

РАННИЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

В.А. Сидоренко, О.Н. Брашко, Н.А. Мартусевич

Белорусский государственный медицинский университет

Метаболический синдром (МС) представляет собой сочетание абдоминального ожирения, гипергликемии, дислипидемии, артериальной гипертензии, нарушения системы гемостаза и хронического субклинического воспаления, в основе которого лежит феномен инсулинорезистентности и сопутствующей системной гиперинсулинемии.[9].

Гиперинсулинемия является не только компенсаторным механизмом для преодоления ИР, но и является патологическим состоянием, способствующим возникновению и развитию метаболических, гемодинамических и органных нарушений, приводящих в конечном итоге к развитию СД 2 типа, ИБС и других проявлений атеросклероза.

В настоящее время доказано, что наличие ИР характерно и для аутоиммунных воспалительных заболеваний соединительной ткани [7], в том числе и для ревматоидного артрита (РА) [4]. Кроме того, отмечена высокая частота и МС у пациентов с РА [3]. Ревматоидный артрит (РА) — аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивно-деструктивным артритом и системным воспалительным поражением внутренних органов [1,2,10]. РА поражает около 0,3–1% взрослого населения в наиболее работоспособном возрасте 35–55 лет, преимущественно женщин, и имеет большое общемедицинское значение РА, приводя к стойкой утрате трудоспособности уже через 5–10 лет от начала заболевания [8].

В настоящее время механизмы влияния МС на процессы формирования и течения заболевания при РА остаются до конца неизученными. Общеизвестным является тот факт, что МС ассоциируется с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Исследования последних лет указывают, что и РА характеризуется более ранним развитием атеросклероза сосудов, приводя тем самым к увеличению частоты инфарктов миокарда и инсультов, внезапной остановки сердца, что наблюдается и у пациентов с ранним РА [5,6]. Ряд наблюдений указывают на тот факт, что пациенты с РА и МС имеют более высокие показатели активности заболевания, в частности DAS 28 (DiseaseActivityScore 28) и более низкие показатели функциональной способности.

Цель исследования: изучить клинические показатели, активность заболевания и показатели функционального статуса у пациентов с ранним ревматоидным артритом (рРА) и МС.

Материал и методы. В клиническое исследование было включено 78 женщин с рРА в возрасте от 18 до 55 лет с длительностью заболевания до 1 года, ранее не получавших терапию базисными противовоспалительными препаратами (БПВП). Указанные пациенты были разделены на 2 группы. Группу исследования составили 43 женщины с МС в возрасте 45,3 (4,1) лет с длительностью заболевания 19,3(4,6) недель. Группу сравнения составили сопоставимые по возрасту и длительности заболевания 35 женщин с рРА без МС. Диагноз РА устанавливался на основании критериев ACR/EULAR 2010. Для диагностики МС были использованы критерии, предложенные Международной Диабетической Федерацией (IDF 2005). В ходе наблюдения всем пациенткам была назначена терапия метотрексатом в дозах 12,5–17,5 мг в неделю и низкие дозы глюкокортикоидных гормонов (5–10 мг преднизолона в сут.).

Всем пациентам с РА проводилось клиническое обследование, включающее сбор анамнестических данных, оценку суставного статуса, исследование функционального статуса обследуемых с помощью опросника HealthAssessmentQuestionnaire (HAQ), наличия внесуставных проявлений заболевания, измерение антропометрических показателей (индекса массы тела, окружности талии, окружности бедер), измерение артериального давления. Оценка суставного статуса включала определение числа припухших суставов (ЧПС), числа болезненных суставов (ЧБС), длительности утренней скованности, активности РА по индексу DiseaseActivityScore 28 (DAS 28), определение интенсивности боли в суставах и степени влияния заболевания на общее состояние здоровья пациента с помощью визуальной шкалы (ВАШ).

Лабораторные исследования включали определение липидного спектра крови (общего холестерина (ОХС), триацилглицерололов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП)), С-реактивного белка (СРБ), глюкозы, ревматоидного фактора (РФ), скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

Результаты исследования: согласно данным объективного осмотра на момент включения в исследование в группе пациентов с рРА и МС наиболее часто встречался острый вариант дебюта РА (62,7%, n=27), тогда как для группы пациенток с нормальной массой тела острое начало было отмечено лишь в 42,8% случаев (n=15). В обеих группах доминировал полиартикулярный вариант дебюта РА: 83,7% (n=36) в группе исследования и 80,0% (n=28) в группе сравнения. Скованность в дебюте заболевания отмечалась в обеих группах (у 39 пациенток (90,6%) в группе исследования и у 26 (74,2%) в группе сравнения).

