

Ревматоидный артрит у пожилых пациентов

Раскина Т.А.¹, Малышенко О.С.¹, Панкратова С.Ю.², Фанасков В.Б.², Летаева М.В.¹¹ГБОУ ВО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово, Россия; ²ГБУЗ Кемеровской области «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн», Кемерово, Россия
¹650029, Кемерово, ул. Ворошилова 22 А; ²650000, Кемерово, ул. 50 лет Октября, 10

Ревматоидный артрит (РА), поражающий около 1% взрослого населения преимущественно старшего возраста, имеет особенности клинической картины при дебюте у лиц пожилого и старческого возраста. В статье представлены два клинических случая, которые показательны как редкий вариант дебюта РА в старческом возрасте (86 лет). В первом случае у больной наблюдались острое начало, полиартрит с резкими болями, выраженными экссудативными явлениями, со значительным ограничением функции, относительно быстрое течение патологического процесса с высокой иммунологической активностью. У второго пациента, напротив, имело место постепенное начало заболевания с минимальными клиническими и иммунологическими проявлениями и быстрым развитием деструктивного процесса в суставах. У пациентов выявлено несколько сопутствующих заболеваний, что соответствует представленным разными авторами данным о коморбидности у пожилых, в том числе у пациентов с РА. Особенностью описанных клинических случаев является дебют заболевания в 86 лет, в связи с чем на этапе госпитализации проводился дифференциальный диагноз с суставным синдромом на фоне вероятной для такого возраста онкологической патологии, которая была исключена после обследования.

Ключевые слова: ревматоидный артрит; особенности клинической картины; пожилой и старческий возраст.

Контакты: Ольга Степановна Малышенко; malysenko.mos@yandex.ru

Для ссылки: Раскина ТА, Малышенко ОС, Панкратова СЮ и др. Ревматоидный артрит у пожилых пациентов. Современная ревматология. 2016;(10)1:33–37.

Rheumatoid arthritis in elderly patients

Raskina T.A.¹, Malysenko O.S.¹, Pankratova S.Yu.², Fanaskov V.B.², Letaeva M.V.¹¹Kemerovo State Medical Academy, Ministry of Health of Russia, Kemerovo, Russia; ²Regional Clinical Hospital for War Veterans, Kemerovo, Russia¹22A, Voroshilov St., Kemerovo 650029; ²10, Fifty Years of October St., Kemerovo 650000

Rheumatoid arthritis (RA), which affects about 1% of the adult population mostly in old age, has specific clinical features at the onset in elderly and senile people. The paper describes two clinical cases that are demonstrative as the rare variant of RA onset at old age (86 years). In one case, the female patient was observed to have an acute onset, polyarthritis with sharp pains, obvious exudative phenomena, with significant functional limitation, and a relatively rapid course of the pathological process with high immunological activity. The other patient showed, on the contrary, a gradual onset of the disease with the minimal clinical and immunological manifestations and a rapid progressive joint destruction. Both patients were found to have several concomitant diseases, which corresponds to the comorbidity data given by different authors in elderly patients, including those with RA. The specific feature of the described clinical cases is the disease onset at 86 years; therefore during hospitalization, there was a differential diagnosis of articular syndrome in the presence of this age-related cancer that was ruled out by examination.

Keywords: rheumatoid arthritis; specific clinical features; elderly and senile age.

Contact: Olga Stepanovna Malysenko; malysenko.mos@yandex.ru

For reference: Raskina TA, Malysenko OS, Pankratova SYu, et al. Rheumatoid arthritis in elderly patients. *Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal*. 2017;11(1):33–37.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1996-7012-2017-1-33-37>

Старость — это зима для невежд и время жатвы для ученых.
Вольтер

Ревматоидный артрит (РА), поражающий около 1% взрослого населения, преимущественно старшего возраста, имеет особенности клинической картины при дебюте у пожилых и старческого возраста. По классификации возраста, представленной ВОЗ, к группе пожилого возраста относятся люди 60–74 лет, старческого возраста — 75–89 лет, долгожителями считаются лица старше 90 лет [1]. В России последние возрастные категории редко встречаются в практике ревматолога, учитывая среднюю продолжительность

жизни населения и влияние самих ревматических заболеваний на демографические показатели [1].

