Milli Nevrologiya Jurnalı, 2017 № 1 (11), 94-100 https://doi.org/10.61788/njn.v1i17.15

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Ткаченко Е.В.*, Найденова Ю.Л.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика, кафедра неврологии №2, Киев, Украина

Нами было обследовано 95 больных с ревматоидным артритом (РА) которым проводилось клинико-неврологическое исследование с изучением вегетативной дисфункции, нейропсихологическое (с применением шкал тревоги, депрессии, когнитивных функций), инструментальное исследование. Было установлено, что у больных с РА отмечается вегетативная дисфункция не зависимо от варианта течения воспалительного процесса, но имеющая особенности клинического проявления.

Ключевые слова: ревматоидный артрит (РА), вегетативные нарушения, серопозитивный вариант, серонегативный вариант РА.

Вопросы соматоневрологии не теряют своей актуальности. Нами проведено исследование состояния нервной системы при ревматоидном артрите, который занимает существенное место среди наиболее распространенных ревматических заболеваний, которые сопровождаются неврологической дисфункцией.

Ревматоидный артрит (РА) - это важная медико-социальная проблема. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), частота случаев этой патологии в популяции составляет от 0,6 до 1,3%. В Украине на диспансерном учете с таким диагнозом находится около 120 000 человек [4].

Хроническое прогрессирующее течение заболевания чаще всего приводит к развитию необратимых изменений со значительным ограничением функциональных возможностей, изменениями внешности, нарушением сна, эмоциональной лабильностью, физическим дискомфортом и требует постоянного применения фармакотерапии.

Преимущественно возраст начала заболевания составляет 52±15 лет, но патология также может возникать в детском возрасте (ювенальный РА). Ввиду наличия сложных механизмов развития патологического процесса при РА изменения возникают как в центральной, так и в периферической нервной системе [3.].

В проведенных исследованиях указывалось на то, что при ревматоидном артрите достаточно часто (в более 45%) наблюдается вегетативная дисфункция [1,2,5,6.]. Выявлялись изменения в виде ортостатической гипотензии, разлитого стойкого красного дермографизма, акрогипотермии, акрогипергидроза или сухости кожи, а также нарушения сна.

Целью исследования является усовершенствование диагностических методик при поражений нервной системы у пациентов с ревматоидным артритом, основываясь на данных комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования.

Материал и методы. Нами было проведено комплексное обследование 115 человек, среди которых 95 пациентов страдали РА (у 77 из них были выявлены нарушения со стороны нервной системы), а 20 человек составили контрольную группу без имеющейся патологии. Обследованные пациенты были молодого (18-45 лет) и среднего (46-60 лет) возраста. Средний возраст составил 45,70±1,29 лет. Среди обследованных женщин было 62 человека (90%), мужчин - 8 человек (соответственно 10%). Указанные пациенты проходили обследование и лечение у ревматолога на базе ревматологического отделения Киевской городской клинической больницы №3, и на базе отделения ревматологии и аллергологии Киевской областной клинической больницы.

В зависимости от серологического варианта течения ревматоидного артрита они были отнесены к одной из 2 групп. В 1 группу вошли пациенты в количестве 56 (73%) человек с серопозитивным (СП) вариантом, во 2 группы - 21 (27%) человек с серонегативным (СН) вариантом.

Пациентам проводилось комплексное обследование: клинико-неврологическое, лабораторное (с определением аутоантител к нейроантигенам), нейропсихологическое (применением шкал

*e-mail: neurology-education@ukr.net

тревоги, депресии и когнитивной функции) и инструментальные (кардиоритмография, функциональные пробы, вызванные потенциалы).

Клинико-неврологическое обследование включало в себя подробный неврологический осмотр, с детальным исследованием вегетативных нарушений; нейропсихологическое обследование - исследование по таблицам Шульте, шкале Гамильтона, шкале Спилбергера-Ханина, Монреальской шкале оценки когнитивных функций, краткой шкале оценки психического здоровья (MMSE); лабораторное исследование - определение острофазовых показателей и аутоантител (АТ) к нейроантигенам, а именно АТ к основному белку миелина, АТ к нейроспецифической энолазе, АТ к белку S100, АТ к общему человеческому мозговому антигену; инструментальные исследования - кардиоритмографию, функциональные пробы и определение когнитивных вызванных потенциалов.

