

УДК 616.1/4

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Громова М.А., Мясоедова С.Е.

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Иваново, e-mail: adm@isma.ivanovo.ru*

Обследован 101 пациент с достоверным диагнозом ревматоидный артрит (РА), средний возраст 61 год, 92% женщин. Средняя продолжительность РА – 7 лет. Серопозитивный вариант был у 67%, системные проявления – у 18%. Всем больным регистрировали артериальное давление (АД), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), вариабельность ритма сердца (ВРС); оценивали выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале, анкете Ван – Корфа, Мак-Гилловскому болевому опроснику, опроснику нейропатической боли DN4. Артериальная гипертензия 1–3 степени выявляется более чем у половины больных РА, у большинства из них она возникает на фоне РА, у пациентов более старшего возраста и с абдоминальным ожирением. Подъемы систолического и пульсового АД, изменения ВРС и СРПВ коррелировали с характеристиками хронического болевого синдрома.

Ключевые слова: хронический болевой синдром, артериальная гипертензия, ревматоидный артрит, скорость распространения пульсовой волны, вариабельность ритма сердца

ARTERIAL HYPERTENSION, CARDIO-VASCULAR SYSTEM AND PAIN CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Gromova M.A., Myasoedova S.E.

Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, e-mail: adm@isma.ivanovo.ru

One-hundred and one patients with confirmed rheumatoid arthritis (RA) were examined. The median age of the patients is 61 years. Ninety-two percent of them are women. The average duration of RA is 7 years. Sixty-seven percent of patients have seropositive RA, eighteen percent have systemic manifestations. All patients were examined by measuring arterial pressure, pulse wave velocity and heart rate variability; determining strength of a pain syndrome on a visual analog scale and also the Van-Korff Questionnaire, the McGill Pain Questionnaire, the DN4 Questionnaire. Arterial hypertension of levels 1–3 was revealed in more than half of patients with RA. Elder patients and patients suffering from abdominal obesity have RA which is accompanied with arterial hypertension. Elevation of systolic and pulse pressure, changes of heart rate variability and pulse wave velocity are correlated with characteristics of a chronic pain syndrome.

Keywords: chronic pain syndrome, arterial hypertension, rheumatoid arthritis, pulse wave velocity, heart rate variability

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным воспалительным поражением внутренних органов [4]. Доказано, что кардиоваскулярный риск при ревматоидном артрите (РА) значительно увеличен по сравнению с общей популяцией [5, 6]. Однако механизмы кардиоваскулярных заболеваний у больных РА до конца не изучены. Артериальная гипертензия является одним из наиболее распространенных факторов риска, имеет мультифакторный генез при РА, обусловленный вкладом традиционных факторов риска АГ и характеристик основного заболевания, и ассоциирована с неблагоприятным прогнозом в отношении кардиоваскулярных заболеваний и смерти от кардиоваскулярных причин [1, 2, 3]. Также остается неизученным вопрос о роли хронического болевого синдрома (ХБС) в изменениях уровней артериального давления и в развитии функци-

ональных изменений сердечно-сосудистой системы у больных РА.

Цель работы: оценить влияние ХБС на уровень артериального давления (АД) и функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы у больных РА.

