

Т.А. Курак

Ультразвуковое исследование сонных артерий в диагностике ранних проявлений атеросклероза у больных с ревматоидным артритом

Белорусский государственный медицинский университет

Белорусский государственный медицинский университет Уровни смертности у больных ревматоидным артритом (РА) выше, чем в общей популяции, основной причиной снижения продолжительности жизни являются кардиоваскулярные осложнения. Для выявления доклинических форм атеросклероза нами был использован метод ультразвукового исследования сонных артерий. Установлено увеличение доли больных, имеющих атеросклеротические бляшки (АСБ) в сонных артериях, в группе больных с РА по сравнению с контрольной группой лиц, сопоставимой по полу, возрасту и традиционным факторам риска кардиоваскулярных событий. Наличие АСБ в сонных артериях у больных с РА ассоциировалось с активностью заболевания, оцененной с помощью DAS 28, что подтверждает важность агрессивного контроля активности РА для профилактики кардиоваскулярных осложнений.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, атеросклеротические бляшки в сонных артериях, воспаление.

В проведенных исследованиях доказано увеличение смертности пациентов с ревматоидным артритом (РА) по сравнению с общей популяцией, что связано с ранней манифестацией, прогрессирующим течением и развитием фатальных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний у этой категории больных. Системный воспалительный процесс, затрагивающий сосудистую стенку, инициирует развитие раннего атеросклероза, обуславливает дестабилизацию бляшек с развитием изъязвлений и тромбозов и, как следствие, высокую частоту кардиоваскулярных событий у больных с РА [1].

В настоящее время наиболее доступным и информативным методом выявления доклинических стадий атеросклероза является ультразвуковое исследование (УЗИ) сонных артерий. Учитывая системность атеросклеротического процесса, очевидна взаимосвязь наличия и распространенности поражения различных сосудистых бассейнов. В общей популяции частота диагностики стеноза каротидных артерий составляет 4%, в то время как наличие ишемической болезни сердца (ИБС) повышает эту цифру до 30% - 70% [4]. Наличие доклинических стадий атеросклероза каротидных артерий ассоциируется с повышением риска инфаркта миокарда, инсульта и внезапной сердечной смерти [2].

Классические факторы риска изолированно не могут объяснить увеличение сердечно-сосудистой заболеваемости у больных с РА [6]. Так как адекватный контроль воспаления снижает риск кардиоваскулярных заболеваний [6], активно дискутируется роль нетрадиционных факторов риска в патогенезе атеросклероза при РА, в частности, изучается роль показателей активности воспалительного

процесса и функциональной недостаточности суставов, иммунологических механизмов, влияние базисной и глюкокортикостероидной терапии [5], однако однозначного мнения в отношении ассоциации этих факторов с проявлениями субклинического атеросклероза в литературе нет.

Цель исследования: оценить распространенность доклинических форм атеросклероза и роль в их развитии традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и активности системного воспаления у больных с РА.

Материалы и методы

В исследование были включены 40 больных с РА, в качестве базисной терапии все больные принимали метотрексат, 5 пациентов получали низкие дозы глюкокортикостероидов (<10 мг в день преднизолона). 10 практически здоровых пациентов составили контрольную группу. Все участники исследования не имели анамнестических указаний на наличие ИБС, проведение адекватной антигипертензивной терапии и прием липидснижающих лекарственных средств. Всем пациентам проводилось клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. УЗИ сонных артерий проводилось с использованием УЗ-аппарат Vivid-7, General Electric, США (линейный датчик с частотой излучения 7,5 МГц). Определялась толщина КИМ сонных артерий (мм) в трех точках (общая сонная артерия, бифуркация общей сонной артерии, устье внутренней сонной артерии), рассчитывались среднее значения толщины КИМ. Наличие атеросклеротического поражения подтверждалось при утолщении КИМ ≥ 1 мм и обнаружении АСБ (локальное увеличение толщины КИМ $\geq 1,5$ мм, образование в стенке сосуда $\geq 0,5$ мм или более 50% толщины окружающей КИМ).

Результаты и обсуждение

Нами выполнено УЗИ сонных артерий 30 больным с РА и 10 пациентам группы контроля. Толщина КИМ сонных артерий у больных с РА была выше, чем в контрольной группе (0,98 (0,92;1) и 0,78 (0,7;0,97)), однако уровня достоверности данные не достигли. 50% (15) больных основной группы имели АСБ в сонных артериях, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 10% (1), $p < 0,05$ (рис. 1).

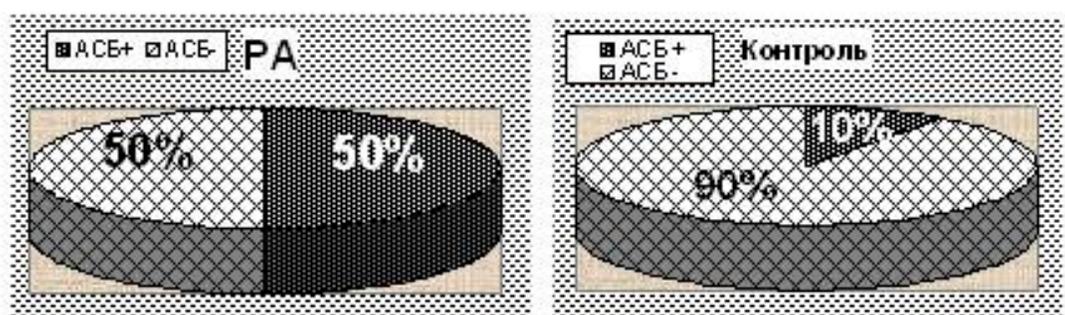


Рис. 1. Структура больных с РА и пациентов группы контроля в зависимости от наличия АСБ

Обследование больных с РА и пациентов контрольной группы на наличие традиционных факторов риска не выявило статистически достоверных различий между показателями (табл. 1).