Статистический анализ полученных данных осуществлено с помощью ПП "Statistica 6.0". Для оценки характера распределения количественных показателей в выборках применяли критерий Колмогорова-Смирнова и проводили визуальную оценку гистограмм распределения. Поскольку, по результатам анализа установлено, что распределение большинства показателей не отвечал нормальному закону, полученные данные были отличные от нормального закона распределения, при их описании указывали медиану (Ме) и квартили [25%; 75%]. Для оценки наличия и силы статистической связи между дихотомическими признакам, нами определялся критерий Пирсона ($\chi 2$), критерий φ (фи-критерий), при этом уровень значимости $p<0,05$. Для определения характера и силы связи между исследуемыми показателями проводился корреляционный анализ с расчетом коэффициента корреляции Спирмена (r). Для между группового сравнения независимых выборок применяли (с учетом закона распределения количественного признака) непараметрический U-тест Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного нами обследования у пациентов с РА были выявлены вегетативные расстройства, которые реализовались в жалобах пациентов и объективные нарушения.

У пациентов с ревматоидным артритом наблюдались жалобы на возникновение приступов сердцебиения, одышки, которые сопровождались ощущением тревоги и внутренней дрожи, а также дистальный гипергидроз, чувство жжения кистей и стоп, зябкость кистей и стоп (Таб. 1).

Установлено, что вегетативные проявления преобладали у пациентов серопозитивной группы.

Так, приступы одышки отмечались у серопозитивных пациентов (26,8%), приступы сердцебиения у 64,3% по сравнению с 42,9% у серонегативных. Чувство тревоги, которое наблюдалось у 25% серопозитивных пациентов и у 19% - серонегативных.

Таблица 1.

Жалобы больных с РА, которые характеризовали вегетативные изменения.

Жалобы	Частота в группах					
	Среди серопозитивных пациентов			Среди серонегативных пациентов		
	n, абс.	P, %	m, %	n,абс.	P, %	m, %
Чувство внутренней дрожи	16	28,6	6,0	6	28,6	10,1
Приступы одышки	15	26,8	5,9	-	-	-
Чувство тревоги	14	25,0	5,8	4	19,0	8,8
Чувство сердцебиения	36	64,3	6,4	9	42,9	11,1
Дистальный гипергидроз	3	5,4	1,2	-		-
Чувство жжения в кистях	5	8,9	3,8	-		-
Чувство жжения в стопах	21	37,5	6,5	12	57,1	11,1
Зябкость кистей	19	33,9	6,3	7	33,3	10,5
Зябкость стоп	25	44,6	6,6	12	57,1	11,1

Частота возникновения вегетативных приступов была при серопозитивном варианте течения. Также психо-эмоциональная и вегетативная окраска криза была ярче. Наблюдались и вегето-сосудистые нарушения, которые характеризовались периодическим ощущением жжения, повышенной зябкостью, онемением стоп, изменениями потоотделения. При этом зябкость в кистях наблюдалась с одинаковой частотой, как среди серопозитивных, так и среди серонегативных пациентов. А ощущение зябкости в стопах чаще наблюдалось среди серонегативных (57,1%), чем среди серопозитивных (44,6%) пациентов, также как и чувство жжения в стопах (соответственно 57,1% и 37,5%). Ощущение жжения в кистях и повышенная потливость в кистях и стопах наблюдались только у серопозитиних пациентов и составили соответственно 8,9% и 5,4%.

При проведении у пациентов ортостатической пробы нами не было выявлено статистически достоверной разницы показателей между серопозитивными и серонегативными пациентами, что видно из таб. 2.

Таблица 2.

