

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ:** Том 14, Випуск 3 (47) 2014
ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

Зміст

**Всеукраїнська науково-практична конференція
«Медична наука в практику охорони здоров'я» (Полтава, 21 листопада 2014 року)**

Стоматологія

<i>Аветіков Д. С., Стебловський Д.В.</i>	5
БИОМЕХАНІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ШКІРИ СОСКОПОДІБНОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ НИЖНЬОЇ РІТДЕКТОМІЇ ТА КОСМЕТИЧНОЇ ОТОПЛАСТИКИ	
<i>Аветіков Д.С., Буханченко О.П.</i>	8
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ МЕТОДІВ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ, ЩО РОЗТАШОВАНІ В РІЗНИХ ДІЛЯНКАХ ГОЛОВИ ТА ШИЇ	
<i>Аветіков Д.С., Гутник А.А.</i>	12
БИОМЕХАНІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ШКІРНО-ЖИРОВИХ КЛАПТІВ СКРОНЕВОЇ ТА ВИЛИЧНОЇ ДІЛЯНОК ПРИ ОДНООСНОМУ РОЗТЯГУВАННІ	
<i>Аветіков Д.С., Ву В'єт Куонг, Лепський В.В., Лепський В.В.</i>	14
ЦИТОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ЗАГОЄННЯ ГНІЙНИХ РАН ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НАНОКАПСУЛ ФОСФАТИДИЛХОЛІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОН ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА	
<i>Білозецький І.І.</i>	19
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ І ОСТЕОПОРОЗОМ	
<i>Бойченко О.М., Ступак О.П., Гасюк Н.В.</i>	23
ПРОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАН КРОВІ ТА РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ	
<i>Брайко Н.М.</i>	26
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАКАІНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ОДОНТОПАТОЛОГІЇ	
<i>Желнин Е.В., Гулюк А.Г.</i>	29
МЕТАБОЛИТИ КИСЛОТА АЗОТА ПРИ ЗАТРУДНЕННІ ПРОРІЗУВАННІ ЗУБОВ МУДРОСТІ	
<i>Іваницький І.О., Іваницька О.С., Островська Л.Й., Мошель Т.М., Гасюк Н.В.</i>	32
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АДГЕЗИВНИХ МОСТОПОДІБНИХ КОНСТРУКЦІЙ У ПРЯМІЙ ТЕХНІЦІ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ МАЛИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ	
<i>Галич Л.В.</i>	35
ЕСТЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛЮ ОБЛИЧЧЯ У ДІТЕЙ 10-13 РОКІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ ІІ, КЛАСУ ЗА ЕНГЛЕМ ІЗ РІЗНИМИ ТИПАМИ РОСТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	
<i>Годованець О.І., Рожко М.М., Ерстенюк Г.М.</i>	39
СТАН СПОЛУЧНОТКАНИННИХ ЕЛЕМЕНТІВ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ПРИ ДИФУЗНОМУ НЕТОКСИЧНОМУ ЗОБИ	
Клінічна медицина №1 (терапія, педіатрія, психіатрія, інфекційні хвороби, шкірно-венеричні хвороби, загальна гігієна, соц. медицина)	
<i>Антоненко А.М.</i>	43
ОЦІНКА ЕКОТОКСИКОЛОГІЧНОЇ НЕБЕЗПЕЧНОСТІ ТА РИЗИКУ ЗАБРУДНЕННЯ ПІДЗЕМНИХ ВОД НОВИМИ ПЕСТИЦИДАМИ ІНГІБІТОРАМИ 4-ГІДРОКСИФЕНІЛПІРУВАТДИОКСИГЕНАЗИ ТА ІНГІБІТОРАМИ МІКРОСОМАЛЬНИХ ФЕРМЕНТІВ	
<i>Бичков М.А.</i>	47
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ	
<i>Боднар В.А.</i>	50
РЕПЛІКАТИВНА ФОРМА ХРОНІЧНОЇ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ЯК ПРЕДИКТОР НЕЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	

