

УДК 616.12:616.72-002.77

О.В. МАШКУНОВА^{1,2}, Г.М. ДУСЕКЕЕВА², Р.К. КАЗИЕВА²¹Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,²Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, МЗСР РК, г. Алматы

СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ



Машкунова О.В.

Исследования последних лет показали, что ведущей причиной снижения продолжительности жизни при ревматических заболеваниях являются кардиоваскулярные осложнения, связанные с атеросклеротическим поражением сосудов.

Цель исследования. Рассчитать риск возникновения кардиоваскулярных нарушений у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) и ревматоидным артритом (РА), провести сравнительный анализ кардиоваскулярного риска (КВР) при СКВ и РА у пациентов без сопутствующей сердечно-сосудистой и ревматологической патологии.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 34 пациентов с диагнозом СКВ и 55 пациентов с диагнозом РА на базе НИИ кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы. Средний возраст пациентов составлял с РА $47,7 \pm 27,8$ года, из них 47 женщин, 8 мужчин, с СКВ – $35,9 \pm 15,9$ года, 30 женщин, 4 мужчины. Для расчета КВР при РА и СКВ нами была использована шкала Score, которая позволяет рассчитать 10-летний риск возникновения основных коронарных событий (смерть от ИБС, нефатальный инфаркт миокарда). Анализировались такие факторы риска, как возраст, пол, систолическое артериальное давление (САД), уровень общего холестерина (ОХС), наличие курения в анамнезе, антигипертензивная терапия в анамнезе. Группой контроля были 70 пациентов гастроэнтерологического профиля без сердечно-сосудистой и ревматологической патологии в анамнезе, сопоставимых по возрасту (средний возраст $45,1 \pm 16,7$ года) и полу (50 женщин и 20 мужчин) с основной группой.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов с РА высокий КВР встречается с частотой 18%, средний – 35%, низкий – 47%. Среди пациентов с СКВ высокий КВР встречается с частотой 18%, средний – 23%, низкий – 59%. В группе контроля высокий КВР встречается с частотой 0%, средний – 15%, низкий – 85%.

Выводы. КВР у пациентов с РА и СКВ значительно повышен по сравнению с общей популяцией. КВР при РА и СКВ сравнительно одинаковый. У пациентов с СКВ и РА повышенный КВР можно объяснить наличием, в дополнение к традиционным факторам риска, дополнительных факторов риска, таких как хроническое воспаление, эндотелиальная дисфункция, хроническая болезнь почек, утолщение комплекса интима-медиа, иммуносупрессивная терапия. Необходима совместная работа кардиологов и ревматологов в ведении данных пациентов для снижения показателей общей сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Ключевые слова: кардиоваскулярный риск, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, хроническое воспаление, эндотелиальная дисфункция.

Среди всех регистрируемых в качестве причин нетрудоспособности классов заболеваний болезни костно-мышечной системы занимают второе место по случаям и третье – по дням нетрудоспособности [1, 3, 4, 5]. После них следуют болезни системы кровообращения. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний имеют значение и при ревматических заболеваниях. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются довольно распространенной, но в то же время мало изученной проблемой среди пациентов, страдающих ревматологическими заболеваниями [6, 7, 8]. Ведущей причиной снижения продолжительности жизни при РА и СКВ являются кардиоваскулярные осложнения, связанные с атеросклеротическим поражением сосудов (инфаркт

миокарда (ИМ), застойная сердечная недостаточность, синдром внезапной смерти), развивающиеся у этих больных примерно на 10 лет раньше, чем в популяции [1, 3, 5, 9]. Внимание исследователей в последние годы привлекает изучение активности иммунного воспаления, ее роли в прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний, что особенно актуально с позиций потенциальной обратимости данных изменений под влиянием терапии. Утверждение о роли цитокинов в повреждении эндотелия при атеросклерозе нашло подтверждение при изучении таких медиаторов воспаления, как интерлейкин-1, интерлейкин-3, фосфолипаза А2, интегрин MAC-1, при этом процессе. Важным медиатором воспаления суставов, например, при РА является фактор некроза опухоли α

