

## ОБЗОРИ

### ПОДАГРАТА ПРИ ЖЕНИТЕ. II. КЛИНИКОЛАБОРАТОРНИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ ОСОБЕНОСТИ

Д. Димов

Военномедицинска академия – София

**Резюме.** Макар че и при двата пола подаграта се изявява предимно с класическата си клинична картина, при жените по-често, отколкото при мъжете, се наблюдават атипичности във вида, локализацията и еволюцията на ставното засягане, в степента на биохимичните изменения и особено в честотата на придружаващите заболявания. Тези отлики създават по-големи затруднения при диагностицирането на подаграта при жените, което става с известно закъснение спрямо това при мъжете. По-голямата честота на артериална хипертония, бъбречна и сърдечна недостатъчност, както и на употребата на диуретици при жените с подагра затрудняват както лечението на остри пристъпи, така и терапията в междупристъпния период.

**Ключови думи:** подагра, жени, клинична картина, диагноза, лечение

### ИНВАЗИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПОД УЗ КОНТРОЛ В РЕВМАТОЛОГИЧНАТА ПРАКТИКА

А. Баталов<sup>1</sup>, И. Шейтанов<sup>2</sup>, Р. Несторова<sup>3</sup> и Р. Стоилов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ревматологична клиника, МУ – Пловдив, <sup>2</sup>Ревматологична клиника, МУ – София, <sup>3</sup>XXV ДКЦ – София

**Резюме.** Диагностичните и терапевтичните инвазивни процедури в ревматологичната практика нарастват по численост и е доказано, че прилагането им под контрола на визуална методика е по-ефективно от извършването на сляпо. Различни проучвания докладват до 50% неуспех на конвенционалните вътреставни манипулации. За разлика от флуороскопията и компютърната томография ултразвукото изследване не е свързано с йонизираща радиация. То може да улесни въвеждането на иглата при артрография, тенография или бурсография или да насочи различните процедури, като биопсия, аспирация, артроцентеза, декомпресия на кисти, локално инжектиране на стероиди или други медикаменти и проникване в сухожилни калцификати. В същото време благодарение на сонографския контрол се избягват нервно-васкуларните снопове и съседните мекотъканни структури. Технологичните подобрения повишават прецизността на УЗ контрол и допринасят за намаляване на риска от усложнения при инвазивните процедури. Динамичното сканиране в реално време позволява едновременна визуализация на таргетната структура и проникването на иглата към нея или навлизане на самото лекарство. Сnižаване се честотата на нежеланите събития, които са още по-редки при стриктно спазване на стерилността по време на процедурата от оператора и вземане под внимание на противопоказанията за интервенция.

**Ключови думи:** ревматология, инвазивни процедури, ултразвук контрол

### ПРЕВЕНЦИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИЯ РИСК ПРИ РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ И ПРИ СИСТЕМЕН LUPUS ERYTHEMATOSUS

А. Тончева, И. Груев и К. Икономова

Клиника по вътрешни болести, Клиника по кардиология и липидология, Клинична имунология, НМТБ "Цар Борис III" – София

**Резюме.** През последните години се обръща все по-голямо внимание на съчетаването на възпалителните ревматични заболявания с рано настъпваща атеросклероза. Най-вероятно става въпрос за комплексно взаимодействие между традиционните и обусловените от болестта рискови фактори. Затова намаляването на сърдечно-съдовия риск (ССР) се смята за неразделна част от контрола върху активността на болестта в плана от грижи за пациента с ревматоиден артрит (РА), системен lupus erythematosus (СЛЕ) и другите хронични възпалителни заболявания. Вече има редица доказателства за ефикасността на някои терапевтични стратегии, чиято най-силна страна е, че понижават както активността на болестта, така и ССР. Работи се в посока да се минимизират клиничното време и ресурсите, необходими за разпределянето на пациентите в отделни групи за лечение на риска. Налага се изводът, че лечението на ССР при болните с РА и СЛЕ би трябвало да е по-агресивно, отколкото е сега. Необходими са по-продължителни проучвания за доказване на ползите от лечението на ССР при тези болни.