Определение предикторов тяжелого течения РА является актуальной задачей, так как в этих случаях необходимо проведение агрессивной терапии для возможной трансформации такого течения в более доброкачественное. Выделяют предикторы функциональной недостаточности, структурных изменений и повышенной смертности. К предикторам повышенной смертности относят средний и пожилой возраст, малоподвижный образ жизни, высокие значения ревматоидного фактора (РФ), наличие внесуставных проявлений РА и коморбидных заболеваний, выраженных структурных изменений.

К Л И Н И Ч Е С К И Е Н А Б Л Ю Д Е Н И Я

По данным А.М. Сатыбалдыева и соавт. [2], начало РА в пожилом возрасте часто характеризуется низкой степенью активности воспалительного процесса, что при ретроспективной оценке классифицируется как «хроническое» течение заболевания. У таких пациентов признаки суставного синдрома развиваются постепенно, в течение нескольких месяцев [2, 3], а внесуставные проявления отмечаются не чаще чем в 20% случаев [4, 5].

S.C. Mastbergen и соавт. [6] считают, что РА у пожилых имеет более острое, практически без продромального периода, начало. Соотношение мужчин и женщин, у которых РА возник в пожилом возрасте, одинаковое – 1:1, в то время как в более молодом возрасте среди заболевших преобладают лица женского пола: соотношение мужчины:женщины составляет 1:3–1:4.

Примерно у 2/3 больных пожилого возраста РА начинается с симметричного олигоартрита, у 1/3 – с симметричного полиартрита, отмечается преимущественное поражение крупных суставов, а не мелких суставов кистей и стоп [2, 5]. Поражение крупных суставов в дебюте заболевания встречается в 30% случаев [2, 3].

Суставной синдром нередко сопровождается повышением температуры тела до фебрильных цифр с присоединением внесуставных признаков: лимфоаденопатии, ревматоидных узелков, полиневропатии (у 1/3 больных), ulcerации кожи.

Для РА у пожилых характерен быстрый деструктивный процесс в суставах в сочетании с пролиферативными изменениями и формированием анкилозов. Рентгенологическое исследование обладает малой чувствительностью в отношении выявления типичных для РА эрозивных поражений в ранних стадиях болезни, в связи с чем возможно несоответствие рентгенологической картины и функционального состояния пациента [3]. Так как формирование эрозий отмечается у 30% пациентов в первые полгода с момента дебюта РА, рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии и УЗИ суставов в ранних стадиях РА [3].

По данным литературы, частота органических поражений при РА у пожилых больных и у пациентов более молодого возраста различается (см. таблицу) [2, 3].

Начало РА в пожилом возрасте требует проведения дифференциального диагноза с остеоартритом, при котором могут развиваться синовит и ограничение подвижности суставов, с кристаллическими артропатиями, в том числе с подагрой, ревматической полимиалгией и паранеопластическим процессом [2, 3, 5]. Серонегативные варианты РА необходимо дифференцировать с ремиттирующим серонегативным симметричным синовитом с выраженным отеком [2].