Контакты: Машкунова Ольга Васильевна, канд. мед. наук, доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Тел. + 7 705 209 32 22, e-mail: omashkun@mail.ru

Contacts: Olga vasilievna Mashkunova, Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, PhD, Associate Professor, Department of outpatient therapy, rheumatologist highest category, Scientific-Research Institute of Cardiology and Internal Diseases of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan. Ph. + 7 705 209 32 22, e-mail: omashkun@mail.ru

(ФНО- α), который также является маркером сосудистого иммунного поражения и атеросклеротического процесса в стенке сосудов [7]. Полагают, что повышение уровня триглицеридов (ТГ), снижение концентрации ХС ЛПВП и увеличение выработки свободных жирных кислот на фоне высокой активности аутоиммунного процесса связаны со способностью «провоспалительных» цитокинов и острофазовых белков подавлять активность липопротеинлипазы (ЛПЛ) [9, 10]. Дисфункция эндотелия, рассматриваемая как наиболее ранний «предиктор» атеросклеротического поражения сосудов [4, 5, 11], выявляется при РА и СКВ как на ранней, так и поздней стадиях заболевания, независимо от активности болезни и наличия кардиоваскулярных факторов риска [5, 6, 12, 13]. Своевременная диагностика у пациентов с РА и СКВ факторов риска развития атеросклероза, и более агрессивная терапия могут препятствовать его прогрессированию [4, 5, 6, 10, 11, 15].

Цель исследования – рассчитать риск возникновения кардиоваскулярных нарушений у пациентов с СКВ и РА; провести сравнительный анализ кардиоваскулярного риска (КВР) при СКВ и РА с общепопуляционным риском; сравнить КВР при РА и СКВ.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 34

пациентов с диагнозом СКВ и 55 пациентов с диагнозом РА на базе НИИ кардиологии и внутренних болезней г. Алматы. Средний возраст пациентов с РА – $47,7 \pm 27,8$ года, из них 47 (85,5%) – женщин, 8 (14,5%) – мужчин, с СКВ – $35,9 \pm 15,9$ года, 30 (88,2%) женщин, 4 (11,8%) мужчины. Таким образом, соотношение пациентов с РА и СКВ составляло 61,8% и 38,2% соответственно. Для расчета КВР при РА и СКВ нами была использована шкала Framingham (рис. 1), которая позволяет рассчитать 10-летний риск возникновения основных коронарных событий (смерть от ИБС, нефатальный инфаркт миокарда) (табл. 1). Анализировались такие факторы риска, как наличие сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе, возраст, пол, систолическое артериальное давление (САД), уровень общего холестерина (ОХС), наличие курения в анамнезе, антигипертензивная терапия в анамнезе. Так же анализировались факторы риска, непосредственно связанные с основным заболеванием,

Таблица 1 – Градация КВР по шкале Framingham

Риск	Процент КВР
Высокий	>20%
Средний	10-20%
Низкий	<10%

Таблица 2 – Клиническая характеристика пациентов с РА

№	Клинические признаки	Количественные показатели
1	Всего больных	55
2	Женщин	47 (85,5%)
3	Мужчин	8 (14,5%)
4	Средний возраст больных, годы	$47,7 \pm 27,8$
5	Средняя длительность заболевания (годы)	$6,56 \pm 4,9$ года
6	Пациенты, получающие НПВП (диклофенак, мелоксикам)	Регулярно – 55 (100%); по требованию – 0.
7	Пациенты с положительным ревматоидным фактором (серопозитивный РА)	39 (71%)
8	АЦЦП позитивность	45 (81,8%)
9	Рентгенологическая стадия	II – 29(52%) III – 23(41%) IV – 3(7%)
10	DAS 28 до начала лечения ГМ	$5,8 \pm 2,1$
11	Функциональный класс	I – 39 (71%) II – 12 (22%) III – (7%) IV – 0 (0%)
12	Внесуставные проявления РА	39 (69,9%)
13	СРБ, мг/мл	$85,8 \pm 5,99$
14	РФ, ЕД/мл	$195,7 \pm 23,18$
15	АЦЦП, ЕД/мл	$135 \pm 14,5$
16	ВАШ, мм.	$82,1 \pm 11,2$
17	Базисная терапия синтетическими препаратами (количество пациентов)	Метотрексат – 44 (80%) Сульфасалазин – 4 (7,3%) Лефлуномид – 1 (1,8%) ГКС – 2 (3,6%) Комбинированная базисная терапия – 4 (7,3%)
18	Количество пациентов, получавших ГИБТ	2 (инфликсимаб) – 3,6% 3 (ритуксимаб) – 5,4%