Колебания показателей артериального давленияи частоты сердечных сокращений в ортостатической пробе у серопозитивных и серонегативных пациентов

Показатель	Группа I, Q1 Me Q3	Группа II, Q1 Me Q3	Сравнение групп	
			Группы	U Мана-Уитни; p
АД систолический в горизонтальном положении	107,5 120,0 131,0	105,5 116,0 132,0	1-2	80,5; 0,86
АД диастолический в горизонтальном положении	68,5 77,0 92,5	66,2 73,0 83,0	1-2	68,5; 0,46
ЧСС в горизонтальном положении	66,0 70,0 72,5	68,0 71,0 76,7	1-2	73,0; 0,62
АД систолический в вертикальном положении	107,0 123,0 138,0	113,0 122,5 144,0	1-2	74,5; 0,66
АД диастолический в вертикальном положении	70,0 79,0 92,5	70,5 73,5 81,7	1-2	69,5; 0,49
ЧСС в вертикальном положении	73,0 80,0 85,0	77,0 83,0 87,7	1-2	64,0; 0,35

Примечание: АД - артериальное давление, ЧСС - частота сердечных сокращений.

Колебания показателей систолического и диастолического артериального давления (АД) при переходе пациентов с горизонтального положения в вертикальное при проведении ортостатической пробы, как в серопозитивной, так и в серонегативной группе были в пределах нормы, а разница показателей оказалась статистически достоверно не значимой.

Однако, разница колебания показателей систолического и диастолического АД и нормы повышения показателей в серопозитивной группе была статистически достоверно значимой.

Так, при проведении ортостатической пробы было обнаружено, что в СП группе пациентов при определении АД в горизонтальном

положении половина полученных значений систолического АД находилась в пределах до 120,0 мм (Me=120,0, Q1=107,5 и Q3=131,0), при переходе пациентов в вертикальное положение половина значений систолического АД была в пределах до 123,0 мм (Me=123,0, Q1=107,0 и Q3=138,0). Колебания систолического АД в среднем были в пределах нормы. При изменении положения тела разница показателей колебания систолического АД была статистически не значимой (p=0,29, Z=-1,06). Разница показателей колебания систолического АД и нормы повышения показателей систолического АД была статистически значимой (p=0,001, Z=-3,35), что представлено на рис. 1.

В СН группе пациентов при проведении ортостатической пробы половина полученных значений систолического АД в горизонтальном положении были до 116,0 мм (Me=116,0, Q1=105,5 и Q3=132,0), при переходе пациента в вертикальное положение половина полученных значений систолического АД в группе была в пределах до 122,5 мм (Me=122,5, Q1=113,0 и Q3=144,0). Колебания систолического АД были в пределах нормы. Разница колебаний показателей систолического АД при изменении положения тела была статистически достоверно не значимой (p=0,12, Z=-1,55) и разница между показателями колебания систолического АД и нормы колебания показателей систолического АД была статистически достоверно не значимой (p=0,13 Z=-1,52).

При проведении ортостатической пробы было обнаружено, что в СП группе пациентов при определении диастолического АД в горизонтальном положении половина полученных значений была до 77,0 мм (Me=77,0, Q1=68,5 и Q3=92,5).

