

## ИСТОЧНИКИ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

А.Ю.Пальгуева, Н.А.Подолинская

УО «Витебский государственный медицинский университет»,

г. Витебск, Республика Беларусь

УЗ «Витебская областная клиническая больница», г. Витебск, Республика Беларусь

*Обследовано 75 человек, страдающих ревматоидным артритом. Всем выполнено ультразвуковое исследование артерий. При проведении эхоконтролируемой пальпации в 36 (48%) случаях выявлены болевые ощущения, которые были связаны с изменениями позвоночника, а также атеросклерозом абдоминального отдела аорты.*

*Ключевые слова: ревматоидный артрит, атеросклероз.*

**Введение.** Системные заболевания соединительной ткани ассоциируются с ранним развитием атеросклероза и таких опасных его осложнений, как инфаркт миокарда и инсульт. В последние годы установлено, что ревматоидный артрит (РА), основными клиническими проявлениями которого являются суставные поражения в виде эрозивного артрита, проявляющиеся болью и припухлостью суставов, приводит к все еще необъясненному увеличенному риску возникновения и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний. Ускоренное развитие атеросклеротической болезни при ревматоидном артрите, которое во многом определяет прогноз при этом заболевании, невозможно объяснить с позиции классических факторов риска. Предполагается, что такая связь, возможно, обусловлена некоторым параллелизмом аутоиммунно-воспалительных реакций при этих заболеваниях. На сегодняшний момент доказана ассоциация атеросклероза и РА, в то же время остается целый ряд вопросов, требующих дальнейшего изучения.

Важным представляется изучение ранних доклинических стадий атеросклеротического поражения магистральных артерий у данной категории пациентов, а также взаимосвязь состояния сосудистого русла в зависимости от клинико-лабораторных характеристик течения суставной патологии.

Общеизвестным является факт, что основной причиной ухудшения качества жизни пациентов с РА является хронический болевой синдром. С одной стороны болевой синдром может быть обусловлен активным воспалительным процессом, с другой анатомическими изменениями в хрящах, костях и мягких периартикулярных тканях. Причиной болевого синдрома у этих пациентов также могут быть системные проявления РА (васкулит,

перикардит, плеврит, полинейропатия), осложнения медикаментозной терапии, коморбидные состояния. В частности, болевые ощущения в области живота могут быть связаны с НПВС-гастропатией, остеоахондрозом поясничного отдела позвоночника и, возможно, с атеросклеротическим поражением брюшного отдела аорты. Установить причину болей в животе с высокой степенью точности возможно при помощи эхоконтролируемой пальпации во время проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости.

**Цель исследования.** Оценка состояния магистральных артерий у больных РА, а также определение возможных источников болевых ощущений в области живота при проведении эхоконтролируемой пальпации.

**Материалы и методы.** Для достижения целей работы в исследование было включено 75 пациентов, страдающих РА. В качестве контрольной группы (КГ) выступили 28 здоровых лиц.

Диагноз РА устанавливался в соответствии с модифицированными критериями Американской Коллегии Ревматологов (ACR) [1].

Средний возраст больных РА составил  $38,7 \pm 7,4$  лет. Обследовано мужчин – 5 (6,7%), женщин – 70 (93,3%). Продолжительность анамнеза РА в среднем составила  $8,3 \pm 5,4$  лет. Серопозитивный вариант РА имел 51 (68%) человек, серонегативный – 24 (32%). Активность воспалительного процесса I степени была характерна для 9 (12%) больных, II – для 47 (62,7%), III – для 19 (25,3%). Рентгенологическая II стадия была определена у 32 (42,7%) лиц, III – у 27 (36%), IV – у 16 (21,3%). Функциональный класс I установлен в 31 (41,3%) случае, II – в 41 (54,7%), III – в 3 (4%). Экстраартикулярные проявления РА были у 14 (18,7%) человек. Ревматоидные

узелки выявлены у 9 (12%) больных, системная амиотрофия – у 2 (2,7%), полинейропатия – у 1 (1,3%), лимфоаденопатия – у 3 (4%).