Дебют клинических проявлений, характерных для РА, предполагает наличие у пожилого пациента одной из двух ситуаций. Первая – сочетание опухолевого процесса и РА, при этом одно заболевание предшествует появлению другого и речь идет об их сочетании и взаимовлиянии без причинно-следственной связи между ними. Вто-

рая ситуация – появление РА как паранеопластического синдрома, развившегося в результате аутоиммунных реакций, обусловленных возникновением и прогрессированием опухолевого процесса. По данным литературы, среди костно-суставных поражений при неоплазиях наиболее часто наблюдается клиническая картина РА [2, 3, 5]. Проявления РА, по данным онкологов, встречаются у 13% их пациентов и чаще наблюдаются при опухолях легкого и желудочно-кишечного тракта. Суставной синдром в таких случаях проявляется симметричным полиартритом с вовлечением мелких суставов кистей и стоп. У некоторых больных наблюдаются подкожные ревматоидные узелки, рентгенологические признаки длительно текущего ревматоидного процесса – эрозивные изменения суставных поверхностей эпифизов. Эти изменения могут возникать уже в ранних стадиях злокачественного роста, отличаются резистентностью к глюкокортикоидам (ГК) и цитостатикам, применяющимся для лечения этих заболеваний, и чаще всего исчезают после радикального удаления опухоли. Эффект терапии в данном случае может быть одним из надежных критериев постановки диагноза.

В пожилом возрасте снижена неспецифическая иммунная защита, что проявляется несостоятельностью кожного и эндотелиального барьеров, низкой выработкой лизоцима, пропердина, недостаточностью антиоксидантной активности, фагоцитоза, системы комплемента. У пожилых пациентов отмечаются недостаточная экспрессия генов на Т-лимфоцитах, низкая активность естественных киллеров и слабая активация макрофагов на интерферон γ [2, 3].

В результате инволюции тимуса после 55 лет происходит снижение выхода стволовых клеток при сохранной продукции Т-клеток, но нарушенной у них способности к дифференцировке, результатом чего является избыток клонов CD8+. В пожилом возрасте снижены пролиферация лимфоцитов на неспецифические митогены, антигены вирусов, кожная реакция на антиген (туберкулиновая проба). Отмечается дисбаланс Th1-цитокинов: повышена выработка интерлейкина (ИЛ) 4, ИЛ5, ИЛ6 и снижена продукция ИЛ2, ИЛ3, гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора. Нарушена элиминация злокачественных клеток, что приводит к развитию миеломной болезни, В-клеточных лимфом и др. Замедлено формирование антител

Частота (в %) внесуставных проявлений при РА у лиц разного возраста

Внесуставные проявления РА	Пациенты молодого возраста (до 60 лет) [3]	Пациенты пожилого возраста (60 лет – 74 года) [2]	Пациенты старческого возраста (старше 75 лет) [2]
Ревматоидные узелки	40	20	20
Капиллярит	26	15	15
Полиневропатия	20	8	8
Альвеолярный фиброз	14	5	5
Синдром Рейно	15	1	1
Перикардит, плеврит	5	<1	<1
Нефрит	8	<1	<1
Полимиозит	3	<1	<1

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

на иммунизацию до 6 нед (у молодых лиц — 2–3 нед). Образование CD28-клеток с укороченными теломерами свидетельствует о том, что эти клетки находятся на конечной стадии функционирования, возможно, вследствие хронической антигенной стимуляции. У пожилых людей снижена пропорция В-клеток в периферической крови, но при этом увеличена олигоклональная экспансия клеток, продуцирующих аутоантитела (РФ, антинуклеарный фактор). С возрастом уменьшается лейкоцитоз, характерный для микробной инфекции [2, 3]. Все это свидетельствует о том, что для лиц пожилого возраста в большей степени, чем для лиц более молодого возраста, характерно состояние иммунодефицита.

Коморбидность — актуальная проблема современной клинической гериатрической практики. В среднем при клиническом обследовании больных пожилого и старческого возраста диагностируется не менее 4–5 болезней, проявляющих патологических процессов [2, 3]. Взаимовлияние заболеваний изменяет их классическую клиническую картину, течение, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни и прогноз [2, 3]. При обследовании гериатрических больных часто бывает невозможно отделить суставную патологию от других заболеваний, играющих не менее важную роль в ограничении двигательной способности, ухудшении качества жизни (сердечная недостаточность, поражение периферических сосудов, снижение зрения, слуха и др.). Сопутствующие инфекционные или гематологические нарушения затрудняют интерпретацию лабораторных показателей (СОЭ, СРБ, РФ). На качество жизни пожилых больных РА огромное влияние оказывает состояние депрессии, которое характеризуется угнетенным, подавленным настроением, утратой прежних интересов, повышенной утомляемостью, слабостью, нарушением сна, аппетита, снижением активности.

