

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ёрбулов Лазиз Салим угли

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

До недавнего времени исследователи полагали, что при РА поражение сердечно-сосудистой системы клинически незначимо. Однако, в последние годы установили, что у больных с РА продолжительность жизни снижается на 7–10 лет, а риск развития коронарной болезни сердца или инфаркта миокарда сопоставим с больными, страдающими сахарным диабетом. У больных страдающих РА риск развития кардиоваскулярных событий и смертности выше на 50% [1, 2]. Величина рисков варьирует в различных исследованиях, что связано с особенностями исследуемых групп больных, с особенностями терапии в разных странах, зависит от времени наблюдения и эффективности проводимого лечения [3, 4].

В исследовании, которое провели 15 стран и включавшее 4363 пациента с диагнозом РА показало, что 9,3% больных страдают также от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), где распространенность инфаркта миокарда (ИМ) составляет 3,2%. По сравнению с населением в целом, пациенты с РА имеют более высокий риск смерти (на 60%) от кардиоваскулярных заболеваний (КВЗ) [6]. Можно сделать заключение, что данная патология является одним из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и развития сердечно-сосудистых осложнений [7].

На сегодняшний день важной причиной сердечно-сосудистой смерти у больных с РА является ишемическая болезнь сердца (ИБС) [5–8, 9–10]. Поэтому необходимо брать во внимание, что пациенты с РА, перенесшие ИМ имеют



неблагоприятные результаты по сравнению с пациентами без РА. У данной категории больных наблюдается более высокий процент смертности через 30 дней и через 12 месяцев после перенесенного ИМ [10-11]. При коморбидности РА и ИБС установлено, что смертность от всех причин выше на 47%, сердечная смерть – на 51%, а сердечная недостаточность – на 41% [10].

У больных с РА реже имеются проявления стенокардии, но риск внезапной сердечной смерти выше в два раза. Фатальные аритмии являются частой причиной внезапной сердечной смерти, которые связаны с электрофизиологическим дисбалансом в работе сердца. У пациентов с РА не увеличена частота встречаемости удлиненного интервала QTс, но постепенно у них прогрессирует проаритмическая пролонгация QTс [11]. Основным патофизиологическим механизмом, лежащим в основе удлинения QTс является системное воспаление, которое действует и косвенно, ускоряя развитие кардиоваскулярных заболеваний, и непосредственно, влияя на электрофизиологические функции сердца.

Цель: У больных ревматоидным артритом изучить факторы риска и особенности течения ИБС.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 84 пациента с диагнозом РА, согласно критериям ACR (American College of Rheumatology)/EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) 2010 г., проходивших лечение в отделение кардиоревматологии СамГМО за период с 2020 г. по 2022 г. Количество женщины составило-62, мужчин-22, средний возраст пациентов составил $49 \pm 6,6$ лет, длительность заболевания-в среднем $7,2 \pm 2,5$ года. 68 (80,9%) больных были серопозитивны по IgM РФ, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) были определены у всех. Диагноз ИБС поставлен на основании клинических, лабораторных, а также инструментальных данных. Критериями исключения явились: тяжелая сопутствующая патология внутренних органов, острые и обострения хронических заболеваний, а также сахарный диабет.



Лабораторные методы исследования включали определение содержания ревматоидного фактора (РФ) в сыворотке крови, С-реактивного белка (СРБ), концентрации общего холестерина (ОХС) и липидного профиля. При клиническом обследовании выясняли наличие у больных следующих факторов риска: курения, ожирения (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м²), гиперхолестеринемии (ОХС > 5 ммоль/л), наличия ССЗ в анамнезе, артериальной гипертензии (АГ). Вычисляли индекс DAS28. Клиническая характеристика пациентов при обследовании представлена в таблице 1. У 33,3% больных были диагностированы внесуставные признаки РА, наиболее частыми среди них были синдром Рейно – у 19 (20,2%), подкожные ревматоидные узелки – у 9 (10,7%). Клиническая активность по DAS28 на момент исследования составила $5,02 \pm 2,04$, при этом у 27 (32,1%) пациентов отмечена высокая активность заболевания (DAS28 $> 5,1$).