**Ключови думи:** хронично възпаление, ревматоиден артрит, системен lupus erythematosus, атеросклероза, ендотелна дисфункция

## ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ

### ДИАГНОСТИЧНА СТОЙНОСТ НА ANCA ТЕСТА В КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА

И. Манолова<sup>1</sup>, М. Иванова<sup>2</sup> и С. Владева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Лаборатория по клинична имунология, <sup>2</sup>Втора вътрешна клиника, УМБАЛ – Стара Загора

**Резюме.** Целта на това проучване беше да оценим диагностичната стойност на теста за антинеутрофилни цитоплазмени антитела (ANCA) за диагнозата на системните некротизиращи васкулити в клиничната практика. В проучването бяха включени 428 болни, скринирани за ANCA, от които 7 бяха новодиагностицирани болни с ANCA-асоцииран васкулит (AAB). Клиничната полза от ANCA-ИИФ теста за идентификацията на болни с AAB беше определена въз основа на установената чувствителност, специфичност, положителна предиктивна стойност (ППС) и отрицателна предиктивна стойност (ОПС). Чувствителността на с-ANCA теста беше 85,7%, специфичността – 100%, ППС – 100% и ОПС – 99,8%. Чувствителността, специфичността, ППС и ОПС на р-ANCA теста бяха съответно 14,3%, 77,7%, 1,1%, и 98,2%. ППС на р-ANCA теста нараства до 16% при титър на антителата 1:80 и комбиниране с положителен МРО-ANCA тест. В заключение, ANCA тестът не трябва да се възприема като скриниращ или дефинитивен диагностичен критерий за системните некротизиращи васкулити.

**Ключови думи:** антинеутрофилни цитоплазмени антитела, васкулити, диагностична стойност, индиректна имуофлуоресценция, миелопероксидаза, протеиназа 3

### КЛИНИЧНО ЗНАЧЕНИЕ НА АНТИТЕЛАТА СРЕЩУ ЦИКЛИЧНИ ЦИТРУЛИНИРАНИ ПЕПТИДИ (АНТИ-ЦЦП) ПРИ БОЛНИ С РАНЕН РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

Н. Стайкова<sup>1</sup> и М. Мурджева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиника по ревматология, <sup>2</sup>Катедра по микробиология и клинична имунология, УМБАЛ "Св. Георги" – Пловдив

**Резюме.** Серологичните доказателства за диагноза и прогноза на ревматоидния артрит (РА) се свеждат до определяне на ревматоидния фактор IgM. През последните години се доказва, че пациентите с РА синтезират антитела срещу протеини, съдържащи цитрулинови остатъци – анти-ЦЦП автоантитела. Целта на проучването е да се изследват клиничните и лабораторните маркери за активност на РА при анти-ЦЦП положителни болни с ранен РА в началото и пет години по-късно. Включени са 50 болни с ранен РА. Изследвани са лабораторните и клиничните показатели за болестна активност в началото, след 6, 12, 36 и 60 месеца. Анти-ЦЦП са определени чрез второ поколение кит на фирмата Axis-Schield, UK. При болните с ранен РА диагностичната чувствителност бе 74,0%, а специфичността – 96,65%, като за ревматоидния фактор (РФ) стойностите бяха съответно 76,0 и 86,9%. Едновременното доказване на анти-ЦЦП и РФ повишава диагностичната точност до 80,0% и съответно до 97,82%. В началото нямаше статистически сигнификантна разлика за активността на РА при болните с анти-ЦЦП(+) и анти-ЦЦП(-) тест. В хода на проследяването анти-ЦЦП положителните пациенти имаха достоверно по-висока болестна активност ( $p < 0,05$ ). Анти-ЦЦП автоантителата са по-добър диагностичен маркер от РФ, като се вземе предвид тяхната по-висока специфичност. Те са добър прогностичен фактор за тежестта на болестната активност.

