

лизированных в терапевтическое отделение МУЗ «2-я городская клиническая больница» г. Иванова. Пациентки не получали заместительную гормональную терапию, имели продолжительность менопаузы более 10 лет, а также характеризовались низкой физической активностью. Обследованные были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту. Основную составили 35 женщин (средний возраст – $64,2 \pm 1,2$ года) с МС, диагностированным по рекомендациям экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (2009). В контрольную группу включены 30 больных (средний возраст – $63,5 \pm 1,5$ года) с нормальным метаболическим статусом. Пациенткам выполняли рентгенографию коленных суставов (по стандартной методике в переднезадней и боковой проекциях) и ультразвуковое исследование (УЗИ) коленных суставов. Выраженность боли в суставах определяли по 100-миллиметровой визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и опроснику WOMAC, функциональные нарушения – по индексу Leguesne. Качество жизни, связанное с болезнью, оценивали с помощью опросника Health Assessment Questionnaire (HAQ), отслеживали частоту рецидивов синовита, требующих стационарного лечения в течение года.

В основной группе в 35% случаев имел место гонартроз III стадии, у 65% больных – II стадии. Частота рецидивов синовита, требующих стационарного лечения, составила $2,1 \pm 0,17$ случая в год. У женщин из группы контроля в 95% случаев имелся гонартроз II стадии, у остальных

пациенток – I стадии. Частота рецидивов синовита, требующих стационарного лечения, составила $1,2 \pm 0,13$ случая в год. При наличии признаков синовита, верифицированного с помощью УЗИ, интенсивность боли была выше ($p < 0,05$) у женщин основной группы по сравнению с контрольной (по ВАШ – $78,3 \pm 2,2$ мм, по WOMAC – $15,3 \pm 0,2$ балла против $63,1 \pm 2,4$ мм и $14,5 \pm 0,2$ балла соответственно).

Функция суставов у женщин с синовитом в основной группе также была нарушена в большей степени ($p < 0,05$), чем у пациенток контрольной. По нашим данным, индекс Leguesne у пациенток с МС достигал $9,85 \pm 0,32$ балла, а у женщин с нормальным метаболическим статусом – только $5,85 \pm 0,25$ балла. Качество жизни у обследуемых основной группы было ниже ($p < 0,05$), чем у пациенток группы контроля. Так, при тестировании по HAQ они получили $3,7 \pm 0,2$ и $2,5 \pm 0,1$ балла соответственно.

Анализ результатов обследования показал, что у женщин пожилого возраста, имеющих низкую физическую активность, при наличии МС выше темпы прогрессирования остеоартроза, чаще развивается требующий стационарного лечения синовит, который сопровождается более значительными нарушениями функции коленных суставов и снижением качества жизни. Это позволяет предположить, что наличие МС у женщин пожилого возраста усугубляет клиническое течение первичного локального остеоартроза коленных суставов.

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОТДАЛЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

Повасарис Н.С.,
Мясоедова С.Е., доктор медицинских наук

Кафедра терапии и эндокринологии ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

* Ответственный за переписку: e-mail: povasarisns@mail.ru

Ревматоидный артрит (РА) ассоциируется с высокой летальностью, чаще всего по причине сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных ранним развитием и быстрым прогрессированием атеросклеротического поражения сосудов (которое развивается на 10 лет раньше, чем в популяции). В последнее время в качестве одного из показателей сердечно-сосудистого риска у больных РА рассматривается жесткость артериальной стенки.

Цель исследования – оценить изменения эластических свойств сосудистой стенки в сопоставлении с клиническим состоянием сердечно-сосудистой системы у больных РА по результатам проспективного наблюдения за ними в течение 1 года.

Обследованы 47 пациентов (44 женщины и 3 мужчины) в динамике (исходно и через 12 месяцев),

средний возраст – 48 (40–53) лет, с достоверным диагнозом РА (ACR, 1987) II–III степени активности (по DAS 28), преимущественно со II–III функциональным классом (ФК). Серопозитивный вариант по ревматоидному фактору отмечен у 31, системные проявления (ревматоидные узелки, склерит) – у 13 пациентов. Длительность анамнеза РА к началу наблюдения составила 72 (24–120) месяца.