<i>Бойко Д.М., Бойко М.Г., Бойко О.С., Чорнуха В.Л., Кривякова І.Є.</i>	54
СТАН РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ СПОЖИВАННЯ ПРОДУКТІВ ТЮТЮНУ ТА МАРИХУАНИ СЕРЕД ПРОФЕСІОНАЛІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ	
<i>Вахненко А.В., Моїсєєва Н.В., Шумейко О.Г.</i>	58
КОМОРБІДНІ СТАНИ: АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ І УСКЛАДНЕНА НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ	
<i>Волошин К.В.</i>	62
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПАРАКЛИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ	
<i>Гриджук Т.І.</i>	68
ПЛУТАРГІН В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ З МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ	
<i>Смченко Я.О., Іщейкін К. С., Кайдашев І. П.</i>	72
АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПОШИРЕНOSTІ НА ПСОРИАЗ В УКРАЇНІ ТА В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
<i>Коваленко А.В., Клименко В.І., Ткалич І.В.</i>	77
ІНФОРМАЦІЙНО-ОСВІТНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ПРО ЧИННИКИ РИЗИКУ – ОСНОВА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ	
<i>Крекотень О. М.</i>	84
ХАРАКТЕРИСТИКА ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАЦЮЮЧИХ	
<i>Курята О.В., Сіренко О.Ю.</i>	89
СУБКЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ, ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІЮ ТА ЖОРСТКІСТЬ СУДИН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ	
<i>Кутинська І. П.</i>	96
РОЛЬ ХОНДРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ (ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОСТЕОАРТРОЗАМИ)	
<i>Маринчак О. В.</i>	101
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСІВ ПЕРИКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ІЗ СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА ІХ ЛІКУВАЛЬНА КОРЕКЦІЯ	
<i>Нагурна Я.В.</i>	106
ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ	
<i>Пристаупа Л.Н., Кмита В.В., Гученко І.П., Пономарьова А.І., Лаерик А.В.</i>	111
ЗВ'ЯЗОК ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ІЗ VCL1 ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА ГЛЮКОКОРТИКОЇДНОГО РЕЦЕПТОРА	
<i>Stupak E.P., Tsiselskaya O.Y, Tsiselskiy Y.V., Levitsky A.P.</i>	115
MEDICAL EFFECT OF KVVERTULIN IN DIABETES MELLITUS TYPE 2	
<i>Станіславчук Л.М., Попенко Н.А.</i>	118
ОЦІНКА ВПЛИВУ ПОГОДНИХ УМОВ НА ЧАСТОТУ СТЕНОЗУЮЧОГО ЛАРИНГОТРАХЕЇТУ І РЕЦИДИВУЮЧОГО СТЕНОЗУЮЧОГО ЛАРИНГОТРАХЕЇТУ У ДІТЕЙ НА ОСНОВІ МЕДИЧНОЇ ТИПІЗАЦІЇ ПОГОДИ	
<i>Тихонова Т.М.</i>	124
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА РІВНЯ С-ПЕПТИДУ У ХВОРИХ НА ПОВІЛЬНО ПРОГРЕСУЮЧИЙ АУТОІМУННИЙ ДІАБЕТ ДОРОСЛИХ	
<i>Усачова О.В., Дралова О.А.</i>	128
ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ ДІТЕЙ З УРАЖЕННЯМ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ НА ТЛІ ТОКСОКАРОЗНОЇ ІНВАЗІЇ	
<i>Федоров С.В.</i>	132
РОЛЬ ЦИТОКІНІВ У ФОРМУВАННІ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	
Клінічна медицина №2 (хірургія, акушерство та гінекологія, урологія, ЛОР хвороби, травматологія, онкологія, офтальмологія, радіологія)	
<i>Антонюк Т.В.</i>	136
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ВАКУУМ-КАВІТАЦІЙНОЇ САНАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ	
<i>Гончарук В.А., Гривенко С.Г.</i>	141
КОРЕКЦІЯ ЕНТЕРОГЕННОЇ ТОКСЕМІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ	
<i>Кирик Т. П.</i>	144
КОРЕКЦІЯ ТОВСТОКИШКОВОЇ МІКРОЕКОЛОГІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ	
<i>Козловська І.М., Іфтодій А.Г., Білик О.В., Бродовський С.П.</i>	148
ОЦІНКА ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ АНАЛЬНИМИ ТРІЩИНАМИ	
<i>Лисенко С.А.</i>	152
ВПЛИВ НАЯВНОСТІ ПАРАНЕОПЛАСТИЧНОГО РЕВМАТОЛОГІЧНОГО СИНДРОМУ НА ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІ	
<i>Михалойко І.Я.</i>	157
ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ПРОДУКТІВ ОКИСНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ ТА ФЕРМЕНТІВ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ З МЕДІАКАЛЬЦИНОЗОМ АРТЕРІЙ	
<i>Петрашенко І.І., Родинська Г.О.</i>	161

СУБКЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ, ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ ТА ЖОРСТКІСТЬ СУДИН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Наявність артеріальної гіпертензії у хворих з ревматоїдним артритом асоціюється зі збільшенням субклінічних проявів атеросклерозу сонних артерій, відтак оцінка функції ендотелію та проведення ультразвукового дослідження сонних артерій може дозволити отримати додаткову інформацію щодо оцінки традиційних факторів ризику. Мета дослідження: оцінити частоту субклінічних проявів атеросклерозу, функціональний стан ендотелію судин та пружно-еластичні властивості артерій у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з ревматоїдним артритом. Матеріали та методи. Обстежено 20 пацієнтів з артеріальною гіпертензією в поєднанні з ревматоїдним артритом віком від 45 до 65 років, із стабільно підбраною терапією протягом не менш 6 місяців. Усім хворим проводилось загальноклінічне обстеження, оцінка ризику фатальних серцево-судинних подій за шкалою mSCORE, визначення ліпідного спектру крові, ендотелію залежної вазодилатації за результатами проби з реактивною гіперемією, проводилось УЗД магістральних артерій голови та шиї, статистичні методи. Результати дослідження. Субклінічні прояви атеросклерозу, ендотеліальна дисфункція та порушення пружно-еластичних властивостей судин встановлені у більшості хворих. Отримані дані засвідчують, що кардіоваскулярний ризик у пацієнтів із артеріальною гіпертензією в поєднанні з ревматоїдним артритом, котрий оцінюється за модифікованою шкалою SCORE, не повністю відображає наявність атеросклеротичних змін та найбільш співвідноситься з товщиною КІМ, наявністю атеросклеротичних бляшок. Висновок. УЗД магістральних артерій голови та шиї з визначенням показників товщини КІМ, пружно-еластичних властивостей судин може бути корисним додатковим інструментом оцінки ризику фатальних серцево-судинних подій в даній категорії хворих.

Ключові слова: субклінічний атеросклероз, артеріальна гіпертензія, ревматоїдний артрит, ендотеліальна дисфункція, пружно-еластичні властивості судин

Робота є частиною НДР кафедри «Фактори ризику серцево-судинних захворювань, субклінічний атеросклероз при коморбідній патології внутрішніх органів: удосконалення методів діагностики та лікування» № держреєстрації 0114U000930.

Поєднання артеріальної гіпертензії (АГ) та ревматоїдного артриту (РА) виявляється від 18 до 70,5% за різними даними та являє собою значну медико-соціальну проблему через високий рівень непрацездатності та смертності [11]. Наявність АГ у хворих з РА асоціюється зі збільшенням субклінічних проявів атеросклерозу сонних артерій і є одним з основних незалежних предикторів серцево-судинних ускладнень [10]. У 2010 р. експерти EULAR опублікували рекомендації щодо ведення хворих із кардіоваскулярним ризиком при РА [12], в яких підкреслюється, що достовірне трактування результатів стратифікації кардіоваскулярного ризику з використанням загальноприйнятих методик у пацієнтів з РА не можливе. Відтак, було запропоновано використовувати модифіковану шкалу SCORE для оцінки серцево-судинного ризику у хворих на РА (mSCORE) шляхом урахування коефіцієнту 1,5 при наявності 2 із 3 критеріїв: тривалість РА >10 років; серопозитивність за ревматоїдним фактором чи наявність антитіл до циклічного цитрулінованого пептиду (анти-ЦЦП); наявність позасуглобових проявів РА. Проте, питання щодо використання mSCORE для повного врахування серцево-судинного ризику при РА та зокрема при поєднанні з АГ, залишається дискусійним, що обумовлює пошук додаткових факторів ризику [7].

