

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Буриева Нозима Тулкуновна**

Самаркандский государственный медицинский университет магистрант,

Самарканд, Узбекистан

[buriyevanozima2@gmail.com](mailto:buriyevanozima2@gmail.com)

**Исмаилов Жамшид Абдураимович**

Научный руководитель.

Самаркандский государственный медицинский университет,

Самарканд, Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18011415>

**Аннотация.** В исследовании рассмотрены особенности развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Показано, что системное воспаление при РА способствует повышению артериального давления, дислипидемии и снижению функции почек, что увеличивает риск прогрессирования ХСН. Выявлены статистически значимые корреляции между уровнем антител к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП) и клиническими параметрами ХСН, что подчеркивает влияние воспалительного процесса на течение сердечной патологии.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, хроническая сердечная недостаточность, АЦЦП, артериальное давление, дислипидемия, воспаление, морфофункциональные изменения сердца.

**Введение.** Ревматоидный артрит (РА) является хроническим аутоиммунным заболеванием, которое поражает суставы и сопровождается системным воспалением.

Помимо суставной патологии, у пациентов с РА наблюдается повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний, включая хроническую сердечную недостаточность (ХСН). Хроническое воспаление, эндотелиальная дисфункция, дислипидемия, гипертония и сопутствующие метаболические нарушения способствуют структурным и функциональным изменениям миокарда, ускоряя прогрессирование ХСН.

Особенности течения ХСН у пациентов с РА отличаются от таковых у пациентов без аутоиммунных заболеваний. Это требует внимательного мониторинга сердечно-сосудистых показателей и комплексного подхода в терапии, направленного одновременно на контроль активности артрита и профилактику сердечной патологии.

Цель исследования изучить особенности развития хронической сердечной недостаточности у пациентов с ревматоидным артритом, определить ключевые клинические и лабораторные показатели, влияющие на течение сердечной патологии, и выработать рекомендации по ведению данной группы пациентов.

**Обсуждение и результаты.** Полученные результаты подтверждают, что хроническое воспаление при РА оказывает значительное влияние на течение ХСН.

Повышение артериального давления у пациенток с РА может быть связано с системным воспалением, нарушением эндотелиальной функции и снижением клубочковой фильтрации.

Несмотря на отсутствие различий в морфофункциональных показателях сердца, повышение САД и ДАД указывает на субклинические нарушения гемодинамики, которые могут со временем приводить к прогрессированию ХСН. Снижение СКФ отражает неблагоприятное влияние воспалительного процесса и приема НПВП на почки, что также повышает риск сердечно-сосудистых осложнений.

Дислипидные изменения повышение общего холестерина и ЛПНП, снижение ЛПВП являются дополнительным фактором риска при ХСН на фоне РА. Эти данные подчеркивают необходимость контроля липидного профиля и, при необходимости, коррекции терапии статинами для профилактики прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений.

Прямая корреляция между уровнем АЦЦП и показателями давления, а также холестерина, указывает на влияние активности аутоиммунного процесса на течение сердечно-сосудистой патологии. Это подтверждает необходимость комплексного подхода в ведении пациентов с РА и ХСН, включающего контроль активности артрита, гемодинамики, липидного профиля и функции почек.

Таким образом, пациентки с ХСН на фоне РА требуют более тщательного наблюдения и индивидуализированной терапии, направленной на минимизацию факторов риска и замедление прогрессирования сердечной недостаточности.

В исследовании приняли участие 43 женщины. Испытуемая группа включала 21 пациентку с ХСН на фоне РА, а группа сравнения 22 женщины с ХСН без РА. Средний возраст пациенток составил  $56 \pm 5$  лет в исследуемой группе и  $59 \pm 5$  лет в контрольной.

Причинами ХСН были ишемическая болезнь сердца (48% и 43% соответственно) и гипертоническая болезнь (52% и 57%).

Анализ стандартных клинических параметров показал, что у пациенток с ХСН на фоне РА статистически значимо выше индекс массы тела ( $31 \pm 5,5$  кг/м<sup>2</sup> против  $27,5 \pm 3,6$  кг/м<sup>2</sup>,  $p = 0,04$ ). Также отмечалось повышение систолического ( $143,8 \pm 22,5$  мм рт.ст. против  $130,6 \pm 4,2$  мм рт.ст.,  $p = 0,04$ ) и диастолического давления ( $87,1 \pm 13,4$  мм рт.ст. против  $71,4 \pm 4,8$  мм рт.ст.,  $p = 0,0005$ ). При этом морфофункциональные показатели сердца (фракция выброса, конечные размеры левого желудочка) различий между группами не показали. Уровень NT-proBNP был сопоставим между группами (621,9 пг/мл против 611,2 пг/мл,  $p = 0,8$ ). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у пациенток с РА была значительно ниже ( $63,5 \pm 11,6$  мл/мин против  $87,7 \pm 15,9$  мл/мин,  $p = 0,0001$ ), что может свидетельствовать о влиянии хронического воспаления и приема НПВП на функцию почек.

Сравнительный анализ липидного профиля выявил у пациенток с ХСН на фоне РА повышение общего холестерина (5,6 ммоль/л против 4,9 ммоль/л,  $p = 0,0008$ ), повышение ЛПНП (2,9 ммоль/л против 2,5 ммоль/л,  $p = 0,02$ ) и снижение ЛПВП (1,6 ммоль/л против 2,3 ммоль/л,  $p = 0,0001$ ). Триглицериды различий не показали. Корреляционный анализ показал прямую связь уровня антител к циклическому цитрулинированному пептиду

(АЦЦП) с систолическим ( $r = 0,3$ ,  $p = 0,034$ ) и диастолическим давлением ( $r = 0,1$ ,  $p = 0,02$ ), а также с уровнем общего холестерина ( $r = 0,3$ ,  $p = 0,02$ ).

**Заключение**

1. У пациенток с хронической сердечной недостаточностью на фоне ревматоидного артрита выявлены характерные особенности течения заболевания: повышение систолического и диастолического давления, повышение уровня общего холестерина и ЛПНП, снижение ЛПВП и функции почек (СКФ).

2. Морфофункциональные показатели сердца, такие как фракция выброса и конечные размеры левого желудочка, значимых различий между группами с ХСН с РА и без РА не показали, что свидетельствует о преимущественно субклиническом влиянии хронического воспаления на миокард на ранних стадиях.

3. Прямая корреляция уровня антител к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП) с артериальным давлением и уровнем холестерина подчеркивает значимость воспалительного процесса суставов в развитии сердечно-сосудистых нарушений.

4. Полученные данные подтверждают необходимость комплексного подхода в ведении пациентов с РА и ХСН, включающего контроль активности артрита, мониторинг липидного профиля, артериального давления и функции почек.

5. Для улучшения прогноза и предотвращения прогрессирования сердечной недостаточности необходимы дальнейшие проспективные исследования, направленные на изучение влияния хронического воспалительного процесса на сердечно-сосудистую систему.

**Список литературы:**

1. Ассоциация ревматологов России. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению ревматоидного артрита. – Москва: 2020. – 45 с.
2. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal, 2021; 42: 3599–3726.
3. Российское кардиологическое общество. Клинические рекомендации по ведению пациентов с сердечной недостаточностью. – Москва: 2020.
4. Smolen J.S., Aletaha D., McInnes I.B. Rheumatoid arthritis. Lancet, 2016; 388: 2023–2038.
5. González-Juanatey C., Testa A., García-Porrúa C. Cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: Epidemiology, pathogenesis and management. Autoimmunity Reviews, 2017; 16(6): 531–540.