**Ключови думи:** ранен ревматоиден артрит, анти-ЦЦП антитела, клинично протичане, прогноза

### КРИТЕРИЙНА ВАЛИДНОСТ НА ИНДЕКСИТЕ DAS28 И MALLYA ПРИ БОЛНИ С РАНЕН РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

Н. Стайкова

Клиника по ревматология, УМБАЛ "Св. Георги" – Пловдив

**Резюме.** В клиничните проучвания индексите DAS28 и Mallya са често използвани средства за оценка на болестната активност на ревматоидния артрит (РА). За нашата страна не е оценявана тяхната критерийна валидност. Целта на проучването е да се установи критерийната валидност на индексите DAS28 и Mallya при дългогодишно проследяване на болни с ранен РА. Изследвани са 210 болни с ранен РА (продължителност на оплакванията до 12 месеца), от които 180 жени и 30 мъже на средна възраст  $46,38 \pm 0,85$ . За оценка на функционалната активност на болните с РА се използва въпросникът HAQ, попълван от всеки болен в началото, на първата, третата и след това

на равни двугодишни интервали до 11-ата година от еволюцията на РА. Корелационната матрица показва, че активността на болестта, измерена чрез DAS28, в началото, на 1-вата, 3-тата и 5-ата година от проследяването, е в предимно умерена положителна връзка с функционалната неспособност на болните. С нарастване продължителността на заболяването корелацията между DAS28 и HAQ става силна ( $p < 0,0001$ ). Болестната активност, оценена с индекса Mallya в началото и на първата година от еволюцията на РА, показва сигнификантна умерена връзка с функционалните нарушения на болните. След 3-тата година взаимовръзката между двата фактора бе силна ( $p < 0,0001$ ). Двата индекса могат да се използват с равнозначна стойност за определяне болестната активност на РА както при диагностицирането му, така и при дългогодишно проследяване на заболяването. Клиничната активност на РА при българската популация болни е в силна взаимовръзка с функционалната неспособност на пациентите.

**Ключови думи:** ранен ревматоиден артрит, валидност, DAS28, индекс Mallya, HAQ

## **ВЪЗПАЛИТЕЛЕН ОТГОВОР ПРИ ПАЦИЕНТИ С АКТИВИРАНА И НЕАКТИВИРАНА ОСТЕОАРТРОЗА**

**А. Тончева<sup>1</sup>, М. Ремичкова<sup>2</sup>, К. Икономова<sup>1</sup>, П. Димитрова<sup>2</sup> и Н. Ивановска<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Клиника по вътрешни болести, Отделение по клинична имунология, НМТБ "Цар Борис III" – София,

<sup>2</sup>Секция "Имунология", Институт по микробиология, БАН

**Резюме.** В проучването е сравнен възпалителният отговор между пациенти с активирана и с неактивирана остеоартроза. Изследвани са 37 болни с активирана остеоартроза, 19 с неактивирана остеоартроза и 31 здрави контроли. Чрез ELISA метод са проследени следните възпалителни маркери – TNF- $\alpha$ , IL-6, sRANKL, RANTES и MRP-8. Целта е да се оцени техният потенциал като маркери за активността на заболяването. Освен това в неутрофилни левкоцити е определено спонтанно и индуцирано от липополизахарид освобождаване на TNF- $\alpha$  и IL-6. Активираната остеоартроза се свързва с увеличено серумно ниво на TNF- $\alpha$ , IL-6, RANTES, докато sRANKL и MRP-8 са увеличени както при активирана, така и при неактивирана остеоартроза. Освобождаване на цитокини (TNF- $\alpha$ , IL-6) от неутрофилите спонтанно и индуцирано от липополизахарид допринася за утежняването на остеоартрозата.

