

© ПАЛЬГУЕВА А.Ю., ПОДОЛИНСКАЯ Н.А., 2012

СОСТОЯНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

ПАЛЬГУЕВА А.Ю., ПОДОЛИНСКАЯ Н.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,
кафедра госпитальной терапии*

Резюме. Обследовано 75 больных ревматоидным артритом (РА) и 29 здоровых лиц, не имеющих клинических проявлений атеросклероза и факторов риска его возникновения. Выполнено ультразвуковое исследование артериальных сосудов с измерением толщины интима-медиа (КИМ) сонных артерий и расчетом суммарной площади поражения атеросклеротическими бляшками. Установлено, что РА сопровождается функциональными и органическими изменениями сосудов. Эти изменения коррелируют с возрастом больных, длительностью РА, суставным индексом Ричи, уровнем С-реактивного протеина, проатерогенными изменениями липидного спектра сыворотки крови.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, атеросклероз.

Abstract. 75 patients with rheumatoid arthritis (RA) and 29 healthy subjects without clinical manifestations of atherosclerosis or risk factors of its development were studied. All patients underwent ultrasonic investigation of the arterial vessels with the measurement of the intima-media thickness (IMT) of carotids and sizing up of the total area of atherosclerotic plaques lesion. It has been determined, that RA is accompanied by functional and organic atherosclerotic changes of arterial vessels. These signs of atherosclerosis in RA positively correlate with the patients' age, duration of the disease, Ritchie index, C-reactive protein level, proatherogenic changes in serum lipid profile.

Системные заболевания соединительной ткани ассоциируются с ранним развитием атеросклероза и таких опасных его осложнений, как инфаркт миокарда и инсульт. В последние годы установлено, что ревматоидный артрит (РА), основными клиническими проявлениями которого являются суставные поражения в виде эрозивного артрита, проявляющегося болью и припухлостью

суставов, приводит к все еще необъясненному увеличенному риску возникновения и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний [1, 2, 3].

Ускоренное развитие атеросклеротической болезни при РА, которое во многом определяет прогноз при этом заболевании, невозможно объяснить с позиции классических факторов риска. Предполагается, что такая связь, возможно, обусловлена некоторым параллелизмом аутоиммуно-воспалительных реакций при этих заболеваниях. На сегодняшний момент доказана ассоциация атероскле-

Адрес для корреспонденции: 210023, г.Витебск, пр-т Строителей, д.12/1, кв. 92. Моб.тел.: +375 (33) 675-48-72 – Пальгуева А.Ю.

роза и РА, в то же время остается целый ряд вопросов, требующих дальнейшего изучения.

Важным представляется изучение ранних доклинических стадий атеросклеротического поражения магистральных артерий у данной категории пациентов, а также взаимосвязь состояния сосудистого русла в зависимости от клинико-лабораторных характеристик течения суставной патологии

Общеизвестным является факт, что основной причиной ухудшения качества жизни пациентов с РА является хронический болевой синдром. С одной стороны, болевой синдром может быть обусловлен активным воспалительным процессом, с другой - деструкцией тканей и анатомическими изменениями в хрящах, костях и мягких периартикулярных тканях. Причиной болевого синдрома у этих пациентов также могут быть системные проявления РА (васкулит, перикардит, плеврит, полиневропатия), осложнения медикаментозной терапии, коморбидные состояния. В частности болевые ощущения в области живота могут быть связаны с НПВС-гастропатией, остеоохондрозом поясничного отдела позвоночника и, возможно, с атеросклеротическим поражением брюшного отдела аорты. Установить точную причину болей в животе возможно при помощи эхоконтролируемой пальпации во время проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости.

Целью исследования являлось изучение состояния магистральных артерий у больных РА во взаимосвязи с клиническими особенностями течения суставной патологии, активностью воспалительного процесса, показателями липидного обмена, а также определение возможных источников болевых ощущений в области живота при проведении эхоконтролируемой пальпации.

Методы

Для достижения цели работы в исследовании было включено 75 пациентов, страдающих РА. В качестве контрольной группы (КГ) выступили 28 здоровых лиц.

Диагноз РА устанавливался в соответствии с модифицированными критериями

Американской Коллегии Ревматологов (ACR) [4].