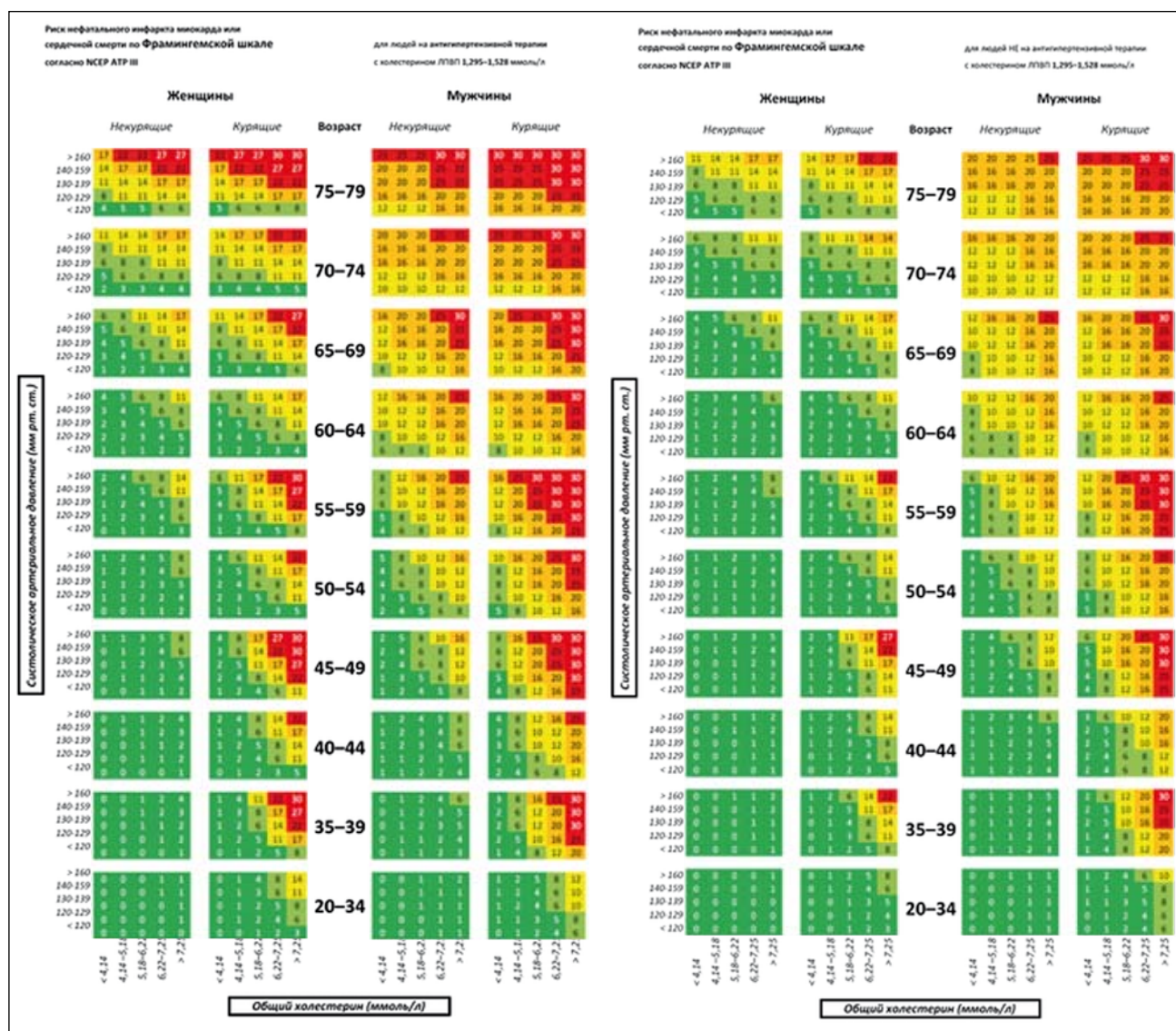


Рисунок 1 – Шкала Framingham

такие как средняя длительность заболевания, активность заболевания, внесуставные проявления, серологические маркеры активности заболевания, особенности проводимой терапии. В качестве группы контроля была взята группа пациентов гастроэнтерологического профиля, без сопутствующей кардиоваскулярной и ревматологической патологии сопоставимых по возрасту (средний возраст $45,1 \pm 16,7$ года) и полу – 50 (71,4%) женщин и 20 (28,6%) мужчин) с основной группой.

Результаты и обсуждение

Среди пациентов с РА средняя длительность заболевания составила $6,56 \pm 4,9$ года, у пациентов с СКВ $7,3 \pm 5,2$ года. Доля пациентов с серопозитивным РА составила 39 (71%). Показатели С-реактивного белка (СРБ) на момент госпитализации в среднем составили $85,8 \pm 5,99$ мг/л, средние показатели ревматоидного фактора (РФ) $195,7 \pm 23,18$ Ед/мл. У 81,8% пациентов с РА определялась позитивность по АЦЦП. Средние показатели АЦЦП составили $135 \pm 14,5$

Ед/мл. Средняя активность заболевания по индексу DAS28 у пациентов с РА составила $5,8 \pm 2,1$. Среди пациентов с РА преобладала II рентгенстадия 52%, III рентгенстадия составила 41%, IV рентгенстадия – 7%. Также среди пациентов с РА преобладал I функциональный класс (ФК) – 71%, II ФК составил 22%, III ФК – 7%. Внесуставные проявления РА в анамнезе наблюдались у 69,9% пациентов. Показатели по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в среднем