Таблица 1.

Показатели	Больные РА (n=84)
Возраст, годы	49 \pm 6,6
Длительность болезни, лет	7,2 \pm 2,5
Клиническая стадия:	
очень ранняя (<6 мес.)	14 (16,6%)
развернутая (6-12 мес.)	16 (19%)
поздняя (>2 лет)	54 (64,2%)
Позитивность по РФ	68 (80,9%)
Активность заболевания по DAS28, n (%):	
ремиссия (DAS28<2,6)	7 (8,3%)
низкая (2,6< DAS28<3,2)	12 (14,2%)
умеренная (3,2< DAS28<5,1)	38 (45,2%)
высокая (DAS28>5,1)	27 (32,1%)



Рентгенологическая стадия, n (%):	
I-II	50 (59,5%)
III-IV	34 (40,4%)

Результаты и обсуждение: Большинство больных 71 (84,5%) получали базисную терапию, из них 28 (39,4%) – метотрексат 10–20 мг/нед. Терапию ГИБП получали 14 (19,7%) больных. Преднизолон ($10,16 \pm 7,26$ мг/сут.) принимали 24 (28,5%) больных.

Диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) установлен у 32 больных (38%): у 4 (12,5%) из них подтвержден диагноз ИБС, установленный ранее (до дебюта РА), с типичной стенокардией напряжения из их числа — 15 (46,8%) больных, безболевого ишемией — 7 (25,4%) и с нарушением ритма — 9 (28,2%). 2 (6,25%) пациента с ИБС перенесли инфаркт миокарда в анамнезе. Значимые факторы риска ИБС у больных РА, представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Признак	РА с ИБС, n=32 (n,%)	РА без ИБС, n=52 (n,%)	P
Прием ГК	14 (43,8)	16 (30,7)	0,009
Утренняя скованность > 120 мин	15 (46,9)	14 (26,9)	0,007
Продолжительность РА более 10 лет	20 (62)	31 (59)	0,005
ВАШ боли > 50мм	15 (46,9)	14 (26,9)	0,0004
Суточная доза >7,5 мг/сут	8 (25)	9 (17,3)	0,001
Высокая активность по	12 (37,5)	17 (32,7)	0,001



DAS 28			
ЧСС > 80 уд/мин	14 (43,8)	14 (26,9)	0,002
Общий ХС >5,0 ммоль/л	12 (37,5)	13 (25)	0,008
ИМТ>25 кг/м ²	14 (43,8)	13 (25)	0,005
Наследственность по ССЗ	15 (46,9)	9 (17,3)	0,0001
Курение	6 (18,8)	3 (5,77)	0,001
Частота АГ	24 (75)	15 (28,8)	0,001
Анемия	13 (40,6)	20 (38,5)	0,001

Из таблицы 2 видно, что риск развития ИБС при РА значительно возрастал при сочетании с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска – высокой ЧСС, повышенным уровнем ОХ, отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистым заболеваниям, АГ, курением, анемией, избыточной массой тела. Наряду с традиционными предикторами сердечно-сосудистого риска также определен вклад факторов, ассоциируемых с РА. Так, длительный прием ГК, высокая активность воспаления по DAS 28, повышали риск развития ИБС у данной категории больных ($p < 0,01$).

Средний уровень общего ХС у больных с РА и ИБС был выше у больных без ИБС и составил $5,5 \pm 1,7$ ммоль/л, ЛПНП – $3,1 \pm 0,7$ ммоль/л, ЛПВП – $0,9 \pm 0,5$ ммоль/л, триглицеридов – $1,9 \pm 0,6$ ммоль/л. Выявленные изменения свидетельствуют о негативном влиянии повышения уровня данных показателей на развитие атеросклероза и, соответственно, кардиоваскулярных осложнений.