Як відомо, атеросклеротичне ураження судин має стадійний перебіг, одним з початкових ме-

ханізмів атерогенезу є ендотеліальна дисфункція. Накопичення у стінці судини імунних клітин, окиснених ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), міграція в субендотеліальний шар гладких м'якоцитів, підвищений синтез колагену призводять до збільшення товщини судинної стінки та жорсткості судин, згодом виникають атеросклеротичні бляшки. Зазначені патологічні процеси відносяться за новими уявленнями до субклінічної стадії атеросклерозу. Саме діагностика атеросклеротичного ураження судин на етапі ендотеліальної дисфункції, підвищення жорсткості та потовщення судинної стінки є важливою для запобігання серцево-судинним захворюванням у майбутньому [8].

Відтак оцінка функції ендотелію та проведення УЗ дослідження сонних артерій дозволяє отримати додаткову інформацію щодо оцінки традиційних факторів ризику та допомогти у визначенні тактики медикаментозного лікування для первинної профілактики серцево-судинних ускладнень [3, 9]. За результатами нещодавно опублікованого популяційного дослідження УЗ дослідження сонних артерій рекомендовано проводити з метою стратифікації серцево-судинної ризику у пацієнтів з РА [7]. Що стосується європейських та українських рекомендацій щодо діагностики та лікування АГ, вже є вказівки щодо необхідності проведення УЗ дослідження сонних артерій з визначенням пружно-еластичних властивостей загальних сонних ар-

терій, в якості оцінки додаткових факторів ризику [1, 13]. Водночас рекомендації щодо врахування цих факторів для визначення індивідуального ризику при АГ в поєднанні з РА не надається.

Мета дослідження: оцінити частоту субклінічних проявів атеросклерозу, функціональний стан ендотелію судин та пружно-еластичні властивості артерій у хворих на АГ в поєднанні з РА.

Матеріали та методи

Обстежено 35 пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ревматоїдним артритом у віці 45-65 років (середній вік $54,63 \pm 5,64$ років), серед них 32 жінок (91,43%) та 3 (18,57%) чоловіків. Середня тривалість захворювання АГ становила $8,8 \pm 5,31$ років, середня тривалість РА - $8,5 \pm 6,23$ років.

Діагноз «Артеріальна гіпертензія» встановлено згідно рекомендацій Української асоціації кардіологів (2012) та сформульовано згідно наказу від 24.05.2012 р. № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії» [5]. Діагноз РА встановлено згідно класифікації Асоціації ревматологів України (2002) та діагностичних критеріїв ACR/EULAR (2010) і сформульовано згідно Наказу від 12.10.2006 № 676 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія», Наказу № 263 від 11.04.2014 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної, третинної медичної допомоги та медичної реабілітації ревматоїдний артрит». Кардіоваскулярний ризик оцінювали згідно рекомендацій Європейської антиревматичної ліги (EULAR) (2010) щодо управління серцево-судинним ризиком у пацієнтів із ревматоїдним артритом і запальними артрититами за модифікованою шкалою mSCORE з урахуванням коефіцієнту 1,5 [12].

Критеріями включення були наявність верифікованого діагнозу АГ I-II стадії, I та 2 ступеню; наявність верифікованого діагнозу РА, стабільно підібрана терапія ревматоїдного артрити (тривалість більша за 6 місяців), вік 40-65 років, добровільна інформована згода на участь в дослідженні. Критерії вилучення з дослідження: вік молодший за 45 років або старший за 65 років, встановлений та верифікований діагноз ішемічної хвороби серця, АГ III стадії та III ступеню, хронічна серцева недостатність III-IV функціонального класу (ФК), аритмії, які спричиняють порушення гемодинаміки та потребують корекції антиаритмічними засобами, гострого порушення мозкового кровообігу, декомпенсований цукровий діабет (ЦД), гіпер- та гіпотіреоз, хронічна ниркова недостатність (ШКФ < 60 мл/хв/1,73м²), ожиріння 3-4 ступеню.

I стадія АГ встановлена у 7 (35%) хворих, II стадія – у 13 (65%), I ступінь АГ мав місце у 9 (45%) пацієнтів, II ступінь – у 11 (55%) хворих.

Показник САТ в середньому склав $142,8 \pm 16,5$ мм рт. ст., ДАТ – $85,73 \pm 9,25$ мм рт. ст., в групі хворих на РА – $120,34 \pm 10,99$ та $74,4 \pm 7,2$ мм рт. ст. відповідно. Лікування антигіпертензивними препаратами отримували 14 (70,66%) хворих на АГ із супутнім РА, з них 9 (64,91%) отримували лікування постійно, 5 (35,09%) хворих – епізодично. Більшість хворих отримували іАПФ – 10 (78,57%), сартани застосовували 2 (14,27%) хворих, б-блокатори – 2 (14,27%), діуретики – 4 (28,57%). Статини отримували 5 (25%) хворих основної та 2 (13,33%) – групи порівняння.

В якості базисної терапії РА метотрексат отримували 18 (51,43%) хворих, середня доза метотрексату складала $12,67 \pm 2,75$ мг на тиждень, середня тривалість лікування метотрексатом $5,47 \pm 2,97$ років. ГКС отримували 20 хворих (57,14%), середня добова доза за метилпреднізолоном на момент дослідження $5,6 \pm 3,28$ мг, середня тривалість лікування – $4,42 \pm 2,4$ років, 18 пацієнтів (51,43%) тривало застосували НПЗП.

При клінічному та інструментальному обстеженні були виявлені: міокардитичний кардіосклероз у 12 хворих (34,29%), поліартрит у 35 хворих (100%), синдром Рейно – у 2 хворих (5,71%), аутоімунна анемія – у 7 (20%). I ступінь активності був встановлений у 11 хворих (31,43%), II ступінь активності – у 23 (65,71%), III – ступінь у 1 (2,86%), середній рівень активності РА за DAS28 – $5,25 \pm 1,21$ бали. Серед обстежених хворих на РА серопозитивними були 29 (82,86%), серонегативними – 6 (17,14%).

