

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПУ 2 И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Букач О.П., Федив А.И.

Буковинский государственный медицинский университет, Кафедра внутренней медицины, г. Черновцы

Ключевые слова: ревматоидный артрит, сахарный диабет typu 2, артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, клинические особенности.

Резюме. Проанализированы особенности течения ревматоидного артрита (РА), а также РА в сочетании с артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом typu 2 (СД2) и абдоминальным ожирением (АО) в зависимости от клинической картины и лабораторных показателей. Клиника ревматоидного артрита у пациентов с коморбидной патологией характеризуется более тяжелым течением, высокой степенью активности и низким качеством жизни по сравнению с больными ревматоидным артритом без коморбидной патологии.

Resume. The features for rheumatoid arthritis (RA) and RA in combination with hypertension, type 2 diabetes and abdominal obesity depending on clinical and laboratory parameters. Clinic of rheumatoid arthritis in patients with metabolic syndrome is characterized by severe course, a high degree of activity and poor quality of life compared with patients with rheumatoid arthritis without comorbid pathology.

Актуальность. Ревматические болезни суставов (РБС) рассматриваются как одна из наиболее распространенных патологий во всем мире, а также медицинских и социально-экономических проблем современного общества. Они снижают качество жизни и приводят к значительным расходам на здравоохранения и негативно влияют на национальную экономику [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) первое место среди всех заболеваний суставов занимает РА. В мире на ревматоидный артрит (РА) болеют примерно 1 % людей планеты без выраженного географического или климатического влияния. Заболеваемость на РА в Украине за данными официальной медицинской статистики за 2013 год составляет более 4 тыс населения, а распространенность составляет в абсолютных показателях 115,5 тыс. больных [2]. Заболеть на РА можно в любом возрасте начиная с 16 лет (ювенильный РА), но пик заболевания приходится на возраст 40-50 лет. Женщины болеют на РА в 2-4 раза чаще чем мужчины, в среднем соотношения женщин и мужчин составляет 3:1 [7].

РА относится к числу наиболее распространенных и тяжелых хронических заболеваний суставов и у большинства пациентов приводит к быстрой потере временной и стойкой трудоспособности, сокращению продолжительности жизни [3]. Почти 50 % больных на РА становятся инвалидами в течение первых 5 лет, а через 20 лет – более 90 %, треть из которых – полные инвалиды [10].

Проблема коморбидных состояний у пациентов с РА – актуальна для современной практической ревматологии, поскольку возможное влияние сопутствующих заболеваний на течения и результаты лечения РА остается малоизученным.

Метаболический синдром при РА посвященные только отдельные работы, в частности, Корочина И.Е. та соавт. (2006) которые показали, что среди больных на РА выше сказанный синдром регистрируется у 27 % лиц с доминированием АГ, дислипидемии и сахарным диабетом типу 2. [4]

РА в сочетании с абдоминальным ожирением(АО), сахарным диабетом типу 2 (СД 2) и артериальной гипертензией (АГ) является распространенным и неблагоприятным у прогностическом плане заболеваний.

Цель: Проанализировать особенности течения ревматоидного артрита (РА), а также РА в сочетании с артериальной гипертензией, сахарным диабетом типу 2 и абдоминальным ожирением в зависимости от клинической картины и лабораторных показателей.

Задачи: 1. Изучить клинико-биохимические показатели абдоминального ожирения, артериальной гипертензии и сахарного диабета типу 2 у больных на РА.

2. Выяснить связь между тяжестью течения РА в зависимости от присутствие коморбидной патологии.

Материал и методы. Было обследовано 73 больных на РА, которые были на стационарном лечении в ревматологическом отделении обласной клинической больнице г.Черновцы, а также Черновицкого обласного эндокринного диспансера и ревматологического отделения городской больницы №2. С них 30 пациентов страдающих на РА (1-я группа), 28 пациентов на РА ассоциированного с артериальной гипертензией, сахарным диабетом типу 2 и абдоминальным ожирением (2-я группа), та 15 практически здоровых (группа контроля). Больные за гендерными особенностями статистически не отличались между собой. Средний возраст пациентов составлял $42,8 \pm 6,3$. Диагноз РА устанавливался в соответствии с критериями ACR/EULAR, 1987/2010г. Количественная оценка активности РА проводилась с использованием индекса DAS 28 (Disease Activity Score), рекомендованного EULAR, СРБ и скорости оседания эритроцитов (ШОЕ) [5]. Оценка интенсивности боли в суставах (пациентом)) и их функциональной способности (пациентом и врачом) анализировались по визуально-аналоговым шкалам (ВАШ). Оценивалась также утренняя скованность и длительность заболевания. С целью оценки качества жизни пациентов страдающих РА, были использованы опросники HAQ SF 36 [6, 8].

