м.н., с.н.с., заведующий лабораторией микрокристаллических артритов ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой»*

Да, мы довольно часто назначаем препарат как для лечения асимптоматической гиперурикемии, так и в комбинированной терапии подагры с хорошим эффектом (в среднем, снижение уровня мочевой кислоты сыворотки составляет 10-15% от исходного, иногда и больше). Среди редких нежелательных явлений несколько раз у пациентов были диспептические расстройства, в таких случаях мы препарат отменяли.

### **Подагра без гиперурикемии - ваш личный опыт.**

*Отвечает М.С. Елисеев, к.м.н., с.н.с., заведующий лабораторией микрокристаллических артритов ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой»*

Подагра без гиперурикемии не бывает, однако формирование кристаллов иногда происходит и при меньшем, чем 360 мкмоль/л, сывороточном уровне МК. Редко, но такие пациенты встречаются. При сывороточном уровне менее 300 мкмоль/л был один пациент относительно недавно, подагра кристаллверифицирована. Стоит ли назначать лечение, - если пристыпы, не взирая на низкий уровень МК рецидивируют - да, небольшие дозы уратснижающих препаратов назначить разумно.

### **Как Вы относитесь к препарату Трайкор, который снижает липиды и снижает уровень мочевой кислоты?**

*Отвечает М.С. Елисеев, к.м.н., с.н.с., заведующий лабораторией микрокристаллических артритов ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой»*

Фенофибрат (действующее вещество трайкора), об этом я упоминал, действительно бывает эффективен в ряде случаев, снижает уровень мочевой кислоты довольно хорошо, в том числе, в комбинации с аллопуринолом. Назначается при высоких уровнях ТГ, среди нежелательных явлений часто повышение уровня трансаминаз.

### **Уместно ли применять Аэртал при подагре?**

*Отвечает М.С. Елисеев, к.м.н., с.н.с., заведующий лабораторией микрокристаллических артритов ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой»*

Ацеклофенак, как и многие другие НПВП, применять при острых приступах

артрита возможно, в максимальной суточной дозе. Хотя непосредственно подагра в перечне показаний не перечислена.