У 7 женщин была выявлена гиперхолестеринемия, у 21 – абдоминальное ожирение, 20 пациентов с РА имели отягощенную наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Индекс массы тела в среднем составил 24,5 (22,0–27,5) кг/м². Риск по шкале SCORE – низкий (менее 3%).

У всех пациентов отсутствовали артериальная гипертензия (АГ), ассоциированные клинические состояния, нарушения углеводного обмена.

К началу наблюдения 21 пациент не получал базисной терапии (БТ), 26 больных получали БТ метотрексатом в дозе 5–20 мг/нед. или лефлуномидом (20 мг/сут), в том числе 12 – сочетали с приемом преднизолона (2,5–15 мг/сут). Все пациенты принимали селективные нестероидные противовоспалительные препараты. Подбор впервые назначенной БТ больным РА проводился в стационаре с последующей ее коррекцией в процессе наблюдения.

При повторном обследовании все пациенты получали БТ, в том числе 37 из них – метотрексат (5–20 мг/сут), 5 – лефлуномид (20 мг/сут), 5 – сульфасалазин (3 мг/сут), 8 пациентов продолжали принимать преднизолон в низких дозах. В течение года всем пациентам назначались селективные нестероидные противовоспалительные препараты.

Через год наблюдения у больных РА оценивалась эффективность проводимого лечения по критериям Европейской антиревматической лиги (EULAR). Измеряли скорость распространения пульсовой волны с помощью приставки «Полиспектр-12» (ООО «Нейрософт», Иваново). Результаты обрабатывались с помощью программы Статистика 6.0

Через год наблюдения у 16 больных РА (34%) впервые выявлено повышение артериального давления (АД): у 6 из них диагностирована АГ

1 степени, у 10 – высокое нормальное АД. Это лица в возрасте от 36 до 58 лет с серопозитивным вариантом течения РА, преимущественно с III степенью активности заболевания, II–III ФК. У 7 пациентов отмечены системные проявления (ревматоидные узелки, склерит). Средняя продолжительность РА составила 79,5 (27,5–120) месяца. Исходно по уровню риска сердечно-сосудистых заболеваний они не отличались от остальных пациентов с РА. К началу исследования БТ метотрексатом в дозе 5–20 мг/нед. получали 8 пациентов, преднизолоном в дозе 5–10 мг/сут – 5. Через год все пациенты с РА находились на БТ, 5 из них продолжали принимать преднизолон в низких дозах. Средняя длительность приема преднизолона составила 3,6 месяца. Умеренная эффективность терапии наблюдалась у 5 пациентов, у 11 эффекта не было.

У больных РА с повышением АД оказался достоверно выше общий модуль упругости сосудистой стенки ($p = 0,03$) по сравнению с аналогичным показателем у остальных пациентов с РА. Выявлена отрицательная взаимосвязь повышения АД с наличием БТ к началу исследования, а также с приемом метотрексата в начале наблюдения ($r = -0,29$, $p = 0,04$ и $r = -0,43$, $p = 0,002$ соответственно). При оценке эффективности проводимой терапии у 19 пациентов с РА выявлен умеренный эффект, у 27 проводимая терапия в течение года оказалась неэффективной. Отсутствие эффекта от проводимой терапии было сопряжено с повышением ригидности сосудистой стенки, что выражалось в виде прироста скорости пульсовой волны по сосудам эластического типа в динамике ($r = 0,34$; $p = 0,04$).

Итак, в течение года у 16 из 47 пациентов с плохо контролируемой активностью РА отмечено повышение АД до высокого нормального или появление АГ. Ухудшение эластических свойств сосудистой стенки ассоциировалось с отсутствием эффекта от базисной терапии. Показано, что пациенты с высокой и длительно персистирующей активностью РА представляют группу риска в отношении развития АГ и имеют склонность к увеличению жесткости сосудистой стенки. Отсутствие базисной терапии основного заболевания может способствовать подъему АД у таких пациентов.