составили $82,1 \pm 11,2$ мм. Все пациенты с РА регулярно принимали НПВП. Большинство пациентов с РА принимали в качестве базисной терапии метотрексат – 80%, также в качестве базисной терапии применялся сульфасалазин – 7,3%, лефлуномид – 1,8%, глюкокортикостероиды (ГКС) – 3,6%. Комбинированная базисная терапия применялась у 4 пациентов (7,3%). Терапия генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) проводилась у 5 пациентов: инфликсимаб – у 2 пациентов (3,6%), ритуксимаб – 3 пациентов (5,4%) (табл. 2).

Таблица 3 — Клиническая характеристика пациентов с СКВ

№	Клинические признаки	Количественные показатели
1	Всего больных	34
2	Женщин	30 (88,2%)
3	Мужчин	4 (11,8%)
4	Средний возраст больных	35,9±15,9 года
5	Средняя длительность заболевания (годы)	7,3±5,2
6	Пациенты, получающие ГКС (метипред, преднизолон)	Регулярно – 24 (43,6%); по требованию – 2 (5,88%)
10	Пациенты с положительными α ДНК	17 (50%)
11	Пациенты с положительным ANA	16 (47,1%)
12	Пациенты с положительными LE-клетками	6 (17,65%)
13	Пациенты с нефритом	28 (82,4%)
14	Пациенты с артритом	26 (76,5%)
15	Пациенты с серозитом	22 (64,7%)
16	Пациенты с поражением слизистой оболочки	12 (15,9%)
17	Пациенты с эритемой	23 (67,6%)
18	Пациенты с дискоидными высыпаниями	17 (50%)
19	Пациенты с фотосенсибилизацией	3 (8,82%)
20	Базисная терапия синтетическими препаратами (количество пациентов)	Циклофосфан – 3 (8,8%) ГКС – 24 (43,6%) НПВС (диклофенак) – 2 (5,9%) Комбинированная базисная терапия – 5 (14,7%)