Так, при сравнении двух групп пациентов, вошедших в базу данных США заболевших РА в возрасте 40–50 лет и заболевших в возрасте старше 60 лет, оказалось, что у пожилых больных чаще диагностировали коморбидные состояния: поражение коронарных сосудов, инфаркт миокарда, артериальную гипертензию, инсульт и др. (CORONA) [2, 3]. Анемия, согласно данным литературы, является одним из наиболее распространенных гематологических нарушений у пациентов пожилого возраста с РА [1–3], и частота ее составляет от 16 до 70% [2, 3]. Одни авторы считают анемию осложнением РА, другие — внесуставным проявлением РА [2, 5]. У 12–65% больных РА она связана с дефицитом железа [1, 3].

Возраст больных играет важную, а иногда и определяющую роль в выборе базисной терапии РА [7, 8]. Аминохинолиновые препараты у пожилых людей увеличивают риск развития ретинопатии, дегенеративных изменений макулярной области. Д-пеницилламин вызывает более частое возникновение дерматозов и вкусовых расстройств. При назначении препаратов золота требуется регулярный контроль гематологических показателей и состояния функции почек. Возрастных различий по индексу токсичности для метотрексата и азатиоприна не выяв-

лено. Тем не менее через 50 мес прекратили прием этих препаратов 30% больных старше 65 лет и лишь 10% пациентов моложе этого возраста. По данным биопсии почек, нефропатия при лечении циклофосфаном развилась у 20% лиц пожилого возраста и лишь у 1% 20-летних больных РА. При приеме азатиоприна отмечено более частое развитие оппортунистических инфекций у пожилых больных, чем у пациентов молодого возраста [7, 8].

Приводим два наблюдения РА у пациентов старческого возраста.

Больная Т., 86 лет, госпитализирована в ревматологическое отделение Областного клинического госпиталя для ветеранов войн (Кемерово) 20.01.2015 г. с жалобами на боль воспалительного характера в лучезапястных, I–V пястно-фаланговых и I–V проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, утреннюю скованность до 2 ч.

Из анамнеза заболевания: 10.11.2014 г. появилась боль в левом плечевом, лучезапястных суставах и мелких суставах кистей. По рекомендации врача принимала ксефокам с положительным эффектом. 20.11 выполнена рентгенография кистей, выявлены просветления в головке основной кости I–II пальцев левой кисти, утолщение мягких тканей. Описанные изменения расценены как вероятный подагрический артрит. Лабораторные показатели, в том числе уровень мочевой кислоты, в пределах нормы. Назначены аллопуринол 100 мг/сут, ксефокам, компрессы с димексидом. В декабре 2014 г. в анализах крови: СОЭ 23 мм/ч, л. $11,2 \cdot 10^9/\text{л}$, Hb 126 г/л; РФ 1+; СРБ 4+. Проводилось лечение в прежнем объеме, без эффекта. При повторном осмотре терапевтом установлен предварительный диагноз: РА. Больная госпитализирована для уточнения диагноза и подбора базисной терапии.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледно-розового цвета. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система соответствует возрастной норме. Болезненность и припухлость лучезапястных, I–IV пястно-фаланговых и I–IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, ограничение движений в суставах. Число болезненных суставов — 15, число припухших суставов — 10 (рис. 1). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыханий (ЧД) 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над аортой, частота сердечных сокращений (ЧСС) 72 в минуту, артериальное давление (АД) 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпаторно не определяется, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка, почки не пальпируются.