Лимфаденопатия чаще встречалась у пациенток исследуемой группы (в 23,2%, n=10). В группе исследования были достоверно выше по сравнению с группой сравнения ЧБС (12,4 (5,6) и 7,2(2,8) соответственно, p=0,01) и ИР (5,3 (2,2) и 3,5 (1,4) соответственно, p=0,01). Достоверных различий в отношении ЧПС между группами выявлено не было. Позитивность по АЦЦП и РФ статистически значимо не отличалась в группах. Пациенты с метаболическим синдромом характеризовались большей активностью заболевания по DAS 28 (6,2±0,7 против 4,8±1,4 в группе сравнения, p<0,05). В группе исследования были выявлены более высокие уровни воспалительных маркеров. Уровень СРБ в группе исследования составил 29,3(8,3), тогда как в группе сравнения - 18,3 (5,6), p=0,01. Уровень СОЭ в группе исследования составил 38,2 (11,8), против 24,8 (7,3) в группе сравнения (p=0,001). Индекс НАQ в группе исследования на момент установления диагноза достоверно превышал таковой в группе исследования (2,2 (1,3) и 1,4 (0,8), p=0,05).

Выводы. В ходе проведенного исследования было установлено, что у женщин с метаболическим синдромом течение раннего ревматоидного артрита характеризуется более высокой активностью процесса и более выраженным снижением функциональной способности пациентов. Кроме того, в группе исследования отмечены более высокие показатели лабораторной активности в сравнении с пациентами

с ранним ревматоидным артритом без метаболического синдрома. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости коррекции МС у женщин репродуктивного возраста с ревматоидным артритом не только для сокращения рисков развития сердечно-сосудистых осложнений, но и с целью снижения активности заболевания и выраженности функциональной недостаточности суставов.

EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS AND METABOLIC SYNDROME: CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF THE DISEASE AMONG REPRODUCTIVE AGE WOMEN

V. Sidorenko, O. Brashko, N. Martusevich

Mechanisms of metabolic syndrome (MS) on the formation and course of the disease in rheumatoid arthritis (RA) remain poorly studied. Several observations show that the patients with RA and MS have higher activity of the disease and low functional status. We compared the disease activity and functional status in 43 women in age from 18 to 55 years, with disease duration of 1 year with early rheumatoid arthritis (eRA) and MS with 35 matched women without MS, not previously treated with disease modifying antirheumatic drugs. We found that the course of RA among the women with MS is characterized by higher process activity and more pronounced decrease in the functional capacity of the patients. Furthermore, the indicators of laboratory activity in the study group were higher compared to patients with eRA and without MS. Thus, our data indicate the need for correction of MS in reproductive age women with RA not only to reduce the risk of cardiovascular complications, but also to reduce the severity of disease activity and functional impairment of the joints.

Литература.

1. Насонов Е.Л. Внедрение высоких медицинских технологий в ревматологии: проблемы и решения / Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. – 2008. - №2. – С.4-5.
2. Сигидин Я.А. Ревматоидный артрит / Я.А. Сидигин, Г.В. Лукина. – М.: АНКО. – 2001. – 328 с.
3. Karvounaris S.A. Metabolic syndrome is common among middle-to-older aged Mediterranean patients with rheumatoid arthritis and correlates with disease activity: a retrospective, cross-sectional, controlled, study. / S.A. Karvounaris, P.I. Sidiropoulos, J.A. Papadakis, E.K. Spanakis, G.K. Bertias, H.D. Kritikos, E.S. Ganotakis, D.T. Boumpas // *Ann Rheum Dis.* - 2007. – Vol. 66, №1. – P. 28-33.
4. Kiortsis D.N. Effects of infliximab treatment on insulin resistance in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis / D.N. Kiortsis, A.K. Mavridis, S. Vasakos, S.N. Nikas, A. A. Drosos // *Ann Rheum Dis.* - 2005. – 64. – P. 765-766.
5. Maradit-Kremers H. Increased unrecognized coronary heart disease and sudden deaths in rheumatoid arthritis: a population-based cohort study / H. Maradit-Kremers [et al.] // *Arthritis Rheum.* – 2005. – Vol. 52, № 2. – P. 402–411.
6. Naranjo A. Cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis: results from the QUEST-RA study / A. Naranjo [et al.] // *Arthritis Res. Ther.* – 2008. – Vol. 10, № 2. – P. 30.
7. Paolisso G. Evidence for peripheral impaired glucose handling in patients with connective tissue diseases / G. Paolisso, G. Valentini, D. Guigliamo, G. Mavrazzo, R. Tirri, M. Gallo et al. // *Metabolism.* – 1991. – 40. – P. 902-907.
8. Sokka N.T. Work disability in rheumatoid arthritis 10 years after the diagnosis / N.T. Sokka, H. Kautiainen, T. Mottonen // *J. Rheumatol.* - 1999. - № 81. - P. 565-578.
9. Standl E. Aetiology and consequences of the metabolic syndrome / Standl E. // *European Heart Journal.* - 2005. - Vol. 7 (D). - P. 10-13.
10. Uhlig T. Is rheumatoid arthritis disappearing? / T.Uhlig, T.K.kvien // *Ann. Rheum. Dis.* – 2005. - Vol. 64. – P. 7-10.