Среди пациентов с СКВ положительные антитела к двуспиральной ДНК (α ДНК) выявлены у 17 (50%) пациентов, антиядерные антитела (ANA) у 16 (47,1%) пациентов, LE клетки у 6 (17,65%) пациентов. Среди пациентов с СКВ встречались проявления нефрита у 28 (82,4%) пациентов, артрита – у 26 (76,5%), серозита – у 22 (64,7%), поражения слизистых – у 12 (15,9%), эритемы – у 23 (67,6%), дискоидные высыпания встречались у 17 (50%) пациентов, фотосенсибилизация у 3 (8,82%) пациентов. ГКС (метипред, преднизолон) получали регулярно 24 (43,6%) пациента, по требованию – 2 (5,88%) пациента. Пациенты с СКВ получали базисную терапию: циклофосфан – 3 (8,8%), ГКС – 24 (43,6%), НПВС (диклофенак) – 2 (5,9%), комбинированная базисная терапия – у 5 (14,7%) пациентов (табл. 3).

Курение в анамнезе в группе контроля встречалось чаще (70%), чем среди пациентов с РА (22%) и СКВ (59%). Антигипертензивная терапия в анамнезе у пациентов с РА – у 25%, с СКВ – у 22% (диаграмма 1), в группе контроля антигипертензивная терапия отсутствовала. Средние по-



Диаграмма 1 – Наличие в анамнезе антигипертензивной терапии (АГ-терапия)

Таблица 4 — Характеристика пациентов по шкале Framingham

Критерий	РА 9 (N)	СКВ (N)	Группа контроля (N)
Курение в анамнезе	12 (22%)	21 (59%)	49 (70%)
Антигипертензивная терапия в анамнезе	14 (25%)	8 (22%)	Отсутствует у 100% пациентов
АД, мм рт. ст.	165±90	155±90	125±10
ОХС, ммоль/л	4,7±3,5	4,3±3,4	3,1±2,0

Таблица 5 — Показатели КВР у пациентов с РА, СКВ и группе контроля

№	Показатель риска по шкале Framingham	РА	СКВ	Группа контроля
1	Высокий	18%	18%	0%
2	Средний	35%	23%	15%
3	Низкий	47%	59%	85%

казатели АД у пациентов с РА составили 165±90 мм рт.ст., у пациентов с СКВ – 155±90 мм рт.ст., что значительно превышало показатели пациентов группы контроля – 125±10 мм рт.ст. Средние показатели уровня ОХС у пациентов с РА составили 4,7±3,5 ммоль/л, у пациентов с СКВ – 4,3±3,4 ммоль/л, в группе контроля – 3,1±2,0 ммоль/л (табл. 4).

По результатам исследования было выявлено, что среди пациентов с РА высокий КВР встречается с частотой 18%, средний – 35%, низкий – 47%. Среди пациентов с СКВ высокий КВР встречается с частотой 18%, средний – 23%,

