

Л.В. Мікулець

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ І РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»
Театральна пл., 2, Чернівці, 58002, України*

Ревматоїдний артрит (РА) характеризується підвищеним рівнем серцево-судинної смертності на 60% порівняно із загальною популяцією. Серцево-судинні ускладнення, пов'язані з атеросклеротичним ураженням судин, такі як інфаркт міокарда, застійна серцева недостатність, раптова смерть, є провідною причиною зниження тривалості життя при РА. На цей час відомо, що ревматичні захворювання супроводжуються порушеннями сну, при РА проблеми зі сном виявляють у 54-70% пацієнтів. Порушення сну суттєво знижують якість життя хворих на РА й ускладнюють перебіг захворювання.

Мета – дослідити частоту синдрому обструктивного апное сну (СОАС) у хворих на ревматоїдний артрит.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

В обстеженні взяло участь 89 пацієнтів. Діагноз верифікований згідно з критеріями, запропонованими ARA/EULAR (1987/2010), наказом МОЗ України № 263 від 11.04.2014. Більшість пацієнтів були жінки (89,9%) та позитивні по ревматоїдному фактору (58,4%), а також хворі з помірною та високою активністю захворювання за DAS28 (78,7%). Хворі отримували: метотрексат (від 10 мг до 15 мг/тиждень) – 52%, пероральні кортикостероїди (від 5 до 20 мг/добу), всі пацієнти отримували НПЗП. Хворим проводили загальноклінічні, лабораторні та інструментальні (ехокардіографію, дуплексне сканування сонних артерій, пульсоксиметрію) дослідження. Проводили визначення показників тяжкості СОАС – індекс апное/гіпопное (АНІ - арпеа-гипорпеа index) та індекс десатурації (ІД). СОАС виявляли при ІАГ \geq 5/г. Статистичну обробку даних виконували за допомогою програми PAST.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При проведенні визначення факторів ризику ССЗ було виявлено: 26% пацієнтів курять, обтя-

жений спадковий анамнез по ССЗ – у 71,9%, median АТ - 127/84 мм рт. ст., рівень загального холестерину – 5,3 ммоль/л, індекса маси тіла (ІМТ) – 25,9 кг/м². Ризик смерті від ССЗ за шкалою SKORE – 0,57 (від 0,04 до 4,23%). При проведенні кардіореспіраторного моніторингу в 61,8% був виявлений СОАС. Аналіз факторів ризику ССЗ показав, що вони не відрізнялись між групами (у групі із СОАС і без нього, $p < 0,05$), виключенням був лише ІМТ ($p = 0,037$). У пацієнтів із СОАС спостерігалась тенденція до збільшення індексу маси міокарда лівого шлуночка ($46,3 \pm 0,7$ г/м²) проти $41,0 \pm 0,5$ г/м² у групі без СОАС. Товщина комплексу інтим-медіа була більшою в групі хворих на РА із СОАС ($0,73 \pm 0,07$ мм) та $0,55 \pm 0,04$ мм у групі без СОАС ($p < 0,05$). При аналізі по кількості атеросклеротичних бляшок між групами відмінностей не виявлено. Аналізуючи взаємозв'язки показників тяжкості СОАС і субклінічних ознак ССЗ, виявлено кореляцію АНІ з товщиною комплексу інтим-медіа ($R = 0,43$, $p = 0,019$), ІД з ІММЛШ ($R = 0,45$, $p < 0,05$). Також встановлені позитивні кореляційні зв'язки кількості припухлих суглобів, кількості болючих суглобів і DAS28 з ІД ($R = 0,41$ та $R = 0,32$ відповідно, $p < 0,05$).

ПІДСУМОК

Таким чином, частота СОАС у хворих на РА з низьким сумарним ризиком ССЗ становила 61,8%. Наявність СОАС асоціюється з доклінічними стадіями ССЗ – субклінічним каротидним атеросклерозом та гіпертрофією лівого шлуночка. Індекс десатурації та показник інтермітуючої гіпоксії корелюють з активністю ревматоїдного процесу.