**Ключови думи:** остеоартроза, цитокини, TNF- $\alpha$ , IL-6, sRANKL, RANTES, MRP-8

## **СРАВНИТЕЛНА СТОЙНОСТ НА СУЕ И С-РЕАКТИВНИЯ ПРОТЕИН ПРИ ОЦЕНКА НА БОЛЕСТНАТА АКТИВНОСТ НА АНКИЛОЗИРАЩИЯ СПОНДИЛИТ**

**М. Иванова<sup>1</sup>, И. Манолова<sup>2</sup> и Р. Стоилов<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Клиника по ревматология, УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“ – София, <sup>2</sup>Лаборатория по клинична имунология, УМБАЛ – Стара Загора

**Резюме.** Нашата цел беше да определим дали С-реактивният протеин (CRP), или скоростта на утаяване на еритроцитите (СУЕ) е по-подходящ показател за оценката на болестната активност при анкилозиращия спондилит (АС). Като критерии за болестна активност използвахме: глобалната оценка на лекаря и пациента за болестната активност по визуална аналогова скала (VAS) и Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI). За всяко измерване дефинирахме 2 нива на активност: липсваща и сигурна. Пациентите с АС разделихме в 2 групи: с изолирано гръбначно ангажиране ( $n = 13$ ) и със съпътстващ периферен артрит ( $n = 43$ ). За всеки критерий на болестна активност калкулирахме ROC (receive operator characteristics) кривите и ги използвахме, за да установим стойности на СУЕ и CRP с най-висока чувствителност и специфичност. Средните стойности на СУЕ и CRP бяха 36 mm/h и 29 mg/l, съотв. в групата със спинални симптоми, и 40 mm/h и 27 mg/l в тази с периферен артрит. Коефициентът на корелация с Pearson теста между СУЕ и CRP беше сходен в двете групи ( $r = 0.564$ ,  $p < 0.001$  при болните със съпътстващ периферен артрит и  $r = 0.741$ ,  $p < 0.05$  при тези с изолирано гръбначно ангажиране). Установихме корелация между СУЕ и оценката на лекаря за болестна активност само за групата с централна форма на болестта. Чувствителността на СУЕ и CRP за наличие на активно заболяване беше 83%, съотв. 86% според оценката на лекаря, и се движеше между 70 и 79% според оценката на пациента и BASDAI, докато специфичността и за двата показателя беше между 65 и 79% за всички измервания на болестната активност. Положителната предиктивна стойност на СУЕ и CRP в нашето изследване беше ниска (45-58%). Не установихме превъзходство нито на СУЕ, нито на CRP при оценката на болестната активност.

**Ключови думи:** анкилозиращ спондилит, болестна активност, скорост на утаяване на еритроцитите, С-реактивен протеин

## СЪДЪРЖАНИЕ

### ОБЗОРИ

- Д. Димов.* Подаграта при жените. II. Клиниколабораторни и терапевтични особености  
*А. Баталов, И. Шейтанов, Р. Несторова и Р. Стоилов.* Инвазивни процедури под УЗ контрол в ревматологичната практика  
*А. Тончева, И. Груев и К. Икономова.* Превенция на сърдечно-съдовия риск при ревматоиден артрит и при системен lupus erythematosus

### ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ

- И. Манолова, М. Иванова и С. Владева.* Диагностична стойност на ANCA теста в клиничната практика  
*Н. Стайкова и М. Мурджева.* Клинично значение на антителата срещу циклични цитрулинирани пептиди (анти-ЦЦП) при болни с ранен ревматоиден артрит  
*Н. Стайкова.* Критерийна валидност на индексите DAS28 и Mallya при болни с ранен ревматоиден артрит  
*А. Тончева, М. Ремичкова, К. Икономова, П. Димитрова и Н. Ивановска.* Възпалителен отговор при пациенти с активирана и неактивирана остеоартроза  
*М. Иванова, И. Манолова и Р. Стоилов.* Сравнителна стойност на СУЕ и С-реактивния протеин при оценка на болестната активност на анкилозиращия спондилит