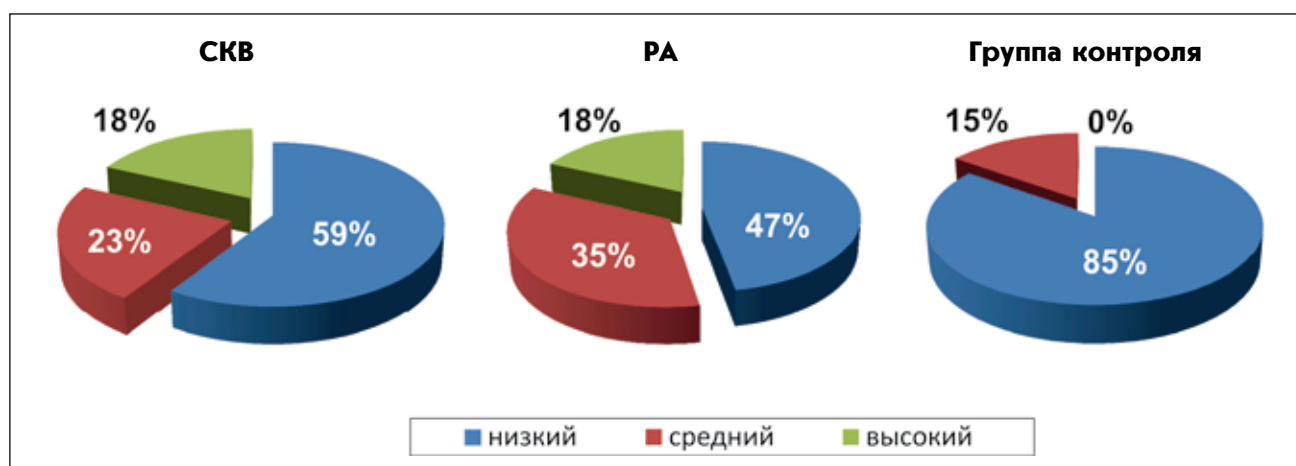


Диаграмма 2 – Кардиоваскулярный риск при РА, СКВ, группе контроля

низкий – 59%. В группе контроля высокий КВР встречается с частотой 0%, средний – 15%, низкий – 85% (табл. 5, диаграмма 2).

Выводы

Таким образом, оказалось, что КВР у пациентов с РА и СКВ значительно повышен по сравнению с общей популяцией. КВР при РА и СКВ сравнительно одинаковый.

На основании этих данных можно сделать следующие выводы:

1. У пациентов с СКВ и РА повышенный КВР можно объяснить наличием, в дополнение к традиционным факторам риска, дополнительных факторов риска, таких как хроническое воспаление, эндотелиальная дисфункция, хроническая болезнь почек, утолщение комплекса интима-медиа, иммуносупрессивная терапия.

2. Повышенный кардиоваскулярный риск у пациентов с РА коррелирует с высокими показателями активности заболевания по клинко-лабораторным данным, наличием внесуставных проявлений при РА, серопозитивностью по РФ и АЦЦП, большой длительностью заболевания, приемом НПВП.

3. Повышенный кардиоваскулярный риск у пациентов с СКВ коррелирует с высокими показателями активности заболевания по клинко-лабораторным данным, тяжестью течения, большой длительностью заболевания, приемом ГКС.

4. Учет только традиционных факторов риска без оценки степени активности РА и СКВ и эффективности лечения не позволяет оценить в полной мере риск развития кардиоваскулярной патологии у пациентов с РА и СКВ. Наличие РА и СКВ является самостоятельным фактором риска развития атеросклероза у пациентов, не имеющих традиционных факторов риска ССЗ. Профилактика ССО у больных РА и СКВ представляет сложную задачу и требует взаимодействия между врачами различных специальностей как на этапе диагностики, так и лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Boucelma M, Haddoum F, Chaudet H, Kaplanski G, Mazouni-Brahimi N, Rezig-Ladjouze A, Brouri M, Berrah

A. Cardiovascular risk and lupus disease // *IntAngiol.* – 2011 Feb. – Vol. 30(1). – P. 18-24

2 Chen PY, Chang CH, Hsu CC, Liao YY, Chen KT. Systemic lupus erythematosus presenting with cardiac symptoms: a case series from an emergency physician prospective // *Am J Emerg Med.* – 2014 Jul. – N1.pii: S0735-6757(14)00488-4.doi: 10.1016/j.ajem.2014.06.036.

3 Cyprienè A, Dadonienè J, Rugienè R, Ryliškytè L, Kovaitè M, Petrulionienè Z, Venalis A, Laucevičius A. The influence of mean blood pressure on arterial stiffening and endothelial dysfunction in women with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus // *Medicina (Kaunas).* – 2010. – Vol. 46(8). – P. 522-30

4 Demir K, Avcı A, Yılmaz S, Demir T, Ersecgin A, Altunkeser BB. Fragmented QRS in patients with systemic lupus erythematosus // *ScandCardiovasc J.* – 2014 Aug. – Vol. 48(4). – P. 197-201. doi: 10.3109/14017431.2014.935801. Epub 2014 Jul 18.

5 Pennell D.J. and Keenan N.G. Coronary microvascular dysfunction in systemic lupus erythematosus identified by CMR imaging // *JACC.* – 2011. – Vol. 4, N 1. – P. 34–36

6 Furie R, Petri M, Zamani E et al. A phase III, randomized, placebo-controlled study of belimumab, a monoclonal antibody that inhibits B lymphocyte stimulator, in patients with systemic lupus erythematosus // *Arthritis Rheum.* – 2011. – Vol. 63(12). – P. 3918–30. DOI: 10.1002/art.30613.