Наявність проявів субклінічного атеросклерозу встановлювали при потовщенні КІМ (>0,9 мм), наявності атеросклеротичних бляшок (АТБ) – локальному чи пролонгованому потовщенні стінки артерії з боку її просвіту >1,3 мм або стенозу >20% від діаметру артерії. Пацієнти основної групи (n=12) були розподілені на дві підгрупи: першу підгрупу склали хворі на АГ в поєднанні з РА з ознаками субклінічного атеросклерозу (n=12), другу підгрупу – без встановлених проявів субклінічного атеросклерозу (n=8). Вказані підгрупи також розподілялись в залежності від отримуваного лікування: група А – ті, що отримували метотрексат в якості базисного лікування РА, Б – хворі, яким з різних причин метотрексат не призначався, та в якості базисної терапії отримували тільки ГКС. Групу порівняння склали 15 осіб з РА без супутньої АГ.

Всім пацієнтам вимірювали зріст та масу тіла, коло талії, розраховували ІМТ за стандартною формулою, індекс площі тіла (BSA) за формулою Мостлера. Вміст ЗХС та ТГ у сироватці крові визначали імуноферментним методом за допомогою колориметричного тесту наборів фірми «HUMAN» (Німеччина) на біохімічному аналізаторі «Chemistry Analyzer RT-1904C»; ХС ЛПВЩ – імуноферментативним методом на основі фосфорно-вольфрамової кислоти «Cholesterol liquid color Test kit – HUMAN» (Німеччина). Рівень ХС ЛПНЩ та ХС ЛПДНЩ розраховували за форму-

лами, яку запропонував А.Н. Клімов. Рівень СРП в сироватці крові визначали шляхом напівкількісного визначення у нерозведеній сироватці методом аглютинації латексних часток за допомогою наборів HUMATEX фірми «HUMAN» (Німеччина) на півавтоматичному аналізаторі «Chemistry Analyzer RT-1904C».

Для клінічної оцінки функції нирок визначали рівень креатиніну в сироватці крові за допомогою колориметричних методів та обчислювали швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою СКД-EPI (2011).

Всім хворим визначали за допомогою еходоплера в 2D-, CFM-режимі імпульсним датчиком 12L (5-12 МГц) функціональний стан ендотелію судин шляхом вимірювання ЕЗВД за результатами проби з реактивною гіперемією за методикою, яку описав D. Selemajer [6]. Нормою вважався приріст діаметра артерії на $\geq 10\%$. Визначення гомілково-плечевого індексу тиску (ГПІ) проводили за стандартною методикою, показник менш ніж 0,9 розцінювали як наявність гемодинамічно значущої патології артерій нижніх кінцівок.

Дуплексне дослідження екстракраніальних відділу сонних артерій виконували згідно рекомендації Американського товариства ехокардіографії (2005). Сканування проводили на апараті «Philips Envisog C» при наявності імпульсного кольорового доплера та тканевого доплера, використовували лінійні датчики 5, 7,5 МГц та конвексний датчик 3,5 МГц. Дослідження проводили в режимах: В-сканування, імпульсно-волнової доплерографії та кольорового картування струму крові. Визначали звивистість судин, лінійну швидкість кровотоку, з аналізом структури стінок судин, товщини КІМ, наявності атеросклеротичних бляшок, визначення ступеня стенозу. Також визначали пружно-еластичні властивості артерій: індекс жорсткості, коефіцієнт

розтяжності, коефіцієнт піддатливості, модуль еластичності Петерсона, модуль пружності Юнга згідно рекомендаціям ЄТК (2006).

Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням ліцензійної програми STATISTICA 6.1. Визначали середні значення (M), стандартне відхилення (Sd), стандартну похибку середньої величини (m). Для порівняння показників у двох незалежних групах використовували U-критерій Манна-Уїтні та χ^2 квадрат Пірсона - для порівняння відносних показників.

Оцінка ступеня взаємозв'язку між парами незалежних ознак, виражених у кількісній шкалі, відбувалася за допомогою коефіцієнта рангової кореляції P.Spearman – r. Статистично значущі відмінності результатів досліджень визначали при рівні $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Порушення функції ендотелію за результатами проби з реактивною гіперемією відзначали у 13 (65%) хворих основної групи, та у 7 (46,67%) групи порівняння, відмінності між групами були достовірними ($p < 0,05$). Середній показник ЕЗВД у пацієнтів основної групи був достовірно вище ніж в групі порівняння - $9,37 \pm 4,52\%$ та $7,09 \pm 2,41\%$ ($p < 0,05$) відповідно, що, можливо пов'язано з отримуваним медикаментозним лікуванням АГ. Показники ЕЗВД в залежності від отримуваного базисного лікування РА свідчать про достовірне ($p < 0,05$) покращення функціонального стану ендотелію на фоні застосування метотрексату (рис. 1). ГПІ був зниженим у 8 (66,66%) хворих основної групи, у 9 (60%) групи порівняння та в середньому складав $0,87 \pm 0,11$ та $0,75 \pm 0,12$ відповідно. Встановлений зворотній кореляційний зв'язок між показниками ЕЗВД, ГПІ та ступенем активності захворювання ($r = -0,66$; $p < 0,05$ $r = -0,51$; $p < 0,05$ відповідно).

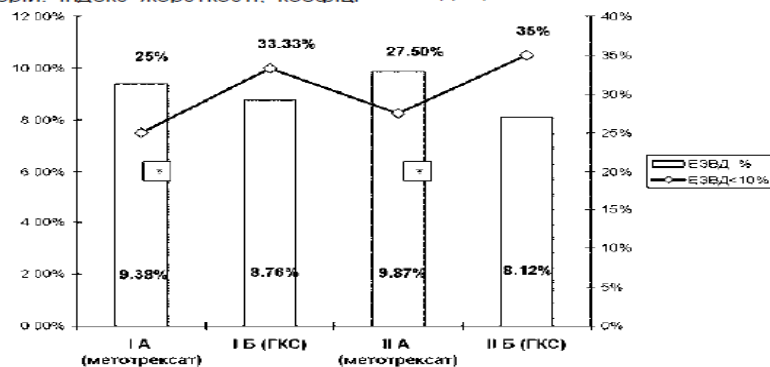


Рис. 1. Функціональний стан ендотелію у хворих на АГ в поєднанні з РА в залежності від базисного лікування