Диагноз метаболического синдрома устанавливался согласно критериев ВООЗ (1998г), критерий АТР III(2001), критерий метаболического синдрома Международной диабетической федерации (ЮР) 2005 г.

Для определения метаболического синдрома проводили антропометрические измерения: измеряли рост, вес, объем талии, объем бедр, рассчитали индекс массы тела ($ИМТ = \text{масса тела} / \text{рост (м)}^2$). Уровень инсулинорезистентности (ИР)

рассчитали по формуле НОМАIR. Статистическая обработка полученных результатов исследований проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0 с оценкой средних значений (M) и их ошибки (m). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

Данные наших исследований показали, что для больных РА характерны общие симптомы: слабость, снижения аппетита, высокая лихорадка (до 40°C), повышенная потливость, астения, нарушения сна. Эти симптомы присутствуют примерно в 89% больных ревматоидным артритом. При ревматоидном артрите в сочетании с АГ, АО и СД 2 вышеуказанные симптомы встречаются гораздо чаще, более 96%. Вместе с общими симптомами для РА характерный суставный синдром (боль, припухлость, тугоподвижность). На более поздних стадиях заболевания фиброзный или кистозный анкилоз и контрактуры которые приводят к стойкой деформации сустава.

Мы обнаружено что у больных ревматоидным артритом ассоциированных с АГ, СД 2 и АО суставной синдром встречался чаще чем у больных РА 73,9% и 65,3% случаев, а деформация суставов 47,4% и 41,3%. Мы также исследовали утреннюю скованность которая между группами значительно не отличалась.

У обследованных нами пациентов встречались также внесуставные проявления РА которые составили 36,8% случаев, а в совокупности с АГ, АО и СД2 38,1%. Среди наших больных наиболее частым внесуставным проявлением были ревматоидные узелки – 20,2%, лимфаденопатия – 11,7%, реже отмечали синдром Шегрена, синдром Рейно, дигитальный артериит, язвы голеней, склерит и др.

Таблица 1. Клинико-демографические показатели у больных на РА и РА ассоциированный с АГ, СД 2 и АО

Показатели	Здорові n=15(20,5%)	РА n=30(41,1%)	РА с АГ, СД 2 и АО n=28 (38,4%)
Возраст, года	49,3±6,3	51,2±8,1	54,2±4,1
Стать женщины	7 (46,7)	19 (63,3)	15 (53,6)
мужчины	8 (53,3)	11 (36,7)	13 (46,4)
Вес, кг	73,4±3,4	71,6±6,42	92,8±10,2*
Рост, см	166,1±5,22	165,89±5,38	168,32±6,47
ИМТ, кг/м ²	25,9±4,6	22,4±4,53	31,2±1,03*
Объем талии	77,43±1,26	76,8±1,42	93,22±2,05*
САТ	124,62±2,22	123,5±1,03	156,9±1,97*
ДАТ	73,5±1,18	72,6±1,28	88,13±1,26*

Примечание: достоверные различия относительно соответствующих показателей группы; ИМТ – индекс массы тела; САТ – систолическое артериальное давление; ДАТ – диастолическое артериальное давление.

Анализируя гендерные особенности между больными соответствующих групп можно заметить, что статистически значимой разницы между ними нет. (таблица 1). У больных РА с АГ, СД2 и АО наблюдалось значительно более высокие показатели

веса $92,8 \pm 10,2$ по сравнению с больными РА $71,6 \pm 6,42$; объем талии $93,22 \pm 2,05$ и $76,8 \pm 1,42$, и увеличение ИМТ $31,2 \pm 1,03$ и $22,4 \pm 4,53$, а также значительно повышенное артериальное давление (АТ): САТ= $156,9 \pm 1,97$ и $123,5 \pm 1,03$; ДАТ= $88,13 \pm 1,26$ и $72,6 \pm 1,28$.

Таблица 2. Динамика клинико-лабораторных данных у больных на ревматоидный артрит в зависимости от коморбидной патологии

Показатели	РА n=30 (51,7%)	РА с АГ, СД 2 и АО n=28 (48,3%)
Индекс DAS28	$3,57 \pm 0,12$	$4,61 \pm 0,17^*$
Индекс HAQ	$1,8 \pm 0,5$	$1,9 \pm 0,5$
СРБ, мг/л	$20,3 \pm 2,05$	$31,42 \pm 3,18^*$
ШОЕ, мм/ч	$33,8 \pm 9,8$	$38,1 \pm 10,5^*$
РФ, МО/мл	$114,3 \pm 16,7$	$119,1 \pm 18,4^*$
АССР ОД/мл	$496,5 \pm 28,2$	$823,7 \pm 32,6^*$
Липидный профиль, ммоль/л		
ОХС	$4,98 \pm 0,05$	$6,1 \pm 0,18^*$
ТГ	$1,64 \pm 0,03$	$2,13 \pm 0,12^*$
ЛПОНП	$0,73 \pm 0,05$	$1,04 \pm 0,06^*$
ЛПНП	$3,2 \pm 0,1$	$3,72 \pm 0,16^*$
ЛПВП	$1,08 \pm 0,14$	$0,79 \pm 0,04^*$
Глюкоза плазмы крови	$4,85 \pm 6,76$	$6,27 \pm 5,3^*$
Боль по ВАШ, балы	4	$>6^*$

