

Рудюк Л.І.

**СЕРЦЕВО-СУДИННІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

Науково-дослідний інститут проблем військової медицини Збройних Сил України (м. Київ)

*Резюме.* Ревматоїдний артрит (РА) – хронічне аутоімунне захворювання з доказово високим ризиком розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), збільшення яких обумовлене накопиченням традиційних факторів розвитку ССЗ. Автором стисло проаналізовані дані досліджень та оглядів сучасної наукової літератури.

*Ключові слова:* ревматоїдний артрит, серцево-судинні захворювання, серцево-судинні ускладнення, фактори ризику.

**Вступ**

РА є найпоширенішим імуннозапальним ревматичним захворюванням, яке вражає 0,5–2% дорослого населення у найбільш працездатному віці 35–55 років [1]. Прогноз життя у 1/3 пацієнтів РА такий же неблагополучний, як і у хворих лімфогранулематозом, цукровим діабетом 2-го типу та інсультом. Тривалість життя у хворих РА залишається нижчою популяційної. Збільшення смертності від РА обумовлене підвищенням частоти розвитку супутніх захворювань, перебіг яких патогенетично зв'язаний з неконтрольованим ревматоїдним запаленням [1, 2].

Однією із основних причин летальності хворих РА є серцево-судинні ускладнення (ССУ) [2]. Дослідження, проведені протягом останніх років, свідчать про підвищення серцево-судинної смертності при РА на 60% порівняно із загальною популяцією (метааналіз 17 проспективних досліджень, всього 92 000 хворих) [3]. За даними Т. Томс та співавт., майже у 26% хворих РА без клінічних ознак ССЗ відзначається високий ризик смерті від них у найближчі 10 років життя.

Згідно з сучасними поглядами, ключовим моментом розвитку ССУ у хворих РА є раннє формування та швидке прогресування атеросклеротичного враження судин, яке обумовлене накопиченням традиційних факторів ризику (ФР): артеріальної гіпертонії (АГ), курінням, дисліпидемією та ін.; хронічним запаленням, аутоімунними порушеннями, які є основою патогенезу цього захворювання; побічними ефектами проти-

ревматичної терапії та недостатньою увагою до профілактики ССУ лікарів та пацієнтів [4].

Перебіг ССУ при РА неблагополучний: ранні рецидиви гострого коронарного синдрому, збільшення летальності після першого інфаркту міокарду, висока частота розвитку безбольової ішемії міокарду та безсимптомного інфаркту міокарду [5]. Доведено, що ризик розвитку інфаркту міокарду у таких хворих збільшується в 1,4–4 рази, мозкового інсульту в 1,7–2,7 рази, хронічної серцевої недостатності – в 1,5–2,6 рази по відношенню з аналогічними показниками в загальній популяції та у хворих з доказово високим ризиком розвитку ССУ (цукровий діабет) [4, 5, 6].

Підвищення артеріального тиску (АТ) відноситься до числа найбільш значимих ФР серцево-судинних подій. Доведено, що при підвищенні АТ ризик виникнення ішемічної хвороби серця збільшується в 3–4 рази. Встановлена також пряма залежність між рівнем АТ і щорічною смертністю від ішемічної хвороби серця та мозкових інсультів. Наявність АГ у хворих РА асоціюється із збільшенням субклінічних проявів атеросклерозу сонних артерій та являється одним із основних незалежних предикторів ССУ (відносний ризик від 1,49 до 4,3) [7, 9]. Встановлено, що у хворих РА часто (до 46%) і рано формується ізольована систолічна АГ, яка являється найбільш неблагополучною в плані розвитку ССУ [9].

Частота розвитку АГ при РА коливається від 18 до 70,5% [9, 11]. Так, результати популяційного дослідження (28 000 хворих РА та 113 000 осіб

без ревматичних захворювань) вказують на достовірне збільшення частоти розвитку АГ у хворих РА (34 та 23% відповідно). Поширеність АГ зростає із збільшенням тривалості РА. При тривалості захворювання менше 5 років АГ страждають 33% хворих, при тривалості більше 10 років – 48% хворих віком до 60 років [11].

У сучасній науковій літературі дискутується питання щодо взаємозв'язку між активністю РА та рівнем АТ. У своїх дослідженнях V. F. Panoulas та спіавт. не виявили залежності між активністю та тяжкістю захворювання з АТ. В ін. дослідженнях вказано, що АГ спостерігається достовірно частіше у хворих з високою активністю РА ніж з низькою (61,8% та 18% відповідно). З високою активністю РА та системними проявами пов'язують розвиток ізольованої систолічної АГ [11].

До можливих причин підвищення АТ при РА відносять хронічне запалення, аутоімунні та метаболічні порушення, використання протиревматичних препаратів з потенційно гіпертензивними ефектами (нестероїдні протизапальні препарати, ГКС, базисні протизапальні препарати) [4, 9, 12].

Одним із головних пунктів профілактики ССУ при РА є оцінка сумарного ризику розвитку ССУ. Доведено, що у 75% хворих РА спостерігається 2 ФР і більше [12]. Оцінку сумарного ризику розвитку ССУ необхідно проводити всім хворим РА за допомогою таблиці SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation – Систематична оцінка коронарного ризику) для визначення оптимальної тактики корекції модифікованих факторів, котрі збільшують вірогідність розвитку ССУ [5].