Прим.: * $p < 0,05$

Субклінічні прояви атеросклерозу за результатами УЗД сонних артерій були встановлені у 12 (60%) хворих на АГ в поєднанні з РА та у 8 (53,33%) хворих групи порівняння. Серед пацієнтів основної групи КІМ в середньому становив $1,01 \pm 0,24$ мм та був збільшеним у 10 хворих (83,33%), серед групи порівняння – $0,97 \pm 0,47$ мм та 11 (73,33%) відповідно, відмінності між групами достовірні ($p < 0,05$). Атеросклеротичні бляшки (АТБ) відзначались у 8 (66,67%) хворих I групи, серед групи порівняння – у 5 (33,33%), поєднання підвищеного КІМ з наявністю АТБ – у 9 (75%) та 4 (26,67%) хворих відповідно ($p < 0,05$). Двобічне атеросклеротичне ураження сонних артерій

спостерігалось у 5 (41,67%) хворих основної групи. Гемодинамічні порушення та стенози були відсутні в усіх хворих. Атеросклеротичні бляшки зустрічались частіше в правій ЗСА – у 5 (66,67%) хворих та характеризувались нерівною поверхнею у 3 (37,5%) пацієнтів, ущільненням – у 4 (50%), кальцинозом – у 2 (25%).

Встановлений прямий кореляційний зв'язок між показником КІМ та тривалістю РА ($r = 0,63$; $p < 0,05$), тривалістю АГ ($r = 0,58$; $p < 0,05$), тривалістю застосування ГКС ($r = 0,53$; $p < 0,05$). Товщина КІМ корелювала із рівнем САТ та ДАТ, ($r = 0,57$; $p < 0,05$; $r = 0,64$; $p < 0,05$ відповідно); СРП ($r = 0,61$; $p < 0,05$) та ШОЕ ($r = 0,59$; $p < 0,05$).

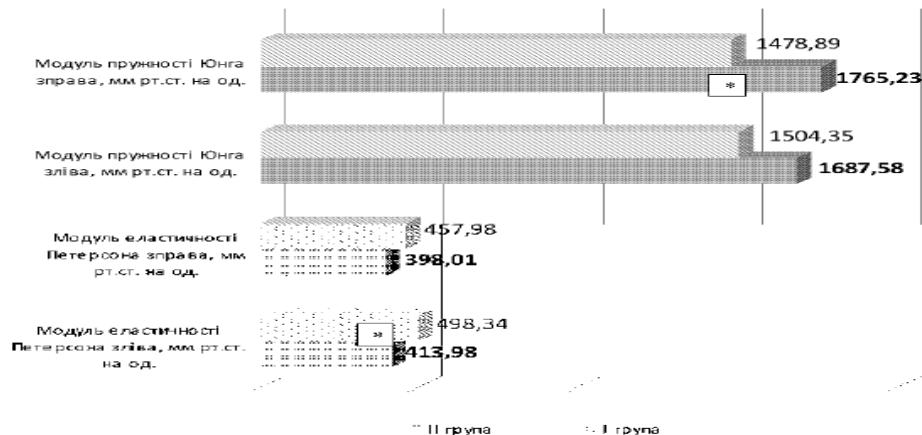


Рис.2. Показники пружно-еластичних властивостей ЗСА у хворих на АГ в поєднанні з РА

Прим.: * $p < 0,05$

Клінічна характеристика обстежених хворих в залежності від наявності ознак субклінічного атеросклерозу наведена в таблиці 1. Середні показники ІМТ, кола талії, тривалості РА, активності РА за DAS28, рівень РФ у хворих I групи достовірно були вищими в порівнянні з показниками у хворих II групи ($p < 0,05$ в усіх випадках). Наявність ознак субклінічного атеросклерозу асоціювалась з рівнем САТ, позасуглобовими проявами РА, серопозитивністю, рівнем РФ, активністю запального процесу, тривалістю застосування ГКС ($p < 0,05$). Рівень серцево-судинного ризику за mSCORE був достовірно вищим серед пацієнтів I групи ($p < 0,05$), але все одно трактувався як середній. Встановлений прямий кореляційний зв'язок між рівнем ризику серцево-судинних ускладнень за mSCORE та товщиною КІМ ($r = 0,63$; $p < 0,05$), рівнем активності запально-

го процесу за DAS28 ($r = 0,59$; $p < 0,05$), тривалістю РА та АГ ($r = 0,54$; $p < 0,05$, $r = 0,58$; $p < 0,05$ відповідно).

Групи хворих в залежності від ступеню АГ достовірно відрізнялись за частотою позасуглобових проявів, ожиріння, тривалістю РА, активністю запального процесу, рівнем РФ, сечової кислоти, тривалістю ГКС терапії ($p < 0,05$). Клінічна характеристика хворих на АГ в поєднанні з РА в залежності від ступеню АГ наведена в таблиці 2. Ознаки субклінічного атеросклерозу були встановлені серед 4 (57,14%) хворих із першим ступенем АГ та серед 8 (61,54%) із II ступенем. Встановлені прямі кореляційні зв'язки між рівнем САТ та ІМТ, тривалістю РА, рівнем сечової кислоти, товщиною КІМ, тривалістю ГКС терапії ($r = 0,53$, $r = 0,58$, $r = 0,49$, $r = 0,51$, $r = 0,62$; $p < 0,05$ відповідно).

