

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СИСТЕМОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПРИЗНАКОВ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Александрова Н.В., Никитина Н.В., Александров А.В., Зборовская И.А.

ФГБНУ «НИИ КиЭР имени А.Б. Зборовского», Волгоград

Актуальность.

Клинические и экспериментальные данные подтверждают роль как системного, так и артериального воспаления в потенцировании атеросклероза и увеличении сердечно-сосудистого риска у ревматических больных. Высокая воспалительная нагрузка у пациентов с ревматоидным артритом (РА) способна провоцировать ускоренный атеросклероз и нестабильность сосудистых бляшек.

Цель исследования:

изучить влияние системного воспаления на выраженность ультразвуковых признаков атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий (БЦА) у больных РА.

Материалы и методы.

Всем больным РА (50 женщин и 7 мужчин; средний возраст $50,45 \pm 10,12$ лет; медиана продолжительности заболевания – 11 лет, медиана индекса DAS-28 – 3,9 баллов) было выполнено дуплексное сканирование БЦА и измерение лабораторных показателей: РФ, СРБ, ЦИК, антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), антинуклеарных антител (АНА), провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-6, TNF α), адипокинов (несфатин-1, висфатин), ангиопоэтин-подобных белков 2, 3 и 4 типов (АППБ2,3,4).

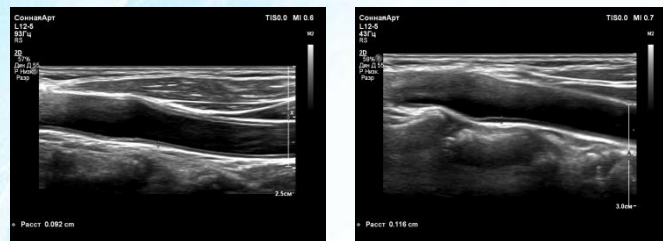


Рис. Изолированное утолщение комплекса ИМ (справа), как проявление нестенозирующего атеросклероза

Ультразвуковое исследование (Acuvix V10, Samsung Medison и/или Affiniti 70, Philips) включало оценку выраженности атеросклеротических изменений БЦА: А0 – отсутствие атеросклероза, АI – изолированное утолщение комплекса интима-медиа (ИМ), АII – наличие атеросклеротических бляшек и стенозирование БЦА.

Результаты.

У 25 (43,8%) пациентов с РА определялись признаки атеросклероза брахиоцефальных артерий: АI – у 19 (33,3%), АII – у 6 (10,5%) человек. Не было обнаружено статистически значимых корреляций между поражением БЦА и клиническими характеристиками РА (наличие эрозий, серопозитивность по РФ и АЦЦП).

Результаты (продолжение).

В группе больных РА с признаками атеросклеротического поражения БЦА наиболее часто выявляли АНА ($p=0,049$), повышенные показатели IL-6 ($p=0,039$) и снижение уровня несфатина-1 ($p=0,04$). АНА (в первую очередь различные антицитруллинированные антитела) могут запускать воспалительные процессы (включая активацию нейтрофилов) и способствовать кальцификации коронарных артерий, участвуя в образовании иммунных комплексов, подпитывающих атерогенез при РА.



Рис. Стенозирующий атеросклероз БЦА

Также была отмечена отрицательная связь толщины комплекса ИМ с уровнем несфатина-1 ($p=0,012$) и положительная связь с уровнем АППБ2 ($p=0,031$) и АППБ4 ($p=0,048$). Наряду с классическими воспалительными цитокинами адипоцитокينات могут оказывать значимое влияние на процессы, связывающие метаболический синдром, атеросклероз и РА, особенно на фоне преобладания провоспалительных цитокинов. В группе больных РА с выраженной клинико-лабораторной активностью заболевания (DAS-28 $>3,9$; СРБ >18 г/л и/или СОЭ >20 мм/час) и повышенными показателями как минимум двух из представленных циркулирующих воспалительных маркеров ($n=19$) преобладали процессы атеросклеротического поражения БЦА (ИМ $\geq 1,2$ мм) ($n=11$, $p=0,044$), что также может свидетельствовать о роли воспаления артериальной стенки в патогенезе сосудистых осложнений у данной категории больных.

Заключение.

При РА развитие атеросклероза БЦА подвержено влиянию воспалительных и иммунных нарушений, которые можно рассматривать в качестве дополнительных проатеросклеротических факторов. Не только клинические и демографические данные, но и ультразвуковая оценка толщины комплекса ИМ с анализом воспалительных биомаркеров в сыворотке крови, могут иметь преимущества для адекватной стратификации сердечно-сосудистого риска у больных РА. Пациентам с воспалительными ревматическими заболеваниями следует рекомендовать регулярные эхокардиографические исследования.