

В.А. Жукова, Е.С. Трофимов,  
М.С. Леонтьева

Работа выполнена на кафедре  
факультетской терапии им. акад.  
А.И. Нестерова, ГОУ ВПО РГМУ  
Росздрава

## КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С МНОГОЛЕТНИМ ТЕЧЕНИЕМ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

В настоящее время широко обсуждается вопрос об ускоренном атерогенезе у больных с аутоиммунными заболеваниями, в частности, при ревматоидном артрите [1–4]. Эта точка зрения основывается на данных проспективных исследований, продемонстрировавших четкую ассоциацию более тяжелого течения атеросклероза у молодых пациентов с увеличением концентрации сывороточного С-реактивного белка, а также с достоверно более высокой частотой сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт) у больных ревматоидным артритом в сравнении с популяционными данными [5–7].

Мы изучили частоту развития сердечно-сосудистых событий, встречаемость факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, электрокардиографические и эхокардиографические показатели у больных ювенильным идиопатическим артритом в анамнезе при многолетнем (в среднем 27,5 года) течении заболевания.

### Материалы и методы

Работа проводилась в 2005–2006 гг. в ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова на базе кафедры факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова (зав. кафедрой — докт. мед. наук проф. Н.А. Шостак) и Московского городского ревматологического центра (зав. МГРЦ — К.М. Коган).

Было обследовано 27 больных ювенильным идиопатическим артритом: 13 (42%) мужчин и 14 (58%) женщин в возрасте от 19 до 57 лет. В контрольную группу вошли здоровые добровольцы, сопоставимые с пациентами по полу и возрасту (21 человек, 43% мужчин и 57% женщин).

На момент осмотра средняя длительность заболевания составила 27,5 года. В исследовании мы придерживались классификации ювенильного идиопатического артрита (Durban, 1997), а также диагностических критериев ювенильного ревматоидного артрита (ILAR, 1997) [8]. Наличие других ревматических заболеваний (острой ревматической лихорадки, реактивного артрита, системной красной волчанки, системной склеродермии и др.) было критерием исключения из исследования.

Все больные, поступившие в МГРЦ и ревматологическое отделение ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова с диагнозом

«ювенильный артрит», были включены в анализ и объединены в группу ювенильного идиопатического артрита. Среди этих пациентов у 17 человек выявлен серонегативный по ревматоидному фактору вариант полиартрита, у 2 — серопозитивный артрит, у 2 — системный артрит, у 2 — олигоартрит.

У 4 пациентов при контрольном обследовании был установлен диагноз ювенильного спондилоартрита, что послужило причиной их исключения из исследования. У остальных 23 больных с различными вариантами ювенильного идиопатического артрита обнаружены, по меньшей мере, 4 диагностических критерия ювенильного ревматоидного артрита. У обследованных больных встречались также внесуставные проявления ювенильного ревматоидного артрита: анемия (64%), амиотрофический синдром (36%), лимфоаденопатия (13,6%), увеит (9%), гепатолиенальный синдром (4,5%), амилоидоз (4,5%).

Анамнез пациентов изучали на основании данных амбулаторных карт и выписок из историй болезни. После этого пациентов вызывали на контрольное обследование, проводили оценку сердечно-сосудистых факторов риска в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов, выраженности суставного синдрома с оценкой боли по визуальной аналоговой шкале, вычисляли показатель активности (ПА) заболевания. Проводили рутинное лабораторное и рентгенологическое обследование, регистрировали ЭКГ покоя, выполняли эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ).

Сравнение качественных признаков между группами проводили с помощью точного критерия Фишера.

### Результаты и обсуждение

У 65% обследованных больных ювенильным ревматоидным артритом наблюдалась высокая активность заболевания (ПА>5,1). В 22% случаев активность болезни была средней (ПА от 3,2 до 5,1), у 13% больных — низкой (ПА<3,2).

При сборе анамнеза у больных ювенильным ревматоидным артритом не было выявлено сердечно-сосудистых событий, а именно, инфаркта миокарда, нарушений мозгового кровообращения, манифестации или прогрессирования хронической сердечной недостаточности.

Частота обнаружения традиционных сердечно-сосудистых факторов риска у больных ювенильным ревматоидным артритом была такой же, как и у пациентов контрольной группы, за исключением курения (табл. 1).

При клинико-инструментальном обследовании у больных ювенильным ревматоидным артритом выявлены различные гемодинамически незначимые нарушения, среди которых отмечались бради- или тахикардия, блокада правой ножки пучка Гиса и т.д. (табл. 2).

Таким образом, при сходном профиле традиционных факторов риска у больных ювенильным ревматоидным артритом и в контроле не наблюдалось клинических и инструментальных признаков ишемической болезни сердца как в настоящее время, так и по данным анамнеза.

Таблица 1. Частота встречаемости традиционных сердечно-сосудистых факторов риска среди обследованных больных

Фактор риска	Больные ЮРА (n=23)		Контрольная группа (n=21)		p
	абс.	%	абс.	%	
Курение	2	9	10	48	0,005
Дислипидемия	2	9	2	9	0,661
Ожирение (ИМТ> 30 кг/м <sup>2</sup> )	0	0	0	0	—
Артериальная гипертензия	2	9	0	0	0,267

В то же время небольшой объем исследования, малое количество регистрируемых признаков, а также отсутствие в нашем распоряжении методов, документирующих субклинический атеросклероз, не позволяют сделать достоверный вывод о причинно-следственной связи между аутоиммунным воспалительным процессом при ювенильном ревматоидном артрите и ускоренным развитием сердечно-сосудистых заболеваний. Для решения этого вопроса требуются дальнейшие исследования с вовлечением большого количества пациентов.