Таблиця 1. Клінічна характеристика обстежених хворих в залежності від наявності ознак субклінічного атеросклерозу

Показник	Хворі на АГ+РА			Хворі на РА (n=15)
	I+II група (n=20)	I група (з встановленим субклінічним атеросклерозом, n=12)	II група (без субклінічного атеросклерозу, n=8)	
Середній вік, роки	54,73 ± 5,82	56,08 ± 6,08	54,67 ± 7,63**	53,47±5,03*
ІМТ, кг/м ²	31,12 ± 5,85	31,17±6,22**	24,06 ± 5,25	24,36±3,34
BSA, м ²	1,81±0,23*	1,87±0,25*	1,71±0,24*	1,72±0,15
Коло талії, см	95,04±9,75**	98,82±15,71	83,25±13,15**	84,51±3,47*
Спадковий анамнез	9 (45%)	6 (50%)	3 (37,5%)*	4 (26,67%)
Паління	6 (30%)	5 (4,67%)	1 (12,5%)	4 (26,67%)
Тривалість РА, роки	8,5±6,23*	11,85±5,85*	5,35±3,61	6,53±5,51*
Тривалість АГ, роки	8,8±5,31*	10,23±6,51	7,79±4,81	-
SAT, мм рт.ст.	142,8±16,5*	148,67±12,25	138,13±18,12	120,34±10,99
DAT, мм рт.ст.	85,73±9,25*	82,45±5,67*	89,34±7,75	74,4±7,2
Позасуглобові прояви РА	11 (55%)	8 (66,66%)	3 (37,5%)*	10 (66,67%)
Серопозитивність	14 (%)	10 (83,33%)	4 (50%)	12 (80%)
DAS28, бали	4,84±0,88	5,43 ± 1,57*	4,25±0,58	5,38±0,88
mSCORE, %	3,17±1,83*	4,32 ± 2,92*	2,02 ± 0,95	1,64±0,65
СКФ мл/хв/1,73 м ²	91,49±10,26*	90,75±18,29*	97,33±5,69*	94,06±11,87
ШОЕ, мм/год	21,38 ± 11,15	23,67±14,24	13,33 ± 5,13	28,2±6,89
СРП, мг/л	13,16 ± 5,87*	22,15 ± 8,43*	5,15 ± 2,43	12,36±4,78
РФ мОд/мл	68,52 ± 22,62*	98,39 ± 52,65*	48,65 ± 8,35	53,4±14,14
ЦіК ум.од.	0,138±0,01	0,148±0,115	0,133±0,097	0,114±0,085
ЗХС, ммоль/л	5,25±0,59*	5,81±0,92*	4,68±0,19	5,1±1,18
ТГ, ммоль/л	1,66±0,58	1,94 ± 0,88*	1,35±0,38	1,07±0,35
ЛПНЩ ммоль/л	2,77±0,57*	3,6±0,8	2,34±0,37	4,5±0,68
ЛПВЩ ммоль/л	1,55±0,18	1,54±0,23*	1,58±0,14	1,49±0,49
ЛПДНЩ ммоль/л	0,155±0,08	0,22±0,12*	0,09±0,03	0,11±0,07
Сечова кислота, ммоль/л	282,73± 66,33	298,17± 130,33	250±40,97	251,75±36,23
Хворі, що отримували метотрексат	12 (60%)	7 (58,33%)	5 (62,5%)	8 (53,33%)
Метотрексат, середня доза	12,67±1,52	14,17±2,04	9,67±1,07	12,19±3,18
Середня тривалість терапії метотрексатом, років	5,47 ± 2,97	6,08 ± 2,19	3,17±1,98*	4,88±2,68*
Хворі, що отримували ГКС	14 (70%)*	10 (83,33%)*	4 (50%)	9 (60%)
Середня доза метілпреднізолону, мг	5,6±3,28	7,4±3,65	5,79±2,14*	6,89±3,68*
Середня тривалість терапії ГКС, років	4,42±3,54*	7,67±3,22*	2,38±0,98*	4,14±2,97*

Примітка: * $p < 0,05$ – порівняно з групою I; * $p < 0,05$ – порівняно з групою II; # $p < 0,05$ – порівняно з групою порівняння

Таблиця 2. Клінічна характеристика обстежених хворих в залежності від ступеню артеріальної гіпертензії

Показник	Хворі на АГ+РА			Хворі на РА (n=15)
	I+II ступінь АГ (n=20)	I ступінь АГ (n=7)	II ступінь АГ (n=13)	
Середній вік, роки	54,73 ± 5,82	52,84 ± 5,08	55,67 ± 7,63**	53,47±5,03*
ІМТ, кг/м ²	31,12 ± 5,85	28,17±6,23**	34,06 ± 5,25	24,36±3,34
BSA, м ²	1,81±0,23*	1,78±0,25*	1,83±0,24*	1,72±0,15
Коло талії, см	95,04±9,75**	88,82±15,71	101,25±7,15**	84,51±3,47*
Тривалість РА, роки	8,5±6,23*	6,65±3,61	10,25±5,85*	6,53±5,51*
Тривалість АГ, роки	8,8±5,31*	8,75±4,81	12,83±6,51*	-
SAT, мм рт.ст.	142,8±16,5*	134,67±10,67	152,59±13,78	120,34±10,99
DAT, мм рт.ст.	85,73±9,25*	81,36±5,24	89,81±9,34	74,4±7,2
Позасуглобові прояви РА	10 (50%)*	4 (37,5%)	6 (66,66%)*	10 (66,67%)
Серопозитивність	14 (70%)	5 (50%)	9 (83,33%)	12 (80%)
DAS28, бали	4,84±0,88	4,43 ± 1,57*	5,25±0,58	5,38±0,88
СКФ мл/хв/1,73 м ²	91,49±10,26*	93,33±6,69*	89,65±15,29*	94,06±11,87
ШОЕ, мм/год	21,38 ± 11,15	15,67±14,24*	26,33 ± 5,13	28,2±6,89
СРП, мг/л	13,16 ± 5,87*	7,15 ± 2,43	19,16 ± 8,43*	12,36±4,78
РФ мОд/мл	68,52 ± 22,62*	58,65 ± 18,35	78,39 ± 32,65*	53,4±14,14
ЦіК ум.од.	0,138±0,01	0,139±0,115*	0,137±0,097	0,114±0,085
ЗХС, ммоль/л	5,25±0,59	5,41 ± 0,92*	5,08±0,19	5,1±1,18
ТГ, ммоль/л	1,66±0,58	1,44 ± 0,88	1,85±0,38	1,07±0,35
ЛПНЩ ммоль/л	2,77±0,57*	2,89±0,8	2,65±0,37	4,5±0,68
ЛПВЩ ммоль/л	1,55±0,18	1,56±0,23*	1,53±0,14	1,49±0,49
Сечова кислота, ммоль/л	282,73± 66,33	267±40,97*	298,17± 80,33	251,75±36,23
Хворі, що отримували ГКС	14 (70%)*	5 (50%)	9 (83,33%)*	9 (60%)
Середня доза метілпреднізолону, мг	5,6±3,28	4,79±2,14*	5,1±3,65	6,89±3,68*
Середня тривалість терапії ГКС, років	4,42±3,54*	3,33±0,98*	5,21±3,22*	4,14±2,97*
KiM, мм	1,02±0,06	0,92±0,04*	1,12±0,08	0,97±0,47
Хворі з наявними атеросклеротичними бляшками	8 (40%)	2 (28,57%)*	6 (46,15%)	5 (33,33%)