Средний возраст больных РА составил $38,7 \pm 7,4$ лет. Обследовано мужчин – 5 (6,7%), женщин – 70 (93,3%). Продолжительность анамнеза РА в среднем составила $8,3 \pm 5,4$ лет. Серопозитивный вариант РА имел 51 (68 %) человек, серонегативный – 24 (32%). Активность воспалительного процесса I степени была характерна для 9 (12%) больных, II – для 47 (62,7%), III – для 19 (25,3%). Рентгенологическая II стадия была определена у 32 (42,7%) лиц, III – у 27 (36%), IV – у 16 (21,3%). Функциональный класс I установлен в 31 (41,3%) случае, II – в 41 (54,7%), III – в 3 (4%). Экстраартикулярные проявления РА были у 14 (18,7%) человек. Ревматоидные узелки выявлены у 9 (12%) больных, системная амиотрофия – у 2 (2,7%), полинейропатия – у 1 (1,3%), лимфоаденопатия – у 3 (4%). Базисную терапию получали 66 (88%) обследованных лиц, из них 1 (1,3%) больной получал сульфасалазин 2,0 г ежедневно, остальные 65 (86,7%) – метотрексат в дозе от 7,5 до 15 мг в неделю (7,5 мг было назначено в 8 (10,7%) случаях, 10 мг – в 37 (49,3%), 12,5 мг – в 16 (21,3%), 15 мг – в 4 (5,3%)). Дополнительно 20 (26,7%) больных принимали ежедневно метилпреднизолон в дозе от 2,5 до 10 мг. Все регулярно использовали НПВС (нимесулид, диклофенак, миелоксикам).

Оценку суставного поражения проводили с помощью индекса Ричи, среднее значение – $12,7 \pm 6,4$. Пациентам предлагалось дать общую оценку состояния своего здоровья и выраженность болевого синдрома по визуальной-аналоговой шкале (ВАШ), которые составили $42,8 \pm 18,8$ и $58 \pm 13,3$, соответственно.

Выполнялась ультразвуковая двумерная эхография артерий в серой шкале. Сопоставление ТИМ между исследуемыми группами проводилась по результатам ее оценки в сонных артериях.

Для уточнения источников болевых ощущений во время проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости проводилась эхоконтролируемая пальпация луковицы двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, абдоминальной аорты, позвоночника.

Выраженность болевых ощущений оценивалась при помощи ВАШ.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась программами из пакета STATISTICA 6.0. Использовались методы описательной статистики, включающие оценку средних величин, стандартного отклонения ($M \pm s$, где M – среднее арифметическое, s – стандартное отклонение). Исследование связанных событий выполнялось путем вычисления коэффициента корреляции Спирмена. Для оценки достоверности использовался U -критерий Манна-Уитни. Для всех видов анализа статистически достоверным считали значения вероятности превышающей 95% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

При проведении ультразвуковой ангиографии в группе РА у 27 (36%) пациентов установлено наличие утолщения КИМ сонных артерий. В КГ у всех обследованных толщина КИМ сонных артерий не превышала нормальных значений. Толщина КИМ сонных артерий в группе РА составила 0,8 мм (0,7–0,9). В группе здоровых лиц толщина КИМ оказалась 0,6 мм (0,6–0,7). Таким образом, в группе РА толщина КИМ была достоверно ($p < 0,001$) больше, чем у обследованных лиц КГ.

В группе РА обнаружены статистически достоверные различия по толщине КИМ между подгруппами с разной длительностью анамнеза заболевания. В подгруппе РА с длительностью заболевания до 5 лет (21 человек) утолщение КИМ установлено в 1 (4,8%) случае. При этом в подгруппе с длительностью РА 5–9 лет (26 человек) значения толщины КИМ 0,9 мм и более встречались у 5 (19,2%) обследованных. При продолжительности РА 10 лет и более (28 человек) утолщение КИМ встречалось у 21 (75%) человека. Достоверно ($p < 0,05$) установлено наличие различий по частоте встречаемости утолщения КИМ между подгруппой с длительностью заболевания 10 лет и более с подгруппами с меньшей продолжительностью РА.

При РА была выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем СРП и

толщиной КИМ сонных артерий ($r=0,79$, $p < 0,001$).

Выявлена умеренная прямая корреляционная взаимосвязь между толщиной КИМ сонных артерий и индексом Ричи.

В группе РА достоверно ($p < 0,05$) толщина КИМ в подгруппе с IV рентгенологической стадией артрита была выше, чем при II и III стадиях заболевания.

В группе РА с серопозитивным вариантом заболевания толщина КИМ составила 0,83 мм (0,7–0,92), что было достоверно ($p < 0,05$) больше, чем у пациентов с серонегативным РА, где толщина КИМ составила 0,76 мм (0,7–0,82). В подгруппе с серопозитивным РА не было корреляционной зависимости между толщиной КИМ сонных артерий и уровнем РФ в сыворотке крови ($r=-0,01$, $p > 0,05$).