Таким образом, ИБС по нашим наблюдениям была установлена у 38% больных РА. Почти у 30% больных РА отмечены нарушения ритма сердца и выявлена безболевая ишемия, что может быть связано с постоянным приемом НПВП, которые обладают обезболивающим эффектом. Кроме традиционных



факторов риска ИБС, установлены предикторы, связанные с последствиями хронического системного воспаления — активность и продолжительность РА, прием глюкокортикоидов свыше 12 мес., ВАШ боли > 50 мм.

Использованная литература:

1. Курбонов Н. А. и др. Modern approaches to the treatment of deep burning patients //Узбекский медицинский журнал. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
2. Babajanovich K. Z. et al. QORIN OLD DEVORI QISILGAN CHURRALARINI DAVOLASHDA TARANGLASHMAGAN GERNIOPLASTIKADAN FOYDALANISH (ADABIYOTLAR SHARHI) //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2024. – Т. 9. – №. 2.
3. Qurbonov N. A. et al. SURUNKALI PANKREATITNI DIAGNOSTIKA QILISH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 33-41.
4. Temirovich A. M. et al. CRF AND CKD: MODERN APPROACHES TO TERMINOLOGY, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 79-90.
5. Хурсанов Ё. Э. У., Жуманов Х. А. У., Эргашев А. Ф. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 332-340.



6. Alisherovich U. K., Rashidovich S. H., Ugli K. Y. E. OUR EXPERIENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF SPLEEN INJURY IN CLOSED ABDOMINAL TRAUMA //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 319-325.
7. Alisherovich U. K. et al. Evaluation of the effectiveness of multi-stage surgical tactics in severe liver damage //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 312-318.
8. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НЕКРОЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ОЖОГАМИ //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 19-22.
9. Avazov A. A., Xursanov Y. E. ERTA KUYGAN BOLALARDA AUTODERMOPLASTIKA QILISHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 23-28.
10. Akhmedov R. F. et al. Our experience in the treatment of burn sepsis //Actual problems of thermal trauma. Emergency Surgery.-Saint-Petersburg. – 2021. – С. 10-11.
11. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯМИ //THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 13. – С. 158-167.
12. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. К. СОВРЕМЕННЫЕ И АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 92-102.
13. Нормаматов Б. П. К., Сатторов А. Х. К., Хурсанов Ё. Э. К. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕС^ Й ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ



- БРЮШТОЙ ПОЛОСТИ //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 114-121.
14. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. Эффективность приоритетного использования миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении осложненных форм острого холецистита //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 36-43.
15. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. Диапевтические и рентгенэндобилиарные вмешательства в коррекции осложнений после холецистэктомии //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 44-51.
16. Тухтаев Ж. К., Хурсанов Ё. Э. У. Диффузный токсический зоб щитовидной железы //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 20-31.
17. Ачилов М. Т. и др. ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 62-69.
18. Elmuradov G. O. K. et al. QORIN BO 'SHLIG 'I YOPIQ JARONATLARIDA SONOGRAFIYA VA VIDEOELAPAROSKOPIYANI QO'LLASH //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 173-180.
19. Shakirov B. M., Avazov A. A., Umedov X. A. Peculiarities of hand burn treatment in the conditions of moist medium //ISJ Theoretical & Applied Science, 04 (108). – 2022. – С. 289-291.
20. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. STANDARDIZATION OF THE THERAPEUTIC DIAGNOSTIC APPROACH FOR COMBINED CLOSED INTESTINAL INJURY //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 120-132.
21. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 152-161.



22. Хамроев Г. А., Хурсанов Ё. Э. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ РАЗМОЗЖЕНИИ ЯИЧКА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 185-194.
23. Даминов Ф. А., Хурсанов Ё. Э., Карабаев Х. К. Наш опыт профилактики и лечения полиорганной недостаточности у тяжелообожженных //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 143-151.