Материал и методы исследования

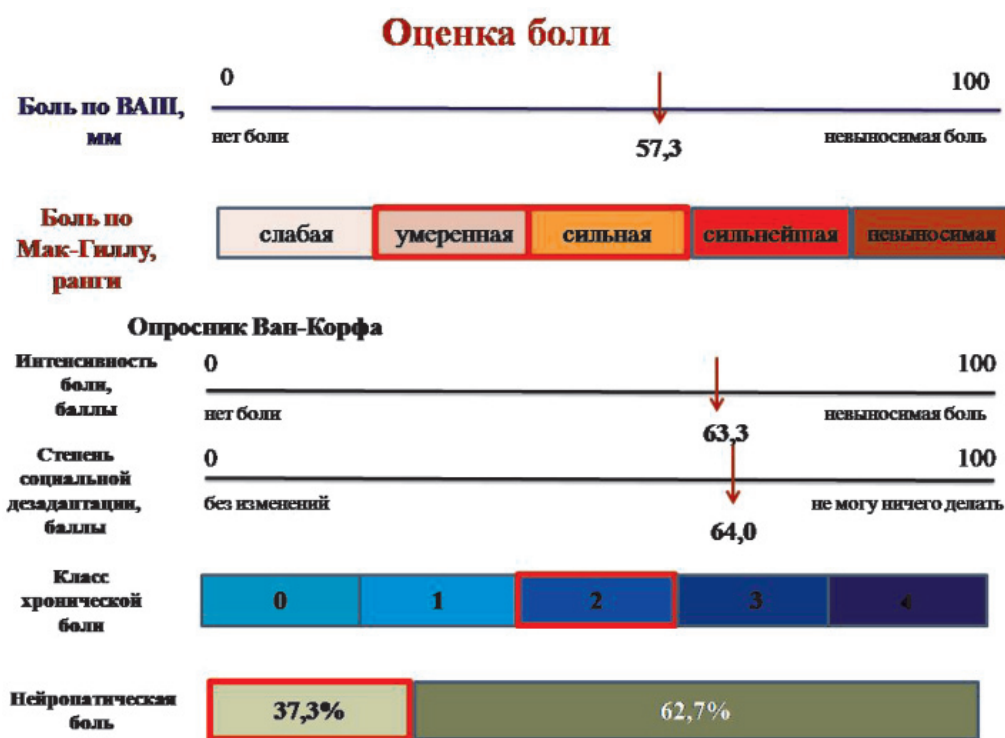
Обследован 101 пациент с достоверным диагнозом РА, в возрасте от 32 до 75 лет (средний возраст 60,6 лет), большинство из них – женщины (92%). Средний возраст начала РА составил 54 года. Средняя продолжительность РА – 6,7 лет. Серопозитивный вариант был у 67%, системные проявления – у 18%. У большинства наблюдалась 2–3 степень активности, II–III функциональный класс (ФК). У 96% больных выявлен эрозивный артрит. В лечении РА использовали метотрексат в сочетании с селективными нестероидными противовоспалительными препаратами, 37,6% больных получали глюкокортикоиды. Антигипертензивная терапия включала комбинации ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или блокаторов рецепторов ангиотензина II с диуретиками, антагонистами кальция и бета-блокаторами. Диагностика АГ осуществлялась с учетом

Национальных рекомендаций по диагностике и лечению АГ (2010 г.), степень и динамика АГ оценивалась по данным амбулаторной карты и при офисном измерении АД на момент обследования. Рассчитывали SCORE для стран высокого риска с поправкой Европейской антиревматической лиги от 2008 г., учитывающей длительность РА более 10 лет, положительный результат теста на ревматоидный фактор или анти-тела к циклическому цитруллинированному пептиду, наличие внесуставных проявлений. Для определения характера и выраженности хронического болевого синдрома применяли следующие методы: визуальная аналоговая шкала (ВАШ); анкета Ван-Корфа для оценки степени выраженности хронического болевого синдрома (с оценкой интенсивности болевого синдрома, степени и уровня социальной дезадаптации, класса хронической боли); Мак-Гилловский болевой опросник (с оценкой боли по сенсорной, аффективной, эвалютивной шкалам); диагностический опросник нейропатической боли DN4 для количественной оценки степени выраженности нейропатической боли. Регистрировали скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) по сосудам эластического и мышечного типов и проводили анализ вариабель-

ности ритма сердца (BPC) в покое и при активной ортостатической пробе (аппаратура ООО «Нейрософт», Иваново). Статистическая обработка проводилась с использованием методов описательной статистики, непараметрического, корреляционного анализа в программе Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Боль по результатам опросников варьировала по интенсивности, в среднем по ВАШ составила $57,3 \pm 20,1$ мм. По данным Мак-Гилловского болевого опросника у 71% пациентов наблюдалась умеренная и сильная боль. Боль по результатам анкеты Ван-Корфа характеризовалась высокой интенсивностью ($63,3 \pm 20,4\%$), средним уровнем дезадаптации (64%) и легкой нетрудоспособностью, что соответствовало 2 классу хронической боли. Нейропатический компонент боли по данным опросника DN 4 выявлен у 37% пациентов (рисунок).



Характеристика боли по опросникам

Анализ взаимосвязей ХБС с различными параметрами РА показал, что выраженность боли не связана с показателем активности РА по DAS28 и отдельными параметрами активности РА, включенным в DAS28 (число болезненных и припухших суставов, СОЭ), но коррелировала с общим числом пораженных суставов ($r = 0,48$) и оценкой состояния здоровья пациентом

($r = 0,45$). Интенсивность боли нарастала по мере увеличения продолжительности заболевания ($r = 0,3$).