Примітка: * $p < 0,05$ – порівняно з групою I; * $p < 0,05$ – порівняно з групою II; # $p < 0,05$ – порівняно з групою порівняння

Аналізуючи пружно-еластичні показники сонних артерій, котрі характеризують артеріосклероз, встановлено прямий кореляційний зв'язок між індексом жорсткості ЗСА та тривалістю захворювання АГ ($r=0,67$; $p<0,05$), тривалістю терапії метотрексоматом ($r=0,61$; $p<0,05$). Кореляційного зв'язку індексу жорсткості ЗСА зі ступенем активності захворювання у обстежених хворих не встановлено. Коефіцієнт розтяжності корелював із тривалістю захворювання РА ($r=0,63$; $p<0,01$), тривалістю прийому глюкокортикоїдів ($r=0,68$; $p<0,01$), тривалістю терапії метотрексоматом ($r=0,63$; $p<0,01$).

При проведенні кореляційного аналізу в групі хворих на АГ в поєднанні з РА з ознаками суб-

клінічного атеросклерозу встановлено прямі зв'язки модуля Петерсона ($r = 0,35$, $p < 0,05$), індексу жорсткості ($r = 0,36$, $p < 0,05$) з КІМ та зворотній зв'язок між показниками модуля Юнга ($r = -0,28$, $p < 0,05$), коефіцієнта розтяжності ($r = -0,37$, $p < 0,05$) з КІМ. Показники жорсткості артерій - індекс жорсткості, модуль Петерсона корелювали з рівнем ризику серцево-судинних ускладнень за mSCORE ($r=0,69$; $p<0,05$, $r=0,74$; $p<0,05$). Встановлений зворотній кореляційний зв'язок між показниками еластичності судин - індексом Юнга, коефіцієнтом розтяжності та рівнем mSCORE ($r=-0,69$; $p<0,05$, $r=-0,81$; $p<0,05$ відповідно).

Таблиця 3
Показники ліпідного комплексу, товщина КІМ та ГПІ у хворих основної групи в залежності від базисної терапії ревматоїдного артриту

Показник	I група (n=12)		II група (n=8)	
	A (n=7) метотрексамат	Б (n=5) ГКС	A (n=4) метотрексамат	Б (n=4) ГКС
ЗХС, ммоль/л	4,68± 0,19*	5,37± 0,92	4,54± 0,89	4,88± 0,29
ТГ, ммоль/л	1,48 ± 0,88	1,35±0,38	1,39±0,48*	1,28±0,67
ЛПНЩ, ммоль/л	3,24±0,8*	3,6±0,37	2,34±0,37*	2,56±0,31
ЛПВЩ, ммоль/л	1,58±0,23*	1,54±0,14	1,68±0,14	1,14±0,14
ЛПДНЩ, ммоль/л	0,22±0,12	0,14±0,03	0,09±0,05	0,11±0,03
КІМ, мм	1,18±0,24*	1,32±0,07	0,82±0,07	0,88±0,02
Хворі з наявними атеросклеротичними бляшками	5 (75%)	3 (25%)	0	0
КІМ>0,9 мм	4 (33,33%)	6 (50%)	0	0
ГПІ	0,85±0,12	0,88±0,22	0,99±0,08	0,97±0,05
ГПІ < 0,9	5 (41,67%)	3 (25%)	0	0

Примітка: * $p<0,05$ – порівняно з підгрупою ІБ
* $p<0,05$ – порівняно з підгрупою ІІБ
$p<0,05$ – порівняно з контрольною групою

При аналізі вираженості проявів субклінічного атеросклерозу в залежності від отриманого базисного лікування РА, встановлено, що серед пацієнтів, котрі отримували метотрексамат, були достовірно нижчими показник товщини КІМ, рівень ЗХС, ЛПНЩ та вищим рівень ЛПВЩ (табл. 2). При цьому слід зазначити, що саме доза метотрексамату корелювала із КІМ, рівнем ЗХС, ЛПВЩ ($r=0,55$; $p<0,05$, $r=-0,49$; $p<0,05$, $r=-0,44$; $p<0,05$). Тривалість лікування ГКС асоціювалось із погіршенням ендотеліальної функції за результатом проби з ЕЗВД ($r=-0,46$; $p<0,05$) та збільшенням показника товщини КІМ ($r=0,61$; $p<0,05$).

Висновки

1. Наявність АГ та її ступінь у хворих з РА асоціюється з віком, наявністю ожиріння, тривалістю РА, рівнем СРБ, тривалістю застосування ГКС.

2. Субклінічні прояви атеросклерозу, ендотеліальна дисфункція та порушення пружно-еластичних властивостей судин встановлені у більшості хворих на АГ в поєднанні з РА. Наявність субклінічних проявів атеросклерозу асоціювалась з рівнем САТ, наявністю ожиріння, позасудобових проявів РА, серопозитивністю, рівнем РФ, активністю запального процесу, тривалістю застосування ГКС.

3. Кардіоваскулярний ризик у пацієнтів із АГ в поєднанні з РА, котрий оцінюється за модифікованою шкалою SCORE, не повністю відображає наявність атеросклеротичних змін та найбільш співвідноситься з товщиною КІМ, наявністю атеросклеротичних бляшок. УзД МАГ з визначенням показників товщини КІМ, пружно-еластичних властивостей судин може бути корисним додатковим інструментом оцінки ризику фатальних серцево-судинних подій в даній категорії хворих.

