

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ СПОНДИЛОАРТРОПАТИЯХ

Варонько И.А., Григорчук И.П.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Спондилоартропатии (СПА) составляют группу взаимосвязанных, клинически «пересекающихся» хронических воспалительных ревматических заболеваний, которая включает идиопатический анкилозирующий спондилит (АС), реактивный артриты (РеА), псориазический артрит, энтеропатические артриты и недифференцированные спондилоартропатии. Кардиальные поражения, как правило, не являющиеся основными патологическими проявлениями СПА, описаны при всех заболеваниях данной группы, однако, наиболее характерны для АС и РеА и встречаются в виде изолированной аортальной регургитации и атриовентрикулярной блокады. Сообщается также о митральной регургитации, миокардиальной (систолической и диастолической) дисфункции, нарушениях ритма (синусовой брадикардии, фибрилляции предсердий), перикардите.

Аортальная регургитация (АР) на фоне аортита диагностируется по мнению разных авторов примерно у 2-10 % больных АС, причём, её частота зависит от длительности болезни. Показано, что морфологическую основу аортита составляют изменения, происходящие в стенке как самой аорты, так и *vasa vasorum*: пролиферация интимы, очаговая деструкция эластической ткани воспалительными клетками, фиброз и утолщение адвентиции, периваскулярная инфильтрация воспалительными клетками и облитерирующий эндартериит *vasa vasorum*. Следствием этих воспалительных процессов является дилатация корня аорты и развитие аортальной недостаточности. Макроскопически стенка аорты при этом представляется утолщённой, уплотнённой

ной, фиброзно изменённой. Фиброзные изменения, как правило, наиболее выражены в области корня аорты, ниже основания клапана. Иногда фиброзная ткань образует локальное утолщение в задней стенке основания аорты в виде гребня, впервые описанное Bulkley and Roberts в 1973 г. при аутопсии у пациентов с АС, и в дальнейшем обозначаемое при эхокардиографии как «subaortic bump».

К АР приводят изменения, затрагивающие как стенку аорты, так и створки аортального клапана: фиброз и утолщение створок, нисходящая ретракция створок, деформация краев створок. Эти признаки были описаны у пациентов с АС и другими СПА. Характерно отсутствие аортального стеноза, хотя может выслушиваться достаточно интенсивный систолический шум на аорте, обусловленный увеличением систолического объёма левого желудочка и ускоренным кровотоком через аортальное отверстие. Частота АР при СПА точно неизвестна. Имеются отдельные работы, посвящённые поражению аортального клапана при РеА. Так, А.Е. Good et al. при обследовании 164 пациентов с РеА у четверых выявили АР (2,8%). С другой стороны, у троих из 100 человек с изолированной АР диагностируется РеА. Митральная регургитация встречается значительно реже и может быть обусловлена дилатацией левого желудочка вследствие поражения аортального клапана.

Атриовентрикулярная блокада описывается при АС и РеА с 1940-х гг. и считается наиболее частым кардиальным проявлением этой патологии. В одном из первых исследований при анализе обычной ЭКГ у 190 пациентов с АС атриовентрикулярная (АВ) блокада 1 степени была выявлена у 29 человек и 3 степени – у 3 человек. Впоследствии оказалось, что нарушение проводимости может носить преходящий характер, что было показано на серии ЭКГ у длительно наблюдавшихся пациентов с АС. Разнообразные нарушения проводимости, включая АВ и внутрижелудочковые блокады, обнаруживались в разное время почти у трети пациентов. Преходящий характер блокады, возможно, доказывает, что в её основе лежит рецидивирующий воспалительный процесс, локализованный в области АВ узла. В целом, как показали ис-

следования на большой группе пациентов-мужчин, наблюдающихся у кардиологов с постоянным водителем ритма сердца, от 15 до 20 % таких пациентов могут иметь какую-либо форму спондилоартрита в качестве причины нарушения проводимости.

