

УДК 616.1:616.72-002.77
© Князева А.К., 2012

ОЦІНКА СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Князева А.К.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Велика увага в останні роки приділяється проблемі серцево-судинної (СС) патології при ревматичних захворюваннях. Атеросклероз коронарних артерій та пов'язані з ним ускладнення визначають значною мірою перебіг і прогноз ряду ревматичних захворювань, одним з яких є ревматоїдний артрит (РА) [3]. Слід зазначити, що збільшення ризику смертності від СС захворювань простежується вже в дебюті РА і асоціюється з серопозитивністю по ревматоїдному фактору, а не з класичними чинниками ризику [1]. СС патологія розвивається у хворих на РА значно раніше, ніж в популяції і патогенетично пов'язана як з неконтрольованим ревматоїдним запаленням, так і з токсичністю протиревматичної терапії. Дослідники відзначають, що частота інфаркту міокарда, серцевої недостатності та раптової коронарної смерті значно вище у хворих на РА, ніж у загальній популяції [4, 5]. Протягом 10-15 років від початку хвороби СС ускладнення розвиваються більш ніж у 1/3 хворих на РА і у багатьох відразу приводять до летального випадку [2]. Тому своєчасне виявлення СС ризику у хворих на РА і застосування заходів щодо зменшення його, мабуть буде сприяти покращенню життя хворих на РА.

Мета роботи: встановити рівень серцево-судинного (СС) ризику у хворих на ревматоїдний артрит.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана за планом НДР ДЗ «Луганський державний медичний університет» і є фрагментом теми НДР кафедри внутрішньої медицини факультету післядипломної освіти «Оптимізація методів діагностики та патогенетичної терапії ревматоїдного артриту» (№ держреєстрації 0106v001845).

Матеріали та методи: У дослідження були включені 42 хворих (І група) зі встановленим відповідно за критеріями ACR (1987) діагнозом РА, вік від 35 до 53 років (в середньому 48,2±3), тривалість захворювання – 8,09±3,6 років, а також 38 пацієнтів (контрольна група)

практично здорових осіб співставлених за статтю та віком. Усі досліджувані мали жіночу стать. Всім хворим досліджували чинники СС ризику, оцінювали рівень загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) та розраховували Не-холестерин-ЛПВЩ (Не-ХС-ЛПВЩ). СС ризик розраховували за допомогою шкали Score. У хворих І групи отримані результати множили на коефіцієнт 1,5 згідно з сучасними європейськими рекомендаціями по СС ризику у хворих на РА. Також оцінювали рівень СС ризику за Фрамингемською шкалою, за шкалою Рейнольдса та шкалою Procam.

Отримані результати та їх обговорення.

Слід зазначити, що у хворих І групи СС чинники ризику зустрічалися вірогідно частіше ($p=0,004$), ніж в контрольній групі (КГ), (відповідно 91,7%; 69,6%). Середній показник індексу маси тіла та відношення окружності талії до окружності стегон у КГ групі становив 25,88±4,72 і 0,84±0,04, а у І групі – 30,42±2,11 і 0,89±0,04, що набувало вірогідної різниці ($p<0,001$). Ранні серцево-судинні захворювання у найближчих родичів частіше реєструвалися в І групі, ніж в КГ ($p<0,001$). Менопауза та дисліпідемія в І групі спостерігалися частіше, ніж у КГ, але різниця була невірогідна ($p=0,32$; $p=0,29$). В І групі, також частіше реєструвалася артеріальна гіпертензія, що мало статистично значимі відмінності ($p<0,001$). Рівень С-реактивного білку (СРБ) у хворих І групи склав 9,45±3,84, а в КГ – 2,83±1,13, що набувало статистичної значущості. Підвищений рівень глюкози, цукровий діабет, лодичечно/плечовий (Л/П) індекс АД<0,9 ($N>1,0$) спостерігалися частіше у осіб І групи, але не мали вірогідних різниць ($p=0,08$; $p=0,19$; $p=0,19$ $p=0,54$).

Показники ліпідного обміну є важливою частиною СС ризику, тому було додатково проаналізовано найбільш вагомні показники ліпідного спектру крові, що відображено в таблиці 1.

Таблиця 1. Показники ліпідограми в групах ($M\pm\sigma$)

Показники	І група (n=42)	КГ (n=38)
ЗХС, ммоль/л	5,09±0,10	5,02±0,10*
ТГ, ммоль/л	1,62±0,39	1,47±0,19*
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	1,3±0,10	1,54±0,20*
ХС ЛПНЩ, ммоль/л	3,6±0,12	3,51±0,10*
ХС ЛПДНЩ, ммоль/л	0,76±0,29	0,69±0,018
Не-ХС-ЛПВЩ, ммоль/л	3,79±0,17	3,48±0,24*

Примітка: * $p<0,05$

Важливе місце в загальному розумінні СС ризику займає його оцінка за стандартизованими шкалами. Дані отримані при оцінці СС ризику в групах наведені на рис. 1.