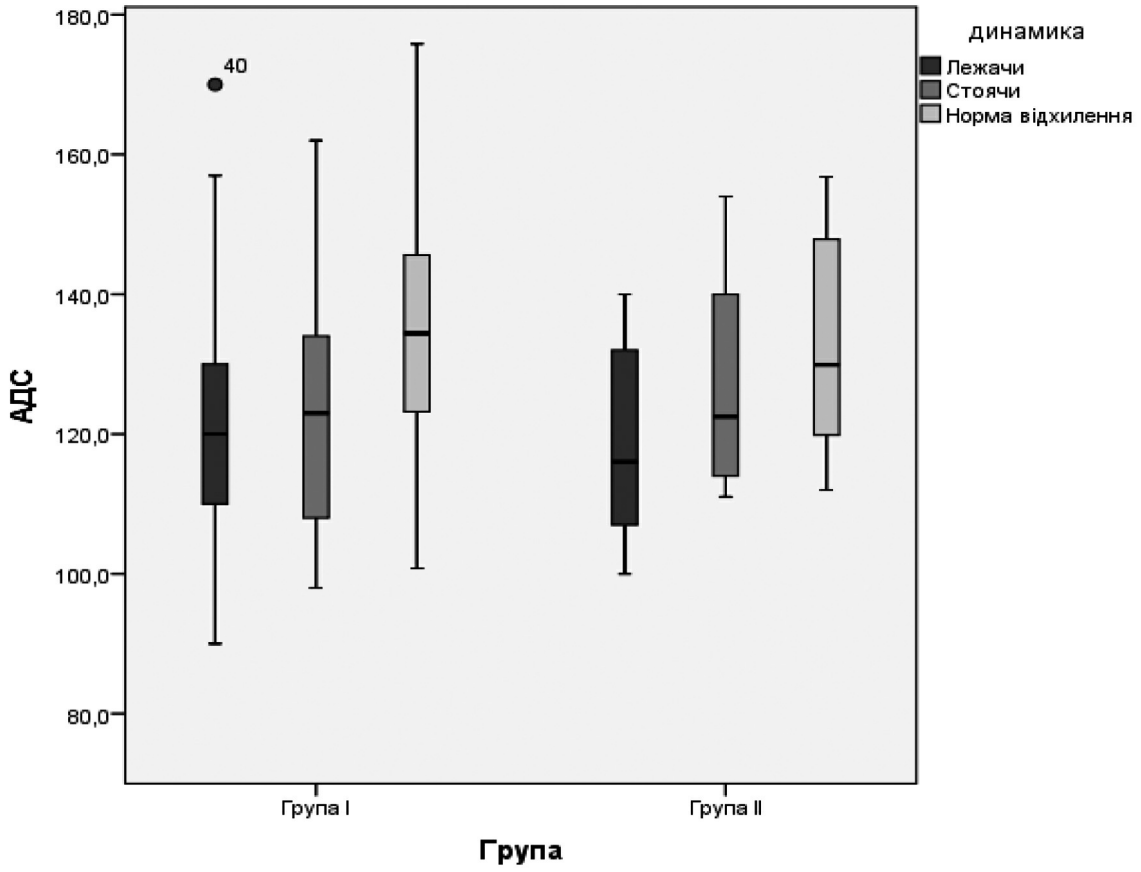

Рис. 1. Гистограмма колебания систолического АД в основной группе по сравнению с нормой отклонения показателей.

При переходе пациента в вертикальное положение половина полученных значений диастолического АД в группе составляла до 79,0 мм (Me=79,0, Q1=70,0 и Q3=92,5), колебания диастолического АД были в пределах нормы. Разница показателей колебания диас-

толического АД в группе при изменении положения тела была статистически достоверно не значимой (p=0,39, Z=-0,86). Разница же показателей диастолического АД в группе и показателей нормы колебания диастолического АД была статистически достоверно значимой (p=0,01, Z=-2,54).В СН группе пациентов при проведении ортостатической пробы половина значений диастолического АД в горизонтальном положении находилась в 73,0 мм (Me=73,0, Q1=66,2 и Q3=83,0). При переходе пациента в вертикальное положение половина значений диастолического АД была до73,5 мм (Me=73,5, Q1=70,5 и Q3=81,7), колебания диастолического АД в среднем были в пределах нормы. Разница показателей колебания диастолического АД в группе при перемене положения тела была статистически достоверно не значимой (p=0,33, Z=-0,98). Разница показателей колебания диастолического АД и показателей нормы колебания диастолического АД была статистически достоверно не значимой (p=0,09, Z=-1,68), что представлено на рис. 2.