Проведено обследование. В анализах крови: Hb 103 г/л, СОЭ 54 мм/ч, IgA 438,0 (норма до 400 г/л), СРБ 60,2 мг/л, РФ 4,0 МЕ/мл, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) 14,1 Ед/мл, железо сыворотки 2,3 мкмоль/л, остальные показатели в пределах нормы.

Электрокардиография (ЭКГ): ритм синусовый, ЧСС 62 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Умеренные изменения миокарда левого желудочка.

Эхокардиография (ЭхоКГ): систолическая функция левого желудочка удовлетворительная. Диастолическая дисфункция левого желудочка I-го ти-



Рис. 1. Кисти пациентки Т., 86 лет

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

на. Склероз аорты, аортального клапана (АК), митрального клапана (МК). Умеренная недостаточность трехстворчатого клапана (ТК). Умеренная легочная гипертензия.

УЗИ органов брюшной полости: признаки хронического холецистита, диффузных изменений паренхимы печени, диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы.

УЗИ органов малого таза: признаки фибромиомы тела матки в стадии регресса. Минимальный мукометр.

УЗИ почек: признаки структурных изменений чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почек. Умеренная пиелоктазия справа.

Рентгенография органов грудной клетки: диффузный пневмосклероз.

Рентгенография кистей: умеренные признаки остеопороза, сужение суставной щели с двух сторон в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, I запястно-пястных и лучезапястных суставах. Остеофиты с двух сторон в дистальных межфаланговых и лучезапястных суставах (рис. 2).

Рентгенография стоп: умеренные признаки остеопороза, сужение суставной щели и остеофиты в плюснефаланговых суставах обеих стоп.

Рентгенография плечевых суставов: остеоартрит плечевых суставов II стадии. Остеопороз. Признаки плечелопаточного периартрита с двух сторон.

Рентгенография коленных суставов: остеоартрит коленных суставов I–II стадии. Энтезопатии в области передних уголков надколенника с двух сторон.

Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС): пищевод свободно проходим. Слизистая оболочка ровная, розовая. Сосудистый рисунок умеренно выражен. Z-линия сохранена. Кардиальный жом смыкается. В просвете желудка – умеренное количество слизи. Складки сглажены. Слизистая оболочка розовая, с очагами атрофии. Привратник проходим, эластичен. Луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована. Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки розовая.

Фиброколоноскопия (ФКС): осмотр до купола слепой кишки. Купол не деформирован, расправляется. Илеоцекальный клапан губовидной формы. Слизистая оболочка розовая, отечная. Сосудистый рисунок нечеткий. Тонус понижен. Гаустры соответствуют отделам.

В результате проведенного обследования достоверных данных в пользу неопластического процесса не выявлено.

На основании критериев ACR/EULAR (2010) установлен диагноз: **РА серонегативный, ранняя стадия, активность 2 (DAS28 – 6,68), незрозивный (I рентгенологическая стадия), АЦЦП-позитивный, функциональный класс 2. Генерализованный остеоартрит с поражением пястно-фаланговых и межфаланговых суставов кистей, плюснефаланговых суставов стоп, лучезапястных суставов, коленных (I–II рентгенологическая стадия) и плечевых (II рентгенологическая стадия) суставов. Сенильный остеопороз без переломов. Сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит, латентное течение, ремиссия. Хроническая почечная недостаточность 0. Гипертоническая болезнь 2-й степени, II стадии, риск 3. Склероз аорты, АК и МК. Умеренная недоста-**



Рис. 2. Рентгенограмма кистей пациентки Т., 86 лет. Описание в тексте

точность ТК. Умеренная легочная гипертензия.

Больной К., 86 лет, госпитализирован в ревматологическое отделение Областного клинического госпиталя для ветеранов войн (Кемерово) 06.02.2015 г. с жалобами на боль воспалительного характера в лучезапястных, I–V пястно-фаланговых и I–V проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, утреннюю скованность до 30 мин.