Таблица 1

Традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в обследуемых группах

Показатель	Пациенты с РА (n=40)	Контроль (n=10)
Возраст, лет	52,1±5,2	52 (47;58)
Мужчины, n (%)	12 (30)	4 (40)
Женщины, n (%)	28 (70)	6 (60)
Менопауза, n (%)	20 (50)	4(40)
ИМТ ≥ 25, n (%)	30 (75)	7 (70)
АГ (АД ≥ 135/85 мм. рт. ст.), n (%)	27 (67,5)	5 (50)
Гиперхолестеролемиа (>5 ммоль/л), n (%)	29 (72,5)	8 (80)
Холестерол ЛПНП (> 2,6 ммоль/л), n (%)	34 (85)	9 (90)
Холестерол ЛПВП (< 1,0 ммоль/л (муж.), < 1,3 ммоль/л (жен.), n (%)	11 (27,5)	1 (10)
Триацилглицеролы (ТАГ) > 1,7 ммоль/л, n (%)	-	1 (10)
Апо-А1 < 1,07 г/л, n (%)	-	-
Апо-В >1,3 г/л (муж), >1,4 г/л (жен.), n (%)	-	-
Семейный анамнез ранней ИБС, n (%)	8 (20)	2 (20)
Курение, n (%)	5 (20)	1 (10)
Глюкоза > 5,5 ммоль/л, n (%)	16 (40)	2 (20)
Lp (a) >30 мг/дл	-	-

Нами проведен анализ ассоциации традиционных факторов риска кардиоваскулярных осложнений и показателей активности воспалительного процесса (СОЭ, высокочувствительный С-реактивный белок, DAS 28) с наличием АСБ в сонных артериях у больных с РА. В табл. 2 представлены показатели, по которым группы больных с РА достоверно отличались.

Таблица 2

Ассоциация наличия АСБ в сонных артериях больных РА с показателями DAS 28 и толщиной КИМ

Показатель	Наличие АСБ (n=15)	Отсутствие АСБ (n=15)
DAS 28	4,75 (3,37;5,1) *	2,66 (2,19;3,42)
Толщина КИМ	0,98 (0,92;1) *	0,78 (0,7;0,97)

* - $p < 0,05$

Интересным представляется оценка отношения шансов наличия АСБ у больных РА в зависимости от активности заболевания, оцененной с помощью DAS 28 (табл.3).

Таблица 3

Отношения шансов наличия АСБ у больных РА в зависимости от активности заболевания

Активность (DAS 28)	Отношение шансов (ОШ)	Доверительный интервал
Ремиссия и низкая активность ($\leq 3,2$)	0,13*	[0,02;0,65]
Средняя и высокая активность ($> 3,3$)	11,1*	[2,5;49,4]

Таким образом, больные с РА достоверно чаще имели субклинические проявления атеросклероза в виде АСБ в сонных артериях по сравнению с лицами без РА, что ассоциируется с более высокой активностью заболевания и диктует необходимость агрессивного контроля системного воспаления с целью профилактики кардиоваскулярных осложнений у данной категории больных.

Выводы

1. Доля больных, имеющих АСБ в сонных артериях, была достоверно выше в группе больных с РА по сравнению с контрольной группой (50% (15) и 10% (1), $p < 0,05$).
2. Сравнительный анализ классических факторов риска не выявил статистически достоверных различий между показателями пациентов с РА и лиц без РА.
3. Наличие АСБ в сонных артериях у больных с РА ассоциировалось с активностью заболевания, оцененной с помощью DAS 28 и толщиной КИМ.
4. Шанс развития АСБ в сонных артериях был статистически значимо выше в группе больных со средней и высокой активностью РА по сравнению с пациентами, имеющими низкую активность заболевания (ОШ=11,1[2,5;49,4]).

Литература

1. Насонов, Е. Л. Проблема атеротромбоза в ревматологии / Е. Л. Насонов // Вестн. РАМН. 2003. № 7. С. 6–10.
2. ASE Consensus Statement. Use of carotid ultrasound to identify subclinical vascular disease and evaluate cardiovascular disease risk: a consensus statement from the American Society of Echocardiography. Carotid Intima Media-Thickness Task Force endorsed by the Society of Vascular Medicine / J. H. Stein [et al.] // J Am Soc Echocardiogr. 2008. Vol. 21. P. 93–111.
3. 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.
4. Impact of carotid arterial narrowing on outcomes of patients with acute coronary syndromes / R. Komorovsky [et al.] // Am J Cardiol. 2004. Vol. 93. P. 1552–1555.
5. Inflammation and bone resorption as independent factors of accelerated arterial wall thickening in patients with rheumatoid arthritis / M. Nagata-Sakurai [et al.] // Arthritis Rheum. 2003. Vol. 48. P. 3061–3067.
6. Traditional and nontraditional cardiovascular risk factors are associated with atherosclerosis in rheumatoid arthritis / P. H. Dessein [et al.] // J Rheumatol. 2005. Vol. 32. P. 435–442.