Толщина КИМ сонных артерий в подгруппе с экстраартикулярными проявлениями РА составила 0,95 мм (0,9–1,0), в подгруппе без таковых – 0,8 мм (0,7–0,87). По толщине КИМ эти две подгруппы пациентов с РА достоверно ($p < 0,001$) различались между собой. В подгруппе РА с системными проявлениями (14 человек) утолщение КИМ встречалось у 12 (85,7%) обследованных лиц, у пациентов с суставной формой заболевания – у 15 (24,6%). Была выявлена взаимосвязь между наличием системных проявлений РА и частотой встречаемости утолщения КИМ ($\chi^2=6,95$, $p < 0,05$).

У 22 (29,3%) пациентов с РА в артериальных сосудах присутствовали очаги атерматоза. Достоверно ($\chi^2=8,75$, $p < 0,05$) присутствие атеросклеротических бляшек, в сосудах обследованных лиц, было ассоциировано с РА. В КГ очагов атероматоза в сосудах обнаружено не было. При РА имеет место поражение артериального русла атеросклеротическими бляшками, которые были обнаружены в различных сосудистых регионах (сонные артерии, абдоминальный отдел аорты и сосуды нижних конечностей, плечевые артерии).

Имели место статистически достоверные ($p < 0,001$) различия по продолжительности РА между подгруппой с атеросклеротическими бляшками и без них. Продолжительность анамнеза РА в подгруппе с очагами атероматоза со-

ставила 12 лет (10–15), в подгруппе без атеросклеротических бляшек – 5 лет (3–8).

Установлено, что для пациентов, в сосудах которых выявлены атеросклеротические бляшки, были характерны более высокие значения индекса Ричи.

Системные проявления РА присутствовали у 12 (54,6%) человек с атеросклеротическими бляшками. В то же время среди пациентов с РА без очагового поражения сосудов экстраартикулярные проявления имели место только у 2 (3,8%) человек. Присутствие атеросклеротических бляшек в сосудах было статистически достоверно ассоциировано с наличием системных проявлений РА ($\chi^2=15,89$, $p<0,001$).

При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости проводилась эхоконтролируемая пальпация. При этом 36 (48%) человек указывали на наличие болевых ощущений. В 15 (20%) случаях болевые ощущения выявлялись при пальпации поясничного отдела позвоночника, выраженность которых по шкале ВАШ составила 48 (36-59). В 21 (28%) случаях пациенты указывали на болезненные ощущения при пальпации абдоминального отдела аорты и их интенсивность оказалась 42 (31-65). При этом в данной группе пациентов выявлены признаки атеросклеротического поражения аорты: изменение контура сосуда в виде извитости, неоднородная структура сосудистой стенки, неровности, неоднородности интимальной зоны. Атеросклеротические бляшки в брюшной аорте обнаружены в 21 (28%) случае. Единичные очаги атероматоза выявлены у 9 (12%) человек, множественные – у 12 (16%). Во всех случаях атеросклеротические бляшки были гомогенной структуры с ровной поверхностью. По распространенности атеросклеротические бляшки были локальными, по локализации – сегментарными. Гемодинамических нарушений не вызывали.

Заключение

1. РА характеризуется ранним возникновением атеросклеротических изменений артериальных сосудов. В группе РА утолщение

КИМ сонных артерий определялось у 27 (36%) пациентов, что достоверно чаще в КГ. Толщина КИМ сонных артерий при РА оказалась 0,8 мм (0,7–0,9), что было выше, чем в КГ.

2. При РА атеросклеротические бляшки выявлялись в сосудах 22 (29,3%) человек, что достоверно чаще, чем в КГ. Очаги атероматоза обнаружены в сонных артериях (18,7%), абдоминальном отделе аорты (28%), подвздошных (16%), бедренных (12%), плечевых (4%) артериях.

3. У пациентов с РА выявлена ассоциация между толщиной КИМ сонных артерий и некоторыми клинико-лабораторными характеристиками течения заболевания (длительность РА, выраженность суставного синдрома, уровень СРП в сыворотке крови, рентгенологическая стадия, серопозитивность по ревматоидному фактору, наличие системных проявлений).

4. При проведении эхоконтролируемой пальпации в 22 (29,3%) случаях выявлены болевые ощущения, которые были связаны с изменениями позвоночника (68,2%), а также атеросклеротическими изменениями абдоминального отдела аорты (31,8%).

Литература

1. Ревматоидный артрит (клиника, диагностика, лечение) / В.И. Мазуров [и др.] // Спб., МедМассМедиа; 2000.
2. Coronary artery disease and rheumatoid arthritis / N. Goodson // Curr. Opin. Rheumatol. – 2002. – Vol. 14. – P. 115-120.
3. High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis not explained by traditional cardiovascular risk factors / I.D. Rincon [et al.] // Arthritis Rheum. – 2001. – Vol. 44. – P. 2737-2748.
4. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis / F.C. Arnett [et al.] // Arthritis Rheum. – 1988. – P. 315-324.

Поступила 03.09.2012 г.

Принята в печать 05.09.2012 г.