

А.Ю. Пальгуева, А.М. Литвяков
СОСТОЯНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ
РЕВМАТОИДНОМ И РЕАКТИВНОМ АРТРИТАХ

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Системные ревматологические заболевания относятся к независимым существенным факторам риска развития сердечно-сосудистой патологии, которая во многих случаях выступает доминирующим клиническим синдромом, лимитирующим продолжительность жизни. Среди системных ревматологических заболеваний с клиническим преобладанием суставного синдрома, выделяется ревматоидный артрит (РА). Уже в дебюте заболевания у молодых лиц с низкой активностью воспалительного процесса выявляются дисфункция эндотелия и увеличение ригидности сосудистой стенки – ранние признаки атеросклероза [1, 2]. И хотя факт высокой частоты встречаемости и раннего возникновения атеросклероза при РА является неоспоримым, остается целый ряд моментов, требующих дальнейшего изучения. В первую очередь, это вопросы, касающиеся распространенности атеросклеротических изменений артериального сосудистого русла, особенностей поражения артерий при различных клинико-лабораторных вариантах РА. Другой важной группой ревматологических заболеваний, привлекающих внимание в связи с возможным проатерогенным влиянием, являются серонегативные спондилоартропатии. Отсутствуют какие-либо опубликованные сведения о возможной ассоциации с атерогенезом реактивного артрита (РеА), заболевании, также входящем в группу серонегативных спондилоартропатий.

Цель исследования: изучить состояние сонных артерий при РА и РеА, сопоставить выявленные изменения с клиническими особенностями течения суставной патологии, активностью воспалительного процесса.

Материалы и методы. В исследование были включены 41 человек, страдающих хронической формой хламидиоиндуцированного РеА, а также 75 пациентов с РА. В качестве контрольной группы (КГ) выступили 28 здоровых лиц. Пациенты с РеА отвечали предварительным Международным критериям. Средний возраст пациентов с РеА составил $35,8 \pm 7,2$ лет. Обследовано 7 (17,1%) мужчин и 34 (82,9%) женщины. Средняя продолжительность РеА составила $6,4 \pm 4,5$ лет. Диагноз РА устанавливался в соответствии с модифицированными критериями Американской Коллегии Ревматологов. Средний возраст в группе РА составил $38,7 \pm 7,4$ лет. В исследовании приняли участие 5 (6,7%) мужчин и 70 (93,3%) женщин. Продолжительность анамнеза РА в среднем составила $8,3 \pm 5,4$ лет. В КГ вошли 28 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с группами пациентов с РеА и РА. Эхография артерий в серой шкале выполнялась с использованием ультразвукового аппарата "Сономед-400С" (Россия) с частотой излучения датчика 6,0–9,0 МГц. При проведении исследования сонных артерий измеряли толщину комплекса интима-медиа (КИМ). Толщина КИМ измерялась по задней стенке (относительно датчика) в трех точках:

на расстоянии 10 мм до луковицы, 10 мм после входа в луковицу и на расстоянии 10 мм после отхождения внутренней сонной артерии. Толщина КИМ до 0,9 мм расценивалась как нормальная, за утолщение принимали значение КИМ 0,9 мм. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с помощью программы STATISTICA v.6.0.

Результаты. При проведении ультразвуковой ангиографии при РеА во всех случаях толщина КИМ не превышала нормальных значений. При этом в группе РА у 27 (36%) пациентов установлено утолщение КИМ сонных артерий. В КГ во всех случаях толщина КИМ соответствовала норме. Группа пациентов с РА достоверно ($p < 0,001$) различалась от обследованных с РеА и здоровых лиц по частоте встречаемости утолщения КИМ сонных артерий. По данному показателю группа РеА и КГ между собой достоверно ($p > 0,05$) не различались.

Толщина КИМ сонных артерий при РеА оказалась 0,6 мм (0,6–0,7). В группе РА толщина КИМ составила 0,8 мм (0,7–0,9). В группе здоровых лиц она оказалась 0,6 мм (0,6–0,7). Таким образом, в группе РА толщина КИМ была достоверно ($p < 0,001$) больше, чем при РеА и в КГ. Достоверных ($p > 0,05$) различий по толщине КИМ между группой РеА и КГ не обнаружено.