Из анамнеза заболевания: точную дату начала заболевания указать не может. Около года беспокоит боль воспалительного характера в лучеза-

пястных, I–V пястно-фаланговых межфаланговых суставах обеих кистей, утренняя скованность до 30 мин. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно местно использовал мази с НПВП с кратковременным положительным эффектом. Больной госпитализирован для уточнения диагноза и подбора базисной терапии.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледно-розового цвета. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система соответствует возрастной норме. Болезненность и припухлость лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, ограничение движений в суставах, деформация I–II пястно-фаланговых суставов правой кисти. Число болезненных суставов – 22, число припухших суставов – 10. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над аортой, ЧСС 60 в минуту, АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпаторно не определяется, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка, почки не пальпируются.

Проведено обследование. В анализах крови: Hb 114 г/л, СОЭ 8 мм/ч, фибриноген 4,2 г/л, СРБ 26,7 мг/л, РФ 77,0 МЕ/мл, АЦЦП 6,3 Ед/мл, железо сыворотки 4,3 мкмоль/л, остальные показатели в пределах нормы.

ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС 52 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Замедление внутрипредсердной проводимости. Умеренные изменения миокарда левого желудочка.

ЭхоКГ: систолическая функция левого желудочка удовлетворительная. Диастолическая дисфункция левого желудочка I-го типа. Склероз аорты, АК, МК. Умеренная недостаточность ТК.

УЗИ органов брюшной полости: признаки конкрементов желчного пузыря (множественные подвижные конкременты 7–16 мм), деформации желчного пузыря, диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы.

УЗИ почек: признаки структурных изменений ЧЛС почек. Рентгенография органов грудной клетки: диффузный пневмосклероз.

Рентгенография кистей: выраженный диффузный остеопороз, картина полиартрита IV стадии с поражением межфаланговых, пястно-фаланговых, межзапястных и лучезапястных суставов в виде резкого неравномерного сужения суставных щелей, множественных кист и эрозий, подвывихов I–II пястно-фаланговых суставов правой кисти, анкилозов

К Л И Н И Ч Е С К И Е Н А Б Л Ю Д Е Н И Я

II–III пястно-фаланговых суставов правой кисти (рис. 3).

Рентгенография стоп: диффузный выраженный остеопороз с лоозеровскими зонами перестройки костной структуры. Признаки полиартрита IV стадии с поражением всех плюснефаланговых суставов с двух сторон, наличием кист и эрозий, сужения суставных щелей. Анкилоз IV плюснефалангового сустава левой стопы. Вторичный остеоартрит I плюснефаланговых суставов с двух сторон.

Рентгенография голеностопных суставов: остеоартрит I–II стадии. Выраженный артрит таранно-ладьевидного сустава слева, подтаранного сустава с двух сторон, ладьевидно-клиновидного сустава с двух сторон.

ФГДС: пищевод свободно проходит. Слизистая оболочка ровная, розовая. Сосудистый рисунок умеренно выражен. Z-линия сохранена. Кардиальный жом смыкается. В просвете желудка – умеренное количество слизи. Складки сглажены. Слизистая оболочка розовая, с очагами атрофии. Привратник проходим, эластичен. Луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована. Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки розовая.

ФКС: осмотр до купола слепой кишки. Купол не деформирован, расправляется. Баугиниева заслонка субовидной формы. Слизистая оболочка розовая, отечная. Сосудистый рисунок нечеткий. Тонус понижен. Гаустры соответствуют отделам.

Проведенное обследование не выявило достоверных данных, свидетельствующих о неопластическом процессе.

На основании критериев ACR/EULAR (2010) установлен диагноз: РА серопозитивный, поздняя стадия, активность 2 (DAS28 – 5,53), эрозивный (IV рентгенологическая стадия), АЦЦП-позитивный, функциональный класс 2.