Таблица 2. Данные инструментального обследования больных ювенильным ревматоидным артритом

Признак	Частота выявления, n (%)
<b>Данные ЭКГ</b>	
Брадикардия	2 (9)
Тахикардия	1 (5)
Синдром укороченного интервала P-Q	2 (9)
Блокада правой ножки пучка Гиса	2 (9)
Синусовая аритмия	3 (14)
Гипертрофия левого желудочка	1 (5)
<b>Данные Эхо-КГ</b>	
Пролапс митрального клапана	6 (27)
Пролапс трикуспидального клапана без регургитации	1 (5)
Пролапс трикуспидального клапана с регургитацией	3 (14)

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Sattar N., McCarey D.W., Capell H., McInnes I.B. Explaining how "high-grade" systemic inflammation accelerates vascular risk in rheumatoid arthritis. *Circulation* 2003;108(24):2957-63.  
 2. Kaplan M.J. Cardiovascular disease in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2006;18(3):289-97.  
 3. Van Doornum S., McColl G., Wicks I.P. Accelerated atherosclerosis: an extraarticular feature of rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum*

2002;46:862-73.  
 4. Van Doornum S., Jennings G.L., Wicks I.P. Reducing the cardiovascular disease burden in rheumatoid arthritis. *Med J Aust* 2006;184(6):287-90.  
 5. Zieske A.W., Tracy R.P., McMahan C.A. et al. Elevated serum C-reactive protein levels and advanced atherosclerosis in youth. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2005; 25(6):1237-43.  
 6. van Zeben D., Hazes J.M., Zwiderman A.H. et al. Factors predicting outcome of rheumatoid

arthritis: results of follow up study. *J Rheumatol* 1993;20:1288-96.  
 7. Wolfe F., Mitchell D.M., Sibley J.T. et al. The mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994;37:481-94.  
 8. Кузьмина Н.Н., Шайков А.В. Ювенильный ревматоидный артрит: терминологические и классификационные аспекты. *Научно-практическая ревматология* 2000;1:35-42.

**АТЕРОСКЛЕРОЗ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ – ИМЕЮТ ЛИ ЗНАЧЕНИЕ ТРАДИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА?**

Ранний атеросклероз у больных ревматоидным артритом (РА) остается одной из важных проблем современной ревматологии. Так, сообщения о сердечно-сосудистом риске у больных РА открыли научную программу Ежегодной конференции Британского общества ревматологов, состоявшейся 2-5 мая 2006 г. в Глазго. В одном из сообщений были представлены объединенные данные 683 медицинских практик Великобритании, включающие более чем 7 млн пациентов, о частоте инфаркта миокарда у больных РА [1]. Используя ретроспективный дизайн, авторы сообщения показали, что максимальный риск инфаркта миокарда наблюдается у молодых женщин, причем независимо от традиционных факторов риска [1].

Пациенты, страдающие ювенильным РА (ювенильным идиопатическим артритом), также могут иметь высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний, учитывая вклад воспаления в атерогенез. В то же время у пациентов с ювенильным РА (подросткового и молодого возраста) вклад традиционных факторов риска, таких, как курение, артериальная гипертензия, дислипидемия, относи-

тельно невелик. Работа молодых исследователей В.А. Жуковой и соавторов «Клинико-инструментальная диагностика поражения сердца у больных с многолетним течением ювенильного идиопатического артрита» подтверждает, что оцениваемые обычно факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и рутинные процедуры ЭКГ и эхокардиографии не позволяют выявить субклинический атеросклероз или поражение сердца у больных ювенильным РА.

Имеются немногочисленные данные о поражении сердца и маркерах субклинического атеросклероза у больных ювенильным идиопатическим артритом. D. Oguz и соавт. [2] выявили диастолическую дисфункцию левого желудочка у больных ювенильным РА. Данные магнитно-резонансной томографии свидетельствуют, что у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом увеличена жесткость аорты, что соответствует субклиническому атеросклерозу [3]. Было также показано, что маркеры активации эндотелия (растворимые молекулы межклеточной адгезии-1 и E-селектин) обнаруживаются в повышенных концентрациях при высокой активности болезни [4].

**Комментарий редакции**

Таким образом, исследования с применением новых методов визуализации (ультразвук высокого разрешения, магнитно-резонансная томография, контрастная эхокардиография) помогут более четко ответить на вопрос о роли сердечно-сосудистых факторов риска в патогенезе атеросклероза при ювенильном РА.

**Литература**

1. Arden N.K., Edwards C.J., Fisher D.J. et al. The increased risk of myocardial infarction in patients with rheumatoid arthritis is greatest in young women and is not due to traditional risk factors [abstract]. *Rheumatology (Oxford)* 2006;45 Suppl 1:i1.  
 2. Oguz D., Ocal B., Ertan U. et al. Left ventricular diastolic functions in juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatr Cardiol* 2000;21(4):374-7.  
 3. Argyropoulou M.I., Kiortsis D.N., Daskas N. et al. Distensibility and pulse wave velocity of the thoracic aorta in patients with juvenile idiopathic arthritis: an MRI study. *Clin Exp Rheumatol* 2003;21(6):794-7.  
 4. Bloom B.J., Nelson S.M., Eisenberg D., Alario A.J. Soluble intercellular adhesion molecule-1 and E-selectin as markers of disease activity and endothelial activation in juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol* 2005;32(2):366-72.