

## Остеопороз у пациентов с ревматоидным артритом в амбулаторной практике

Надежда Михайловна Русланова<sup>1</sup>, Людмила Петровна Евстигнеева<sup>1,2</sup>, Екатерина Сергеевна Добрыдина<sup>3</sup>, Татьяна Станиславовна Морозова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

<sup>2</sup> Свердловская областная клиническая больница № 1, Екатеринбург, Россия

<sup>3</sup> Городская больница, Каменск-Уральский, Россия

**Введение.** Остеопороз (ОП) является одним из наиболее частых осложнений ревматоидного артрита (РА): по данным литературы, его распространенность у пациентов с РА достигает 28 % и превышает ожидаемую в общей популяции сопоставимого возраста [1]. У больных РА риск основных ОП-переломов примерно на 52 % выше, чем в общей популяции [2]. К ведущим факторам риска ОП и ОП-переломов при РА относят пожилой возраст, женский пол и постменопаузальное состояние, высокую активность РА и длительность заболевания, функциональные ограничения и низкую физическую активность, низкий индекс массы тела (ИМТ), курение и хронический прием глюкокортикоидов (ГКС) [3]. Важным модифицируемым фактором развития ОП при РА является прием ГКС: в метаанализах демонстрируется дозозависимое снижение минеральной плотности кости и увеличение риска переломов [4]. Несмотря на наличие валидированных инструментов оценки риска (включая FRAX<sup>\*</sup>), у пациентов с РА ОП часто не диагностируется, в связи с чем пациенты не получают должного лечения [5].

**Цель** — оценить распространенность ОП у пациентов с РА в амбулаторной практике.

**Материалы и методы.** За период с марта по ноябрь 2025 г. на базе Городской больницы (Каменск-Уральский) в амбулаторных условиях проведено одномоментное поперечное исследование с участием 92 взрослых пациентов с установленным ранее диагнозом РА, соответствующим критериям ACR/EULAR<sup>\*\*</sup> 2010 г. Приглашение пациентов для обследования осуществлялось активным способом или при самостоятельной записи на прием к ревматологу. Оценивались следующие показатели: основные демографические параметры, ИМТ, данные о длительности заболевания, проводимой терапии

\* FRAX — инструмент для оценки риска переломов (англ. Fracture Risk Assessment Tool), Osteoporosis Research Ltd, Великобритания.

\*\* ACR — Американский колледж ревматологов (англ. American College of Rheumatology). EULAR — Европейский альянс ревматологических ассоциаций (англ. European Alliance of Associations for Rheumatology).

ГКС, курении. Диагноз ОП устанавливался клинически на основании наличия переломов при низком уровне травмы у женщин после наступления менопаузы и у мужчин после 50 лет, а также при оценке алгоритма FRAX и на основании результатов денситометрии. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В исследование было включено 92 пациента: 79 женщин (85,9%) и 13 мужчин (14,1%). Средний возраст участников составил ( $63,8 \pm 10,8$ ) года; медиана — 65 лет (диапазон от 38 до 85 лет). Стаж заболевания (с момента установления диагноза) составил в среднем ( $10,0 \pm 9,8$ ) года; медиана — 7,5 года (минимальный стаж — 4 месяца, максимальный — 43 года).

Низкоэнергетические переломы в возрасте старше 50 лет у мужчин или в постменопаузе у женщин, относящиеся к ОП-локализациям (лучевой, плечевой костей, шейки бедра, большеберцовой кости у женщин, ключицы), имели 15 человек (16,3%). Высокие показатели по алгоритму FRAX выявлены у 12 человек (13,0%). Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия проведена у 29 пациентов (31,5%). Остеопения выявлена у 8 пациентов (8,7%), ОП — 21 (22,8%).

ГКС в монорежиме на момент обследования получали 5 пациентов (5,4%), еще 12 человек принимали ГКС наряду с базисной терапией. При этом прием ГКС в анамнезе хотя бы в течение 3 месяцев прослеживается у 32 пациентов (34,8%), в то время как остальные 60 больных (65,2%) либо никогда не получали ГКС ( $n = 46$ ), либо получали краткосрочно (менее 3 месяцев в виде пульс-терапии, внутрисуставных инъекций).

При уточнении статуса курения выявлено, что 13 пациентов (14%) курят, 79 (86%) — нет. Средний ИМТ составил ( $27,4 \pm 5,8$ ) кг/м<sup>2</sup>. Избыточный вес с ИМТ более 25 кг/м<sup>2</sup> наблюдался у 36 человек (39,1%).