При визначенні ступеня ризику розвитку серцево-судинних подій необхідно враховувати, що більшість факторів ризику взаємопов'язані й при одночасній дії їх вплив зростає. Тому навіть, якщо рівень кожного з факторів ризику підвищений помірно, ризик розвитку ССЗ може бути високим. Рекомендації робочої групи європейських та міжнародних товариств з профілактики ССЗ у клінічній практиці, прийняті в 2003 році, пропонують новий методичний підхід, який ґрунтується на визначенні ризику розвитку не тільки коронарних катастроф, а всіх фатальних захворювань серцево-судинної системи. Критерієм високого ризику був визначений 10-річний ризик смерті від ССЗ у 5% і вище, який визначається з використанням системи SCORE. Система SCORE розроблена на базі перспективних багатоцентрових досліджень, проведених у 12 країнах Європи. Загальний серцево-судинний ризик визначається за допомогою діаграми і прогнозується до 60-річного віку. Він може

бути особливо важливий для прогнозу у молодих пацієнтів в віці 20–30 років, але з вже несприятливим профілем ФР, що дозволяє віднести їх до категорії більш високого ризику [12].

При оцінці ризику враховують стать, вік, стаж куріння, АТ та рівень загального холестерину. У хворих РА при оцінці ризику необхідно враховувати відношення загального холестерину/холестерину ліпопротеїдів високої щільності [5, 6]. Моделі підрахунку ризику розвитку ССУ повинні бути адаптовані для хворих РА: ризик збільшується в 1,5 рази при наявності 2 із 3 перелічених факторів: тривалість захворювання більше 10 років; ревматоїдний фактор/антитіла до циклічного цитрулінованого пептиду – позитивність; наявність позасуглобових проявів [5]. До пацієнтів, які мають високий загальний ризик розвитку фатальних серцево-судинних подій, згідно Європейських рекомендацій, відносяться:

1. Пацієнти зі встановленим діагнозом ССЗ (ішемічною хворобою серця, захворюванням периферичних артерій та атеросклеротичним ураженням судин мозку).
2. "Безсимптомні" пацієнти, у яких наявні:
  - а) комбінації факторів, що визначають 10-річний ризик вірогідної смерті від ССЗ у 5% і вище на момент обстеження і після досягнення віку 60 років;
  - б) значимо підвищені рівні хоча б одного з таких показників, як: загальний холестерин – вище 8 ммоль/л, холестерин ліпопротеїдів низької щільності – вище 6 ммоль/л та АТ – вище 180/110 мм рт.ст.;
  - в) цукровий діабет 2-го типу або 1-го з мікроальбумінурією.

Для пацієнтів РА дуже важливо не тільки виявлення ФР виникнення ССЗ, але і їх активна модифікація. Використання системи SCORE і визначення персонального ризику передбачає вибір тактики ведення пацієнта. Якщо ризик серцево-судинної смерті протягом 10 років складає менше 5% і вся комбінація ФР не перевищує цей рівень при досягненні віку 60 років, то професійні рекомендації передбачають корекцію дієти, підвищення фізичної активності, відмову від тютюнопаління з метою підтримки низького рівня ризику. Кожні 5 років необхідно повторювати аналіз ризику. Якщо ризик серцево-судинної смерті протягом 10 років вище 5%, або 5% і вище буде при досягненні 60 років, необхідний ретельний аналіз вмісту ліпопротеїдів в плазмі крові і корекція ФР.

Після оцінки ризику розвитку ССУ розробляється індивідуальна тактика ведення пацієнта РА.

Важливими її аспектами являються рішення щодо доцільності та виборі медикаментозної терапії.

**Висновки**

РА відносять до захворювання з доказово високим ризиком розвитку ССУ. На сьогоднішній

день важливим питанням залишається профілактика ССЗ у хворих РА, яка є складним завданням та потребує взаємодії між лікарями різних спеціальностей на етапі як діагностики, так і лікування.

## СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

*Л.И.Рудюк*

*Резюме.* Ревматоидный артрит - хроническое аутоиммунное заболевание с доказано высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), увеличение которых обусловлено накоплением традиционных факторов развития ССЗ. Автором кратко проанализованы данные исследований и обзоров современной научной литературы.

*Ключевые слова:* ревматоидный артрит, сердечно-сосудистые заболевания, сердечно-сосудистые осложнения, факторы риска.

## CARDIOVASCULAR EVENTS IN RHEUMATOID ARTHRITIS: A MODERN APPROACH TO THE PROBLEM

*L.I.Rudyuk*

*Summary.* Rheumatoid arthritis is a chronic autoimmune disease with a proved high risk of cardiovascular diseases (CVD). An increase of this risk is mainly due to accumulation of conventional factors of CVD development. The author briefly analyzed data from studies and surveys of current scientific literature.

*Key words:* rheumatoid arthritis, cardiovascular diseases, cardiovascular complications, factors of risk.

Список літератури в редакції