Примечание: достоверные различия относительно соответствующих показателей группы; индекс DAS28 - оценка активности РА; индекс HAQ - оценки качества жизни пациентов страдающих РА; СРБ – с-реактивный белок; ШОЕ - скорость оседания эритроцитов; РФ – ревматоидной фактор; АССР – антитела к циклическому цитруллинированному пептиду; ОХС-общий холестерол; ТГ- триглицериды; ЛПОНП- липопротеиды очень низкой плотности; ЛПНП- липопротеиды низкой плотности; ЛПВП- липопротеиды высокой плотности; ВАШ- визуально-аналоговая шкала.

Нами был проведен анализ между клиническими и биохимическими показателями активности РА и липидного спектра крови. При анализе состояния липидного профиля больных с РА и у больных на РА в сочетании с АГ, СД 2 и АО было замечено, резкое повышение уровня проатерогенных липидов (ОХС, ЛПНП и ТГ), разница показателей достоверна. Средний показатель у 1 группы составляет - $4,98 \pm 0,05$, 2 - $6,1 \pm 0,18$; ТГ: 1 группа- $1,64 \pm 0,03$, 2-я - $2,13 \pm 0,12$; ЛПНП: 1-я группа - $3,2 \pm 0,1$, 2 группа - $3,72 \pm 0,16$. Значительно отличались показатели активности РА: DAS28, СРБ, СОЭ, ВАШ (таблица 2). DAS28 у 1-й группе была ниже чем у 2-й ($3,57 \pm 0,12$ и $4,61 \pm 0,17$); СОЭ - $33,8 \pm 9,8$ и $38,1 \pm 10,5$; СРБ - $20,3 \pm 2,05$ и $31,42 \pm 3,18$. Это свидетельствовало о том, что суставной синдром был более выражен у больных на РА с коморбидной патологией.

Выводы: Согласно полученным нами данным, больные РА в сочетании с АГ, СД 2 и АО, ассоциировались с тяжелым течением, высокой степенью активности и низким качеством жизни по сравнению с больными на РА без коморбидной патологии.

Поэтому, решения вопросов по поводу уменьшения выраженности боли, воспаления, остановить или замедлить скорость повреждения суставов будет способствовать снижению риска развития осложнений, улучшению общего прогноза течения основного заболевания и повышению качества жизни больных РА с сопутствующей АГ, СД2 и АО.

Литература

1. Коваленко В.М. (2010) Організаційно-методичні аспекти діагностики та попередження ускладнень ревматичних хвороб з аутоімунними та імунотоксичними механізмами розвитку. Тез. наук. доп. Всеукр. наук.-практ. конф. «Актуальні питання ревматології» 21–22.10.2010. Укр. ревматол. журн., 3(Додаток): 2–3.
2. Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной), третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи и медицинской реабилитации «Ревматоидным артритом». Укр. ревматол. журн., №59 (1). – 2015. – С. 9-27.
3. Попкова Т.В. Кардиоваскулярные факторы риска при ревматических заболеваниях / Т.В. Попкова, Д.С. Новикова, Е.Л. Насонов// Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. – 2011. - №2. – С. 46-53.
4. Корочина И.Э. Метаболический синдром и ревматические болезни / И.Э. Корочина, Г.Г. Багирова // Терапевтический архив. 2006. №6. С. 39-47.
5. Ревматология: Национальное руководство (2010). Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой., М.: ГЭОТАР-Медиа. – 720с.
6. Разрешения на использование и воспроизведение опросника SF-36. Medical Outcomes Trust. – URL (<http://www.sf-36.com/tools/sf36.shtml>).
7. Ревматоидный артрит: современный взгляд на проблему / Е.М. Нейко, Р.И. Яцишин, А.В. Штефюк // Украинская ревматологическая журнал. - 2009. - №2 (36). - С. 35-39.
8. Симонова Я.О., Никитина Н.М., Ребров А.П. (2009) Качество жизни больных ревматоидным артритом как критерий эффективности лечения. Сибир. мед. журн., 91(8): 79-81.
9. Dougados M., Soubrier M., Antunez A. et al. (2014) Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: result of an international, cross-sectional study (COMORA). Ann. Rheum. Dis., 73(1): 62-68.
10. Gonzalez A., Maradit-Kremers H., Growson C. et al. Survival trends and risk factors for mortality in rheumatoid arthritis. // International J. of advances in rheumatology. 2005. - vol. 3. - №2. - P. 38-46.