По данным наших собственных исследований кардиологические проявления у пациентов с РеА выявлены в 2% случаев (обследовано 180 пациентов). В частности, у 1 пациента была зарегистрирована АВ блокада 1 степени и у одного - аортит с формированием аортальной недостаточности 2 степени. Различия в частоте выявления этой кардиальной патологии при сравнении с литературными данными, возможно, обеспечено включением в исследование пациентов с острым течением заболевания.

Сообщений об изменениях миокарда при АС достаточно, хотя интерпретация этих данных затруднена из-за неспецифичности клинических проявлений. Для исследования состояния миокарда при СПА использовались эхокардиографические, гистологические, ангиографические методики. Оценивались показатели функции левого желудочка у пациентов с АС и РеА, не имеющих аортальной регургитации, существенных нарушений проводимости, а также других заболеваний, таких как артериальная гипертензия или диабет, которые могли бы привести к дисфункции левого желудочка. При этом выявлялись дилатация и снижение сократительной функции левого желудочка, нарушение раннего диастолического наполнения, признаки систолической дисфункции. Гистологические исследования демонстрировали умеренное диффузное разрастание интерстициальной соединительной ткани при отсутствии воспалительных изменений или амилоидных депозитов. Каких-либо корреляций с возрастом пациентов, длительностью заболевания, поражением периферических суставов выявлено не было. Клиническое значение этих данных, по-видимому, требует дальнейшего уточнения.

В заключение следует отметить, что поражения миокарда могут долго предшествовать развитию суставной симптоматики или протекать на фоне малосимптомной картины поражения опорно-двигательного аппарата при

СПА. В обследовании таких пациентов принимают участие врачи многих специальностей – офтальмологи, кардиологи, дерматологи, ревматологи, для которых знание спондилоартритов и их системных проявлений поможет правильно и своевременно оценить имеющиеся клинические данные.

Литература

1. Fernandez-Melon J., Munoz-Fernandes S., Hidalgo V., Bonilla-Hernanda G. et al. Uveitis as the Initial Clinical Manifestation in Patients with Spondyloarthropathies. *The Journal of Rheumatology* 2004;31(3):524-527.
2. Monnet D., Breban M., Hudry C. Ophthalmic findings and frequency of extraocular manifestations in patients with HLA-B27 uveitis; A study of 175 cases. *Ophthalmology* 2004;111(4):802-809.
3. Richards J.C., Tay-Kearney M.L., Murray K. Infliximab for juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Clin Exp Ophthalmol* 2005;33(5):461-468.
4. Monteiro R.C. New insights in the pathogenesis of IgA nephropathy. *Nephrologia* 2005;25 Suppl 2:82-86.
5. Forshaw M.J., Guirguis O., Hennigan T.W. IgA nephropathy in association with Crohn disease. *Int J Colorectal Dis* 2005;20(5):463-465.
6. Frisch G., Lin J., Rosenstock J. Mycophenolate mofetil vs placebo in patients with moderately advanced IgA nephropathy: a double-blind randomized controlled trial. *Nephrol Dial Transplant* 2005;20(10):2139-2145.
7. Молочков В.А. Болезнь Рейтера. *Consilium medicum* 2004;6(3).
8. Heather L., Mark A. Aortitis. *Circulation* 2008;117:3039–3051.
9. Годзенко А.А., Бочкова А.Г., Корсакова Ю.О. и др Поражение сердца при анкилозирующем спондилите. *Науч- практич ревматол* 2009;4:4–10.
10. Lassalle C., Lonchamp M.F., Puechal X. Thoraco-abdominal aortitis in ankylosing spondylitis: a case report and review of literature. *J Mal Vasc* 2011;36:200–208.
11. Palazzi C., Salvarani C., D'Angelo S., Olivieri I. Aortitis and periaortitis in ankylosing spondylitis. *Joint Bone Spine* 2011;78:451–455.