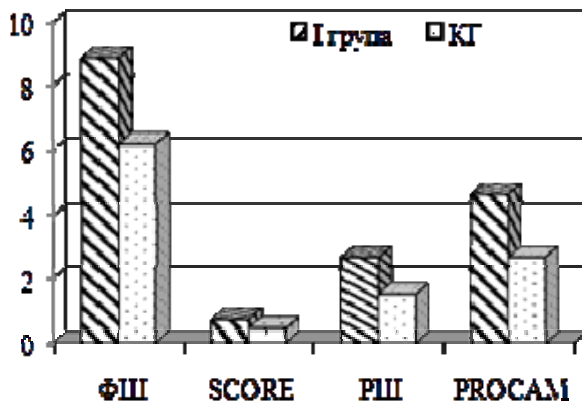


Рис. 1. Оцінка СС ризику за стандартизованими шкалами в групах.

Примітка. ФШ – Фрамінгемська шкала, РШ – шкала Рейнольдса, Score – (Systematic COronary Risk Evaluation) шкала СС ризику, ProcAm – (Prospective Cardiovascular Munster) шкала СС ризику.

Слід зазначити, що в I групі були вірогідні перевищення за всіма показниками СС ризику

в порівнянні з КГ, що свідчить про підвищений СС ризик у хворих з РА.

Таким чином всі наведені дані свідчать про те, що хворі з ревматоїдним артритом є групою підвищеного ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Це ставить за потребу лікарям приділяти більше уваги ретельному обстеженню хворих на РА для своєчасної діагностики та корекції супутніх станів, які погіршують перебіг РА.

Висновки: У хворих на РА достовірно частіше спостерігаються чинники СС ризику. У хворих на РА спостерігаються негативні зміни ліпідного спектру практично за всіма показниками. Показники 10-річного СС ризику за шкалами у хворих на РА достовірно вище ніж у практично здорових осіб і це можливо пов'язано не тільки з чинниками СС ризику, але й з активністю ревматоїдного запалення, рентген стадією, серопозитивністю та функціональною недостатністю суглобів.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним напрямком даного дослідження є вивчення у пацієнтів з РА динаміки показників серцево-судинного ризику в процесі лікування різними фармакологічними препаратами.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Балабанова Р.М. К вопросу о совершенствовании рабочей классификации ревматоидного артрита / Р.М. Балабанова, В.А. Насонова // Научно-практ. ревматол. – 2001. – №5. – с. 91 - 95.
2. Насонов Е.Л. Проблема атеротромбоза в ревматологии / Е.Л. Насонов // Вестн. РАМН. – 2003. – №7. – с. 6–10.
3. Насонов Е.Л. Перспективы применения ритуксимаба при аутоиммунных заболеваниях человека / Е.Л. Насонов // Русский Медицинский Журнал. – 2007. – т. 15, № 26. – с. 1958–1963.
4. Goodson N. Coronary artery disease and rheumatoid arthritis/ N. Goodson // Curr. Opin. Rheumatol. - 2002. - Vol. 4. - P. 115-120.
5. Kitas G.D. Tackling ischemic heart disease in rheumatoid arthritis / G.D. Kitas, N. Erb // Rheumatology. - 2003. - Vol. 42. - P. 607-613.

Князєва А.К. Оцінка серцево-судинного ризику у хворих на ревматоїдний артрит // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 1. – С. 58-59.

В статті наведені дані по оцінці серцево-судинного ризику у хворих на ревматоїдний артрит, показано взаємозв'язок між активністю ревматоїдного запалення та серцево-судинним ризиком.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, серцево-судинний ризик.

Князєва А.К. Оценка сердечно-сосудистого риска у больных ревматоидным артритом // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 1. – С. 58-59.

В статье приведены данные по оценке сердечно-сосудистого риска у больных ревматоидным артритом, показана взаимосвязь между активностью ревматоидного воспаления и сердечно-сосудистым риском.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, сердечно-сосудистую риск.

Knyazeva A.K. Assessment of cardiovascular risk in patients with rheumatoid arthritis // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 1. – С. 58-59.

The article presents data on the assessment of cardiovascular risk in patients with rheumatoid arthritis shows the relationship between the activity of rheumatoid inflammation and cardiovascular risk.

Key words: rheumatoid arthritis, cardiovascular risk.

Надійшла 01.11.2011 р.
Рецензент: проф. Ю.Г.Бурмак