Артериальная гипертензия 1–3 степени выявлена у 64,35% больных, средняя выявлена у 7,5 лет. У 55,4% больных АГ возникла на фоне РА. Почти у всех пациентов отмечено сочетание 2 и более общепопуляционных

факторов риска (возраст, отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, гиперхолестеринемия, абдоминальное ожирение). 10-летний риск смерти по SCORE равен $2,5 \pm 2,48$, что соответствует низкому риску у большинства больных, высокий риск отмечен у 9,9% пациентов. При этом у 66,3% пациентов РА, в том числе у 90% пациентов с низким и средним риском SCORE, были выявлены поражения органов-мишеней, главным образом гипертрофия левого желудочка. СРПВ > 10 м/с отмечена у 26,7% пациентов. Систолическое АД коррелировало с возрастом ($r = 0,48$) и объемом талии ($r = 0,31$), диастолическое – с возрастом ($r = 0,48$), объемом талии ($r = 0,27$), гиперхолестеринемией ($r = 0,23$); пульсовое – с объемом талии ($r = 0,21$). Уровни АД не коррелировали с показателями активности РА. Вместе с тем выявлена зависимость между интенсивностью боли и пульсовым АД ($r = 0,4$), а также максимальными цифрами систолического АД ($r = 0,25$). Выраженность боли по ВАШ, класс хронической боли, ее интенсивность, степень дезадаптации были взаимосвязаны с уменьшением общей мощности спектра ВРС и снижением активности парасимпатического отдела. Указанные параметры боли имели отрицательную связь с отношением СРПВ по сосудам мышечного типа к СРПВ по сосудам эластического типа, что отражает увеличение жесткости сосудов. Отношение СРПВ по сосудам мышечного типа к СРПВ по сосудам эластического типа наиболее тесно коррелировало с наличием нейропатического компонента боли ($r = -0,4$).

Выводы

АГ 1–3 степени выявляется более чем у половины больных РА и у большинства из них возникает на фоне РА, наиболее тесно связана с возрастом и абдоминальным ожирением и сочетается с субклиническим поражением сердца и сосудов. Уровни АД не коррелировали с активностью РА. Подъемы систолического и пульсового АД, изменения ВРС и увеличение жесткости сосудистой стенки были связаны с различными ха-

рактеристиками боли, что требует большего внимания к ее оценке и коррекции.

Список литературы

1. Мясоедова Е.Е. Распространенность и факторы риска артериальной гипертензии при ревматоидном артрите // Научно-практическая ревматология. – 2012. – № 2. – С. 31–34.
2. Новикова Д.С., Попкова Т.В., Насонов Е.Л. Современные представления о патогенезе и особенности лечения артериальной гипертензии при ревматоидном артрите (обзор) // Тер. арх. – 2011. – № 5. – С. 24–33.
3. Попкова Т.В. Кардиоваскулярные факторы риска при ревматических заболеваниях: связь с воспалением // Consilium medicum. – 2010. – № 12. – С. 112–8.
4. Ревматология: клинические рекомендации; под ред. акад. РАМН Е.Л. Насонова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
5. Gonzalez A., Maradit Kremers H., et al. The widening mortality gap between rheumatoid arthritis patients and the general population // Rheumatoid arthritis. – 2007. – № 56(11). – P. 3583–7.
6. Maradit-Kremers H., Nicola P.J., Crowson C.S., Gabriel S.E. Cardiovascular death in rheumatoid arthritis: a population-based study // Rheumatoid arthritis. – 2005. – № 52(3). – P. 722–32.

References

1. Myasoedova E.E. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya, 2012, no. 2, pp. 31–34.
2. Novikova D.S., Popkova T.V., Nasonov E.L. Ter. arh. 2011; 5: 24–33.
3. Popkova T.V. Consilium medicum 2010; 12: 112–8.
4. Nasonov E.L. M.: GEOTAR-Media, 2010. 752 p.
5. Gonzalez A., Maradit Kremers H., et al. Rheumatoid arthritis, 2007; 56(11): 3583–7.
6. Maradit-Kremers H., Nicola P.J., Crowson C.S., Gabriel S.E. Rheumatoid arthritis, 2005; 52(3): 722–32.

Рецензенты:

Ушакова С.Е., д.м.н., доцент, заведующая кафедрой поликлинической терапии и эндокринологии, ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Иваново;

Королева С.В., д.м.н., доцент, профессор кафедры гражданской защиты и управления в чрезвычайных ситуациях, ФГБОУ ВПО «Ивановский институт Государственной противопожарной службы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий», г. Иваново.

Работа поступила в редакцию 30.09.2014.