

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Корягина Н.В.^{*1}, кандидат медицинских наук,
Мясоедова Е.Е.², кандидат медицинских наук

¹ Кафедра терапии и эндокринологии ФДППО ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

² Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

** Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: koryagina_nataly@inbox.ru.*

С целью установить частоту различных видов сердечно-сосудистой патологии (ССП) при ревматоидном артрите (РА) обследованы 173 пациента с РА (83,2% женщин и 16,8% мужчин) в возрасте от 18 до 82 лет (средний возраст – $54,6 \pm 13,3$ года), с длительностью заболевания от 1,5 мес. до 37 лет ($6,9 \pm 8,2$ года), проходивших лечение в городском ревматологическом центре на базе МУЗ “Городская клиническая больница № 4”. У всех больных РА имел место полиартрит, у большинства (77,5%) суставная форма II (17,5%) и III (81,3%) степени активности по DAS 28, серонегативный вариант (58,8%). У 80% наблюдался эрозивный артрит (Steinbrocker O.). Большинство пациентов имели I (27,5%) и II (68,8%) степень нарушения функции суставов. Системные проявления были выявлены в 22,5% случаев, в том числе ревматоидные узелки, глазные симптомы, синдром Шегрена, кожный васкулит. Все больные РА получали базисную терапию (из них 76,4% – метотрексат) и нестероидные противовоспалительные препараты (каждый третий – селективные). Глюкокортикоиды в дозе 2,5–20 мг/сут принимали 51,3% пациентов.

Более чем у половины больных РА выявлена ССП: артериальная гипертензия – у 63%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 12,1%, цереброваскулярная патология в виде последствий острого нарушения мозгового кровообращения – у 8,1%, хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) – у 1,7% пациентов. Хроническая сердечная недостаточность отмечена в 11% случаев на фоне постинфарктного кардиосклероза и ХРБС. Клинически манифестных форм миокардита и перикардита не выявля-

но, но у 10,1% пациентов с РА без ИБС и ХРБС были электрокардиографические признаки в виде сглаженного или отрицательного зубца Т, которые в 60% случаев сочетались с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) по данным эхокардиографии. Перикардальный выпот обнаружен у 2,3% больных. Нарушения ритма и проводимости встречались в 18,8% случаев и выявлялись начиная с дебюта заболевания. Их возникновение было сопряжено с системными проявлениями ($r = 0,18$), традиционными факторами сердечно-сосудистого риска ($r = 0,28$) и выраженностью ГЛЖ ($r = 0,28$). Более частыми были нарушения проводимости левой (6,1%) и правой (4,7%) ножек пучка Гиса, реже выявлялись аритмии. В дебюте РА чаще отмечены нарушения проводимости (12,1%), реже – аритмии (5,2%). Субклиническая клапанная патология представлена в виде недостаточности митрального клапана (НМК) (54,5%) и реже умеренного стеноза (6,8%) или недостаточности аортального клапана (4,5%), они были гемодинамически незначимы и не сопровождалась увеличением полостей сердца. Наличие НМК ассоциировалось с большей длительностью анамнеза РА ($p < 0,05$), а также с возрастом – 27,8% у молодых пациентов и 88% у пожилых ($p < 0,001$). Кроме этого, выявлена обратная корреляционная связь между наличием НМК и дозой метотрексата ($r = -0,33$, $p < 0,05$).

Следовательно, установлена более высокая, чем в общей популяции, частота ССП при РА, что необходимо учитывать при проведении лечебно-диагностических мероприятий и выборе дальнейшей тактики лечения этих пациентов.