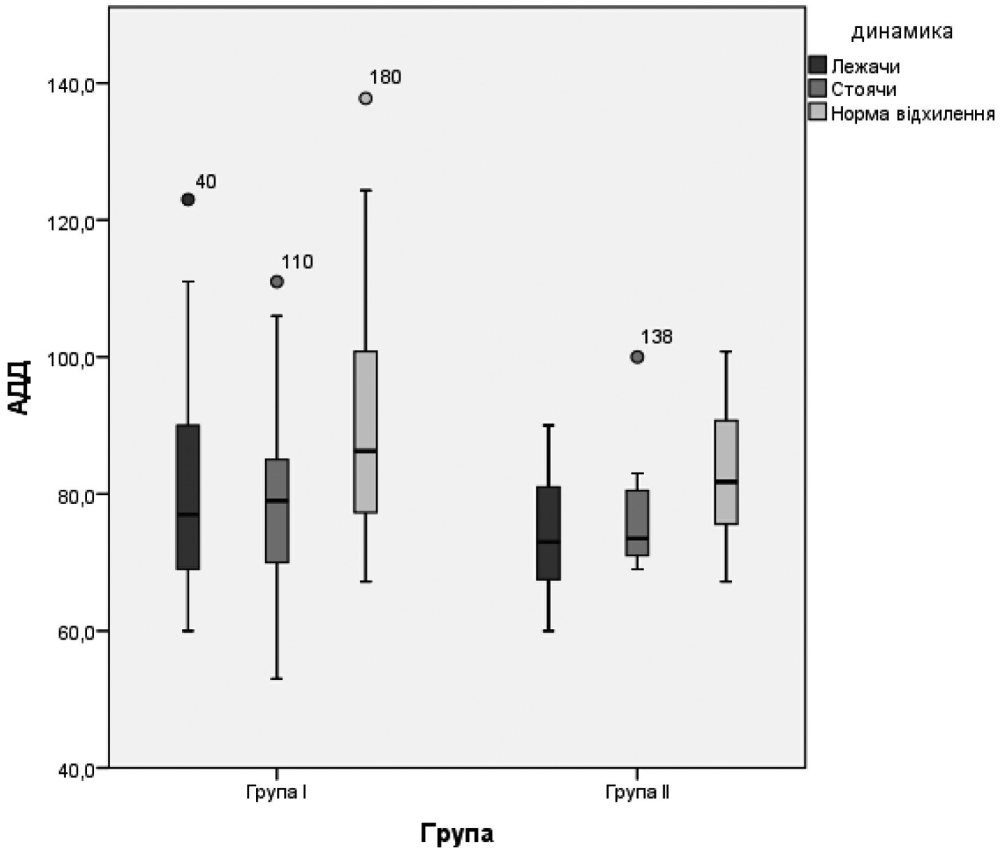

Рис. 2. Гистограмма колебания диастолического АД в основной группе пациентов по сравнению с нормой отклонения показателей.

При проведении ортостатической пробы было обнаружено, что в СП группе пациентов половина полученных значений частоты сердечных сокращений (ЧСС) в горизонтальном положении находилась в 70,0 уд/мин. (Me=70,0, Q1=66,0 и Q3=72,5). При переходе пациента в вертикальное положение половина значений ЧСС находилась до 80,0 уд / мин. (Me=80,0, Q1=73,0 и Q3=85,0), колебания ЧСС были несколько выше нормы, как представлено на рис. 3.

Разница колебания показателей в группе при изменении положения тела была статистически достоверно значимой (p<0,001, Z=-3,89). Разница показателей колебания ЧСС и показателей нормы колебания была статистически достоверно не значимой (p=0,60, Z=-0,52).Разница показателей колебания ЧСС и нормы колебания показателей была статистически достоверно значимой (p=0,04, Z=-2,10).