Оценку суставного поражения проводили с помощью индекса Ричи, среднее значение –  $12,7 \pm 6,4$ . Пациентам предлагалось дать общую оценку состояния своего здоровья и выраженность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), которые составили  $42,8 \pm 18,8$  и  $58 \pm 13,3$ , соответственно.

Выполнялась ультразвуковая двумерная эхография артерий в серой шкале.

Для уточнения источников болевых ощущений в области живота во время проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости проводилась эхоконтролируемая пальпация луковицы двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, абдоминального отдела аорты, поясничного отдела позвоночника. Выраженность болевых ощущений оценивалась при помощи ВАШ.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась программами из пакета STATISTICA 6.0. Использовались методы описательной статистики, включающие оценку средних величин, стандартного отклонения ( $M \pm s$ , где  $M$  – среднее арифметическое,  $s$  – стандартное отклонение). Исследование связанных событий выполнялось путем вычисления коэффициента корреляции Спирмена. Для оценки достоверности использовался U-критерий Манна-Уитни. Для всех видов анализа статистически достоверными считали значения вероятности, превышающей 95% ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** У 22 (29,3%) пациентов с РА в артериальных сосудах присутствовали очаги атероматоза. Достоверно ( $\chi^2=8,75$ ,  $p<0,05$ ), присутствие атеросклеротических бляшек в сосудах обследованных лиц было ассоциировано с РА. В КГ очагов атероматоза в сосудах обнаружено не было. При РА имеют место поражения артериального русла атеросклеротическими бляшками, которые были обнаружены в различных сосудистых регионах (сонные артерии, абдоминальный отдел аорты и сосуды нижних конечностей).

Имели место статистически достоверные ( $p<0,001$ ) различия по продолжительности РА между подгруппой с атеросклеротическими бляшками и без них. Продолжительность анамнеза РА в подгруппе с очагами атероматоза составила 12 лет (10–15), в подгруппе без атеросклеротических бляшек – 5 лет (3–8).

Установлено, что для пациентов, в сосудах которых выявлены атеросклеротические бляшки,

были характерны более высокие значения индекса Ричи.

Системные проявления РА присутствовали у 12 (54,6%) человек с атеросклеротическими бляшками. В то же время, среди пациентов с РА без очагового поражения сосудов, экстраартикулярные проявления имели место только у 2 (3,8%) человек. Присутствие атеросклеротических бляшек в сосудах было статистически достоверно ассоциировано с наличием системных проявлений РА ( $\chi^2=15,89$ ,  $p<0,001$ ).

При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости проводилась эхоконтролируемая пальпация. При этом 36 (48%) человек указывали на наличие болевых ощущений в области живота. В 15 (20%) случаях болевые ощущения выявлялись при пальпации поясничного отдела позвоночника, выраженность которых по шкале ВАШ составила 48 (36–59). В 21 (28%) случаях пациенты указывали на болезненные ощущения при пальпации абдоминального отдела аорты, и их интенсивность по ВАШ оказалась 42 (31–65). При этом в данной группе пациентов выявлены признаки атеросклеротического поражения аорты: изменение контура сосуда в виде извитости, неоднородная структура сосудистой стенки, неровности, неоднородности интимальной зоны. Атеросклеротические бляшки в брюшной аорте обнаружены в 21 (28%) случае. Единичные очаги атероматоза выявлены у 9 (12%) человек, множественные – у 12 (16%). Во всех случаях атеросклеротические бляшки были гомогенной структуры с ровной поверхностью. По распространенности атеросклеротические бляшки были локальными, по локализации – сегментарными. Гемодинамических нарушений не вызывали.

#### **Выводы:**

1. При РА атеросклеротические бляшки выявлялись в сосудах 22 (29,3%) человек, что достоверно чаще, чем в КГ. Очаги атероматоза обнаружены в сонных артериях, абдоминальном отделе аорты, подвздошных, бедренных артериях.

2. При проведении эхоконтролируемой пальпации в 36 (48%) случаях выявлены болевые ощущения, связанные с изменениями позвоночника – 15 (20%) случаев, а также с атеросклеротическими изменениями абдоминального отдела аорты – 21 (28%) случаев.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis / F.C.Arnett [et al.] // Arthritis Rheum. – 1988. – P.315–324.