

5. Алиментарные факторы, по мнению детей и их родителей, не являются провоцирующими в развитии анемии.

6. У пациентов, родившихся от первой беременности, чаще диагностируется анемия, чем у детей от второй и последующих беременностей.

7. Подбор препаратов железа в стационаре осуществляется у 12% детей.

ПРЕДИКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Курак Т.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: определить влияние факторов кардиоваскулярного риска и маркеров системного воспаления на развитие атеросклеротического процесса при ревматоидном артрите (РА).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 82 пациента с РА, принимавшие метотрексат, без анамнестических указаний на наличие сердечно-сосудистых заболеваний. 38 сопоставимых по полу, возрасту и традиционным кардиоваскулярным факторам риска лиц составили группу сравнения. Стресс-эхокардиография с физической нагрузкой (тредмил-тест) выполнялась с использованием ультразвукового аппарата «Vivid-7», General Electrics (США) и стресс-системы «X-Scribe», Mortara Instrument (США). Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) со скринингом коронарного кальция проводилась на рентгеновском компьютерном томографе «LightSpeed 32 Pro» («GE Medical Systems Europe»). Ультразвуковое исследование (УЗИ) сонных артерий выполнялось на аппарате «Vivid-7», General Electrics (США). Изучались наличие традиционных факторов риска кардиоваскулярных событий, активность РА по индексу DAS 28, уровни высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ), мозгового натрийуретического пептида (МНУП).

Полученные результаты. Выполнение стресс-эхокардиографии с физической нагрузкой по субмаксимальному протоколу позволило установить, что пациенты с РА характеризовались более низкими значениями объема выполненной работы ($6,51 \pm 2,56$ МЕТ, $8,11 \pm 1,54$ МЕТ, $p < 0,05$), увеличением удельного веса лиц с низкой толерантностью к физической нагрузке, не связанной с функциональными нарушениями вследствие поражения суставов (18,52%, 0%, $\chi^2 = 5,51$, $p < 0,05$), и относительной частоты встречаемости нарушений локальной сократимости (НЛС) левого желудочка (ЛЖ) (33,33%, 0%, $\chi^2 = 10,8$, $p < 0,01$) по сравнению с показателями у лиц без РА.

Анализ данных МСКТ со скринингом коронарного кальция продемонстрировал более высокие значения объемного кальциевого индекса (КИ) в подгруппе пациентов с системными проявлениями РА по сравнению с показателями пациентов, не имеющих системных проявлений (0 (0–17) и 51 (0–120), $p < 0,05$), причем различия КИ между подгруппой пациентов с системными проявлениями РА и группой лиц без РА также имели статистическую значимость (51 (0–120), 0 (0–2), $p < 0,05$). Установлены более высокие значения КИ, рассчитанного по трем методикам, в подгруппе пациентов со средней активностью артрита по сравнению с показателями подгруппы пациентов с ремиссией РА (объемный КИ, мм^3 17 (0–47), 0 (0–1), $p < 0,05$; КИ по методу Агатстона, ед. 15 (0–83), 0 (0–1,5), $p < 0,05$; массовый КИ, мг 2 (0–7), 0 (0–0), $p < 0,05$). Для пациентов со средней активностью РА характерны более высокие значения КИ, рассчитанного по трем методикам, чем аналогичные показатели в группе сравнения (объемный КИ, мм^3 17 (0–47), 0 (0–2), $p < 0,05$; КИ по методу Агатстона, ед. 15 (0–83), 0 (0–2), $p < 0,05$; массовый КИ, мг 2 (0–7), 0 (0–0), $p < 0,01$).

При проведении УЗИ сонных артерий выявлена достоверно меньшая частота встречаемости атеросклеротических бляшек (АСБ) в сонных артериях в подгруппе пациентов, у которых диагностирована ремиссия РА по индексу DAS 28, по сравнению с аналогичным показателем в подгруппах пациентов с низкой (0%, 44%, $\chi^2 = 11,12$, $p < 0,01$) и средней (0%, 51,35%, $\chi^2 = 15,41$, $p < 0,001$) активностью артрита. Установлено увеличение доли

лиц, имеющих АСБ в сонных артериях, в подгруппах пациентов с низкой и средней активностью РА по сравнению с относительной частотой встречаемости атеросклеротического поражения указанных артерий в группе лиц без РА (44%, 10,53%, $\chi^2=9,31$, $p<0,01$ и 51,35%, 10,53%, $\chi^2=14,69$, $p<0,001$).

При проведении многофакторного анализа доказано влияние активности РА, оцененной с помощью индекса DAS 28 (стандартизованный коэффициент 1,25, характеристика полученной регрессионной модели: $\chi^2=22,16$, $p=0,0000$), и артериальной гипертензии (стандартизованный коэффициент 0,96, характеристика полученной регрессионной модели: $\chi^2=4,24$, $p=0,0394$) на развитие каротидного атеросклероза. Показатель активности артрита DAS 28 и уровень высокочувствительного СРБ (стандартизованные коэффициенты 0,45 и 0,17, соответственно, характеристика полученной регрессионной модели: $\chi^2=16,41$, $p=0,0003$), а также возраст и цифры артериального давления (стандартизованные коэффициенты 0,11 и 1,59, соответственно, характеристика полученной регрессионной модели: $\chi^2=20,99$, $p=0,0000$) обладали максимальной информативностью в детерминировании кальцификации венечных артерий (КИ > 0). С повышением уровней высокочувствительного СРБ и МНУП у пациентов с РА достоверно возрастала вероятность выявления более выраженного коронарного кальциноза (КИ > 100) (стандартизованные коэффициенты 1,18 и 1,17, соответственно, характеристика полученной регрессионной модели: $\chi^2=25,72$, $p=0,0000$) и НЛС ЛЖ (стандартизованный коэффициент 0,24, характеристика полученной регрессионной модели: $\chi^2=5,52$, $p=0,0188$ и стандартизованный коэффициент 0,62, характеристика полученной регрессионной модели: $\chi^2=18,06$, $p=0,0000$, соответственно).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о склонности категории пациентов с РА к более высокому риску развития кардиоваскулярных осложнений, ассоциированному с активностью системного воспаления, возрастом и наличием артериальной гипертензии. Уровень МНУП имеет прогностическое значение в отношении выраженности атеросклеротического процесса в коронарных сосудах у данной категории пациентов.