7 Попкова Т.В., Новикова Д.С., Насонов Е.Л. Атеросклероз при ревматических заболеваниях. В кн.: Ревматология: клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – P. 678-702

8 Peters M.J., Symmons D.P., McCarey D.W. et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other types of inflammatory arthritis – TASK FORCE “Cardiovascular risk management in RA” // *Ann. Rheum.dis.* – 2010. – N 69. – P. 325-31

9 Мещерина Н.С., Князева Л.А. Влияние терапии на параметры жесткости артериального русла у больных ревматоидным артритом // *Вестник новых медицинских технологий.* – 2013 – №1. Электронное издание

Т У Ж Ы Р Ы М

О.В. МАШКУНОВА^{1,2}, Г.М. ДУСЕКЕЕВА², Р.К. ҚАЗИЕВА²¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.²ҚР ДС ӘДМ Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ.

РЕВМАТИКАЛЫҚ ПАЦИЕНТТЕРДЕ ЖҮРЕК-ТАМЫР ЖҮЙЕСІ ПАТОЛОГИЯСЫ ДАМУЫНЫҢ ҚАУІПТІ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕГІ ЖҮЙЕЛІК ҚАБЫНУ

Жүрек-тамыр жүйесінің ауырулары жүйелік ревматикалық ауруының бірінші көрінісі болуы мүмкін, немесе ауыру асқынған кезде пайда болуы мүмкін. Соңғы жылдары өткізілген зерттеулерге сәйкес, ревматикалық науқастар арасындағы өмір ұзақтығының қысқаруы тамырлардың атеросклерозбен зақымдалуына байланысты болып табылады.

Зерттеу мақсаты. Жүйелі қызыл жегімен (ЖҚЖ) және ревматоидты артритпен (РА) ауыратын науқастар арасындағы кардиоваскулярді қауіпті (КВҚ) есептеу. ЖҚЖ, РА ауыратын науқастар арасындағы және кардиоваскулярді немесе ревматологиялық аурулары жоқ науқастар арасында КВҚ салыстырмалы анализ жасау.

Материал және әдістері. Алматы қаласы Кардиология және ішкі аурулар ҒЗИ базасында емделген ЖҚЖ ауыратын 34 науқастың және РА ауыратын 55 науқастың ауыру тарихының ретроспективті анализі өткізілді. Науқастардың орташа жасы: РА 47,7±27,8 жас, олардың арасында 47 – әйел, 8 – еркек, ЖҚЖ – 35,9±15,9 жас, 30 – әйел, 4 – еркек. КВҚ есептеу үшін 10 жыл ішіндегі негізгі коронарлы оқиғалардың пайда болуы қауіпін анықтайтын Score шкаласы қолданылды. Жас, жыныс, ситикалық артериалды қысым, жалпы холестерин деңгейі, темекі тарту, антигипертензивті дәрілер қабылдау сияқты қауіп факторлары зерттелді. Бақылау тобы ретінде анамнезінде ревматологиялық немесе жүрек-тамыр жүйесінің аурулары жоқ гастроэнтерологиялық профильге жататын негізгі топпен жас (орта жасы 45,1±16,7) және жыныс (50 әйел и 20 еркек) бойынша сәйкес келетін 70 науқас алынды.

Нәтижелері және талқылауы. РА ауыратын науқастардың арасында жоғары КВҚ 18%, орташа КВҚ 35%, төмен КВҚ 47% жиілігімен кездеседі. ЖҚЖ ауыратын науқастардың арасында жоғары КВҚ 18%, орташа КВҚ 23%, төмен КВҚ 59% жиілігімен кездеседі. Бақылау тобында жоғары КВҚ 0%, орташа КВҚ 15%, төмен КВҚ 85% жиілігімен кездеседі.

Қорытынды. Зерттеу РА мен ЖҚЖ ауыратын науқастарда КВҚ жалпы популяциямен салыстырғанда жоғары. РА мен ЖҚЖ ауыратын науқастар арасындағы КВҚ салыстырмалы түрде бірдей. Осы мәліметке негіздеп отырып, РА мен ЖҚЖ ауыратын науқастар арасындағы КВҚ жоғары болғанын дәстүрлі қауіп факторларына қоса созылмалы қабыну, эндотелиальді дисфункция, созылмалы бүйрек ауруы, интима-медиа кешенінің қалыңдауы, иммуносупрессивті терапия секілді қосымша қауіп факторлары болғанымен түсіндіруге болады.