Література

1. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Артеріальна гіпертензія. – 2012. – № 1(21). – С. 64-95.
2. Коваленко В.М. Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб / Коваленко В.М., Шуба Н.М. – Київ : «Катран груп», 2002. – 214 с.
3. Кур'ята О.В. Фактори ризику та субклінічні прояви атеросклерозу у хворих на системний червоний вовчак / О.В. Кур'ята, О.Ю. Нова, Т.К. Лисунець // Український ревматологічний журнал. – 2011. – № 3 (45) – С. 82-87.
4. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія»: Наказ МОЗ України № 676 від 12.10.2006. [Офіційний сайт МОЗ України]. – Режим доступу: (www.moz.gov.ua).
5. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії: Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р. [Офіційний сайт МОЗ України]. – Режим доступу: (www.moz.gov.ua).
6. Celermajer D.S. Endothelial dysfunction: does it matter? It is relevant? / D.S. Celermajer // J. Am. Coll. Cardiology. – 2007. – Vol. 30. – P. 325-333.
7. Corrales A. Carotid ultrasound is useful for the cardiovascular risk stratification of patients with rheumatoid arthritis: results of a population-based study / Alfonso Corrales, Carlos González-

- Juanatey, María E Peiró, [et al.] // J. Annals of the Rheumatic Diseases. – 2014. – N. 73 – P. 722-27.
8. Doria A. Inflammation and accelerated atherosclerosis: basic mechanisms / A. Doria, Y. Sherer, P.L. Meroni [et al.] // Rheum. Dis. Clin. North Am. – 2005. – N. 31(2) – P. 355–362.
 9. Miao C. Positive remodeling of the coronary arteries detected by magnetic resonance imaging in an asymptomatic population: MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis) / C. Miao, S. Chen, R. Macedo, [et al.] // Journal of the American College of Cardiology. – 2009. – Vol. 53(19) – P. 1709-15
 10. Naranjo A. Cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis: results from the QUEST-RA study / A. Naranjo, T. Sokka, M.A. Descalzo [et al.] // Arthritis Research & Therapy. – 2008 – Vol. 10, N. 2. – R 30.
 11. Panoulas V.F. Prevalence and associations of hypertension and its control in patients with rheumatoid arthritis / V.F. Panoulas, K.M. Douglas, H.J. Milionis [et al.] // Rheumatology. – 2007. – Vol. 46, N. 9 – P. 1477-1482.
 12. Peters MJ. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis / M.J. Peters, D.P. Symmons, D. McCarey // Annals of the Rheumatic Diseases. – 2010. – N. 69 – P. 325-331.
 13. The Task Force of for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: full text (update 2013) // Journal of Hypertension. – 2013. – Vol. 31. – P. 1281–1357.

Реферат

СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА, ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ И ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АГ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Курята О.В., Сиренко О.Ю.

Ключевые слова: субклинический атеросклероз, артериальная гипертензия, ревматоидный артрит, эндотелиальная дисфункция, упруго-эластические свойства сосудов

Наличие артериальной гипертензии у больных с ревматоидным артритом ассоциируется с увеличением субклинических проявлений атеросклероза сонных артерий, поэтому оценка функции эндотелия и проведения ультразвукового исследования сонных артерий может позволить получить дополнительную информацию по оценке традиционных факторов риска. Цель исследования: оценить частоту субклинических проявлений атеросклероза, функциональное состояние эндотелия сосудов и упруго-эластические свойства артерий у больных АГ в сочетании с ревматоидным артритом. Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с ревматоидным артритом в возрасте от 45 до 65 лет, со стабильно подобранной терапией в течение не менее 6 месяцев. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, оценка риска фатальных сердечно-сосудистых событий по шкале mSCORE, определение липидного спектра крови, эндотелий зависимой вазодилатации по результатам пробы с реактивной гиперемией, проводилось УЗИ магистральных артерий головы и шеи, статистические методы. Результаты исследования. Субклинические проявления атеросклероза, эндотелиальная дисфункция и нарушения упруго-эластических свойств сосудов установлены у большинства больных. Полученные данные свидетельствуют, что кардиоваскулярный риск у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с ревматоидным артритом, который оценивается по модифицированной шкале SCORE, не вполне отражает наличие атеросклеротических изменений и наиболее соотносится с толщиной КИМ, наличием атеросклеротических бляшек. Вывод. УЗИ магистральных артерий головы и шеи с определением показателей толщины КИМ, упруго-эластических свойств сосудов может быть полезным дополнительным инструментом оценки риска фатальных сердечно-сосудистых событий у данной категории больных.

Summary

SUBCLINICAL MANIFESTATIONS OF ATHEROSCLEROSIS AND FUNCTION CONDITION OF ENDOTHELIUM AND VASCULAR STIFFNESS IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH CONCOMITANT RHEUMATOID ARTHRITIS

Kuryata O. V., Sirenko O. Yu.

Keywords: subclinical atherosclerosis, hypertension, rheumatoid arthritis, endothelial dysfunction, elastic properties of vessels.

The presence of hypertension in patients with rheumatoid arthritis is associated with increased subclinical manifestations of atherosclerosis of the carotid arteries, therefore the assessment of endothelial function and carotid ultrasound may allow us to get more information on the evaluation of conventional risk factors. Objective: to evaluate the frequency of subclinical manifestations of atherosclerosis, functional condition of endothelium and vascular elastic properties of arteries in hypertensive patients with concomitant rheumatoid arthritis. Materials and methods. The study involved 20 patients with arterial hypertension and rheumatoid arthritis aged from 45 to 65 years, with stable matched therapy applied for at least 6 months. All patients underwent clinical examination, assessment of the risk of fatal cardiovascular events by the scale mSCORE. The determining of blood lipid spectrum, endothelium-dependent vasodilatation according to the result of reactive hyperemia test, US scanning of the main arteries of the head and neck were performed, and statistical methods were applied to process the findings. Results. Subclinical manifestations of atherosclerosis, endothelial dysfunction and impairments of elastic properties of the vessels were found out in the majority of patients. The findings suggest that the cardiovascular risk in patients with arterial hypertension and rheumatoid arthritis, which is estimated by the modified scale SCORE, does not fully reflect the presence of atherosclerotic lesions and the most correlated with IMT, the presence of atherosclerotic plaques. Conclusions. US scanning of the main arteries of the head and neck with measurement of IMT, the elastic properties of blood vessels may be a useful additional tool for evaluating the risk of fatal cardiovascular events in these patients.