С учетом результатов двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, наличия низкоэнергетических переломов в возрасте старше 50 лет у мужчин или в постменопаузе у женщин, а также результатов алгоритма FRAX ОП и высокий риск первого и последующих переломов в представленной выборке имеет 37 пациентов (40,2%).

Антирезорбтивную терапию принимали 16 пациентов, что составляет 43,2% от группы пациентов с ОП.

Развитие ОП не зависело от длительности РА, но было связано с возрастом больных: средний возраст пациентов с ОП составил 67,2 года; без ОП — 61,5 года ( $p < 0,05$ ).

На развитие ОП также влияли вес человека и ИМТ — высокий вес представлял собой протективный фактор: пациенты с избыточной массой тела (25 кг/м<sup>2</sup> и более) реже имели ОП ( $n = 13$  (23,2%)), чем больные с низкой и нормальной массой ( $n = 24$  (66,7%)),  $p = 0,0001$ .

У пациентов, принимающих ГКС ( $n = 32$  (34,8%)), ОП развивался чаще — 53,1% против 35,0% человек, которые не принимали ГКС.

Связь курения с развитием ОП в изучаемой выборке не выявлено.

**Обсуждение.** В проведенном исследовании ОП выявлен у 40,2% пациентов с РА, что подтверждает высокую распространенность этого осложнения. Важно отметить, что РА, прием ГКС и низкий ИМТ учитываются в калькуляторе FRAX как значимые факторы риска ОП; оценка FRAX в изучаемой выборке позволила поставить диагноз ОП у 13% пациентов без дополнительного проведения денситометрии. Наши результаты подтверждают литературные данные о росте частоты ОП с увеличением возраста, отрицательной роли приема ГКС на развитие ОП и протективное влияние высокого веса. В ходе анализа приема антирезорбтивных препаратов определено недостаточное число пациентов, получающих лечение ОП: более половины больных не принимает антиosteопоротические препараты, что отражает существующую недолеченность указанной категории больных в амбулаторной практике.

**Заключение.** ОП выявлен у 40,2% амбулаторных пациентов с РА, преимущественно у пожилых женщин, при этом антирезорбтивную терапию получают лишь 43% пациентов с ОП, что свидетельствует о недолеченности и необходимости усиления скрининга и коррекции терапии в амбулаторной практике.

#### Список источников

1. Moshayedi S., Tasorian B., Almasi-Hashiani A. The Prevalence of Osteoporosis in Rheumatoid Arthritis Patient: A Systematic Review and Meta-Analysis // Scientific Reports. 2022. Vol. 12, Iss. 1. Art. No. 15844. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-20016-x>.
2. Incidence of Fractures Among Patients with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis / S. Jin, E. Hsieh, L. Peng [et al.] // Osteoporosis International. 2018. Vol. 29, Iss. 6. P. 1263–1275. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00198-018-4473-1>.
3. Risk Factors for Osteoporosis and Fractures in Rheumatoid Arthritis / R. Baker, R. Narla, J. F. Baker, K. D. Wysham // Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2022. Vol. 36, Iss. 3. Art. No. 101773. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.berh.2022.101773>.
4. Effects of Glucocorticoids on Osteoporosis in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis / Y. Wang, R. Zhao, Z. Gu [et al.] // Osteoporosis International. 2020. Vol. 31, Iss. 8. P. 1401–1409. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00198-020-05360-w>.
5. Trends and Determinants of Osteoporosis Treatment and Screening in Patients with Rheumatoid Arthritis Compared to Osteoarthritis / G. Ozen, D. L. Kamen, T. R. Mikuls [et al.] // Arthritis Care & Research. 2018. Vol. 70, Iss. 5. P. 713–723. DOI: <https://doi.org/10.1002/acr.23331>.

#### Информация об авторах

**Надежда Михайловна Русланова** — ординатор, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней, институт педиатрии и репродуктивной медицины, Ураль-

ский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия. E-mail: nadya.ruslanova@mail.ru.

**Людмила Петровна Евстигнеева** — доктор медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии, институт клинической медицины, Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия; заведующий отделением ревматологии, Свердловская областная клиническая больница № 1, Екатеринбург, Россия. E-mail: levstigneyeva@mail.ru.

**Екатерина Сергеевна Добрынина** — ревматолог, Городская больница, Каменск-Уральский, Россия. E-mail: ek.fedyaeva@inbox.ru.

**Татьяна Станиславовна Морозова** — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, институт педиатрии и репродуктивной медицины, Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия. E-mail: t\_moroz2012@mail.ru.