Жалпы жүрек-тамыр аурулары және өлім көрсеткіштерін азайту үшін бұл пациенттерді кардиологтар мен ревматологтар бірігіп емдеуі қажет.

Негізгі сөздер: кардиоваскулярді қауіп, ревматоидты артрит, жүйелі қызыл жегі, созылмалы қабыну, эндотелиальді дисфункция.

SUMMARY

O.V. MASHKUNOVA^{1,2}, G.M. DUSSEKEYEVA², R.K. KAZIYEVA²¹Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.²Scientific Research Institute of Cardiology and Internal Diseases, Almaty c.

THE SYSTEM INFLAMMATION AS RISK FACTOR OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY AMONG RHEUMATOLOGICAL PATIENTS

Relevance. Cardiovascular diseases are quite widespread, but at the same time a little studied problem among the patients with rheumatic diseases. Cardiovascular diseases can be the first manifestations of a system disease of connecting tissue, and can appear in process of their progressing. Researches of the last years showed that the cardiovascular complications are connected with atherosclerotic defeat of vessels are the leading reason of decrease in life expectancy at rheumatic diseases.

Research objective. To calculate risk of emergence of cardiovascular violations at patients with system lupus erythematosus (SLE) and rheumatoid arthritis (RA), to carry out the comparative analysis of cardiovascular risk (CVR) at SLE and RA and at patients without the accompanying cardiovascular and rheumatic pathology.

Material and methods. The retrospective analysis of clinical histories of 34 patients with the diagnosis of SLE and 55 patients with the diagnosis of RA on the base of Scientific research institute of cardiology and internal diseases, Almaty was carried out. Average age of patients with RA was 47,7±27,8 years, 47 women, 8 – men, with SLE – 35,9±15,9 years, 30 female, 4 male. For calculation of KVR at RA and SLE we used a scale of Score which allows to calculate 10-year risk of emergence of the main coronary events (death from ICD, not fatal myocardial infarction). Such risk factors, as age, gender, the systolic arterial pressure (SAP), level of the general cholesterol (GCL), existence of smoking in the anamnesis, antihypertensive therapy in the anamnesis were analyzed. Group of control were 70 patients of a gastroenterological profile without cardiovascular and rheumatic pathology in the anamnesis, comparable on age (middle age of 45,1±16,7 years) and gender (50 women and 20 men) with the main group.

Results and discussion. Among patients with RA high CVR meets with frequency of 18%, average – 35%, low – 47%. Among patients with SLE high CVR meets with frequency of 18%, average – 23%, low – 59%. In group of control high CVR meets with frequency of 0%, average – 15%, low – 85%.

Conclusion. CVR at patients with RA and SLE is considerably higher in comparison with the general population. CVR at RA and SLE rather identical. On the basis of these data it is possible to draw a conclusion that the high CVR at patients with SLE and RA can be explained with existence, in addition to traditional risk factors, of additional risk factors such as: chronic inflammation, endothelial dysfunction, chronic kidneys disease, thickening of a complex of intima-media, immunosuppressive therapy. All these additional risk factors cause need of managing patients with RA and SLE as patients with high risk of development of cardiovascular pathology and carrying out the relevant treatment and prophylactic activities that, perhaps, can make lower indicators of the general cardiovascular incidence and mortality. It is necessary to rheumatologists and cardiologists collaborate in managing of these patients.

Key words: cardiovascular risk, rheumatoid arthritis, system lupus erythematosus, chronic inflammation, endothelial dysfunction.

Для ссылки: Машкунова О.В., Дусекеева Г.М., Казиева Р.К. Системное воспаление как фактор риска развития патологии сердечно-сосудистой системы у ревматологических пациентов // J. Medicina (Almaty). – №10 (160). – Р. 26-31

Статья поступила в редакцию 20.10.2015 г.

Статья принята в печать 26.10.2015 г.