Рис. 3. Рентгенограмма кистей пациента К., 86 лет. Описание в тексте

Вторичный остеоартрит I плюснефаланговых суставов с двух сторон, голеностопных суставов, II рентгенологическая стадия. Сенильный остеопороз без переломов. Сопутствующие заболевания: желчнокаменная болезнь. Конкременты желчного пузыря. Гипертоническая болезнь 2-й степени, II стадии, риск 3. Склероз аорты, АК и МК. Умеренная недостаточность ТК.

Обсуждение. В России больные старческого возраста (75–89 лет, по классификации возраста ВОЗ) встречаются в практике ревматолога относительно редко, учитывая среднюю продолжительность жизни населения и влияние самих ревматических заболеваний на демографические показатели.

Особенностью описанных клинических случаев является полиморфизм клинических проявлений. Так, отличительной чертой РА в первом случае стало острое начало суставного синдрома с выраженным экссудативным компонентом, а во втором – постепенное начало болезни. Больные различались по исходным лабораторным данным: высокая активность в первом наблюдении (СОЭ – 54 мм/ч) и отсутствие таковой во втором (СОЭ – 8 мм/ч). Общими характеристиками являлись поражение у обоих больных мелких суставов, высокая иммунологическая активность и несоответствие между выраженностью эрозивного процесса и функциональным состоянием пациентов при рентгенологическом обследовании.

Таким образом, многообразие клинических вариантов и отсутствие типичного для РА течения болезни на фоне инволютивных процессов в организме у лиц пожилого и старческого возраста требуют индивидуального подхода и тщательного анализа клинико-лабораторных данных в каждом конкретном случае.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Балабанова РМ, Каптаева АК. Особенности клинической картины и лечения ревматоидного артрита в пожилом возрасте. *Consilium Medicum*. 2006;(12):12-8. [Balabanova RM, Kaptaeva AK. Clinical features and treatment of rheumatoid arthritis in the elderly. *Consilium Medicum*. 2006;8(12):12-8. (In Russ.)].
2. Сатыбалдыев АМ. Ревматоидный артрит у пожилых. *Consilium Medicum*. 2007;9(12):85-92. [Satybalдыеv AM. Rheumatoid arthritis in elderly. *Consilium Medicum*. 2007;9(12):85-92. (In Russ.)].
3. Бочкова АГ. Ревматоидный артрит с дебютом в пожилом возрасте: течение и терапия. *Клиническая геронтология*. 2002;8(3):45-50. [Bochkova AG. Rheumatoid arthritis with the debut
- in the elderly: progress and therapy. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2002;8(3):45-50. (In Russ.)].
4. Кац ЯА. Дебют ревматоидного артрита в старческом возрасте. *Медицинские науки*. 2012;(5):36-43. [Kats YaA. The debut of rheumatoid arthritis in old age. *Meditsinskie nauki*. 2012;(5):36-43. (In Russ.)].
5. Сатыбалдыев АМ, Акимова ТФ, Иванова ММ. Ранняя дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и остеоартроза у лиц пожилого возраста. *Клиническая геронтология*. 2004;(6):39-45. [Satybalдыеv AM, Akimova TF, Ivanova MM. Early differential diagnosis of rheumatoid arthritis and osteoarthritis in the elderly. *Klinicheskaya geriatrriya*. 2004;(6):39-45. (In Russ.)].
6. Mastbergen SC, Jansen NW, Bijlsma JW, Laféber F. Differential direct effects of cyclooxygenase-1/2 inhibition on proteoglycan turnover of human osteoarthritic cartilage: an in vitro study. *Arthritis Res Ther*. 2006;8(1):R2.
7. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2010 Sep;69(9):1580-8. doi: 10.1136/ard.2010.138461.
8. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. 2002 Update. *Arthritis Rheum*. 2002 Feb;46(2):328-46.

Поступила 20.12.2016

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.