Было установлено, что при РеА длительное течение заболевания не сопровождается нарастанием толщины КИМ сонных артерий ($r = -0,01$, $p > 0,05$). При РеА подгруппы с различной продолжительностью заболевания достоверно ($p > 0,05$) не различались между собой по данному показателю. В то же время выявлено, что в группе пациентов с РА длительное течение суставной патологии сопровождается нарастанием толщины КИМ ($r = 0,58$, $p < 0,001$). Только при РА обнаружены статистически достоверные различия по толщине КИМ между подгруппами с разной длительностью анамнеза заболевания. При длительности РА до 5 лет толщина КИМ была 0,7 мм (0,69–0,8), что было достоверно ($p < 0,05$) меньше, чем при длительности РА 5–9 лет (0,8 мм (0,7–0,85)). При длительности РА более 10 лет толщина КИМ составил 0,9 мм (0,87–1,0), что достоверно отличало эту подгруппу от пациентов с длительностью заболевания до 5 лет ($p < 0,05$) и 5–9 лет ($p < 0,05$). В подгруппе РА с длительностью заболевания до 5 лет (21 человек) утолщение КИМ имело место в 1 (4,8%) случае. При этом в подгруппе с анамнезом РА 5–9 лет (26 человек) значения толщины КИМ 0,9 мм и более встречались у 5 (19,2%) обследованных. При продолжительности анамнеза 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. В группе РеА зависимости между уровнем СРП и толщиной КИМ каротид установлено не было ($r = -0,07$, $p > 0,05$). При РА была выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между данными показателями ($r = 0,79$, $p < 0,001$). В группе здоровых лиц, уровень СРП сыворотки крови и толщина КИМ сонных артерий не были взаимосвязаны ($r =$

0,003, $p > 0,05$). Во всех группах не было установлено зависимости между толщиной КИМ и СОЭ (РеА $r = -0,26$, $p > 0,05$; РА $r = -0,04$, $p > 0,05$; КГ $r = 0,09$, $p > 0,05$). При РеА взаимосвязи толщины КИМ с общей оценкой пациентом состояния своего здоровья по ВАШ ($r = 0,37$, $p > 0,05$), выраженностью болевого синдрома по ВАШ ($r = 0,12$, $p > 0,05$), индексом Ричи ($r = -0,14$, $p > 0,05$) не установлено. В группе РА выявлена умеренная прямая корреляционная взаимосвязь между толщиной КИМ сонных артерий и индексом Ричи ($r = 0,43$, $p < 0,05$). В группе РеА не выявлено достоверных ($p > 0,05$) различий по толщине КИМ в подгруппах с разными рентгенологическими стадиями заболевания суставов. При РА получены достоверные ($p < 0,05$) различия по толщине КИМ между подгруппой с IV рентгенологической стадией и подгруппами с II и III стадиями РА. При РеА достоверных ($p > 0,05$) различий по толщине КИМ между подгруппами с разной функциональной недостаточностью суставов не выявлено. Также при РА, подгруппы с I, II и III классом функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата достоверно ($p > 0,05$) не различались по толщине КИМ. 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 достоверно ($p < 0,001$) различались между собой. В подгруппе РА с системными проявлениями (14 человек) утолщение КИМ встречалось у 12 (85,7%) пациентов, у лиц с суставной формой заболевания – у 15 (24,6%). Была выявлена взаимосвязь между наличием системных проявлений РА и частотой встречаемости утолщения КИМ ($\chi^2 = 6,95$, $p < 0,05$).

Выводы

1. У пациентов с РА определяются изменения сонных артерий атеросклеротического характера: увеличение толщины КИМ, атеросклеротические бляшки.
2. При РеА не выявлено признаков индукции этим заболеванием атероматозных изменений в артериальном сосудистом русле.
3. Выраженность субклинического атеросклероза при РА взаимосвязана с возрастом, длительностью анамнеза заболевания, наличием системных проявлений, суставным индексом Ричи, рентгенологической стадией заболевания, уровнем СРП.

Литература

1. Endothelial dysfunction in young patients with long-term rheumatoid arthritis and low disease activity / S. Hansel [et al.] // Atherosclerosis. – 2003. – Vol. 170. – P. 177–180.
2. Endothelial dysfunction in young patients with long-term rheumatoid arthritis and low disease activity / G. Vaudo [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2004. – Vol. 63. – P. 31–35.