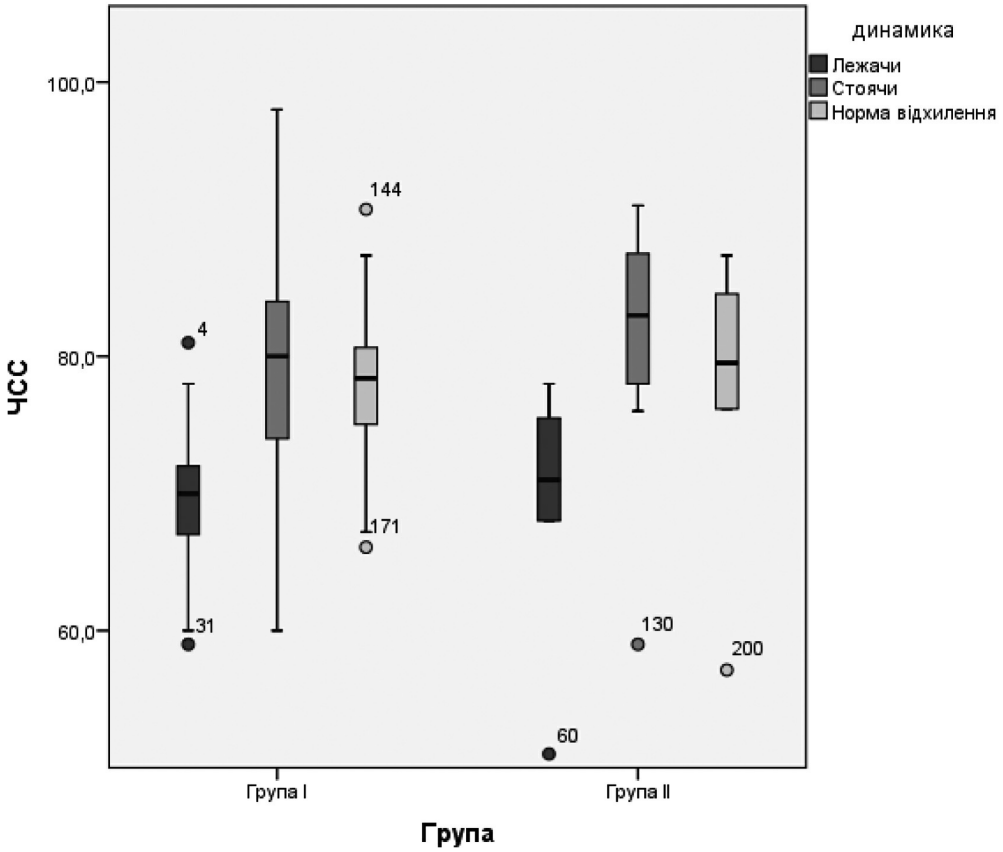

Рис. 3. Гистограмма колебания ЧСС в основной группе пациентов по сравнению с нормой отклонения показателей.

Полученные нами данные были подтверждены инструментальными методами исследования, а именно кардиоритмографией и кардиоваскулярными пробами.

Таким образом, у больных с ревматоидным артритом отмечалась вегетативная дисфункция, как при серопозитивном, так и при серонегативном варианте течения. Выявленные вегетативные нарушения, в общем, чаще наблюдаются среди лиц серопозитивной группы и более выражены, в отличие от серонегативной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаевая М.А. Некоторые органические и функциональные особенности поражения нервной системы у больных ревматоидным артритом // Междунар. мед. журнал. - 2006. - Т. 12, № 4. - С. 30-33.
2. Малышева О.А., Труфакин С.В., Ширинский В.С. Изучение нервной регуляции сердечного ритма у больных ревматоидным артритом и расеянным склерозом // Терапевт. архив. - 2002. - Т. 7, № 10. - С. 48-51.
3. Ревматические болезни. Руководство для врачей. Под ред. Насоновой В.А. и др.- Москва: Медицина, 1997.-520с.
4. Скугарь Ю.М. Клинические анализ и патогенетические аспекты неврологических расстройств при ревматоидном артрите: дис. … канд. мед. наук: 14.00.13 / Скугарь Юлия Михайловна. - Саратов, 2006. - 102 с.
5. Уланова Е.А., Мач Э.С., Корсакова Ю.О. Роль надсегментарных и сегментарных вегетативных нарушений в формировании мышечного синдрома ревматоидного артрита // Терапевт. архив. - 2002. - Т. 74, № 5. - С. 63-66.
6. Якупова С. П., Исмагилов М.Ф., Салихов И.Г. Дисфункция вегетативной нервной системы у больных ревматоидным артритом и возможности ее медикаментозной коррекции димефосфоном // Неврол. вестник. - 2000. - Т. 32, вып. 3-4. - С. 28-31.

XÜLASƏ

REVMATOİD ARTRİT ZAMANI VEGETATİV DİSFUNKSİYANIN KLİNİK ƏLAMƏTLƏRİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Tkaçenko Ye.V., Naydenova Yu.L.

P.L.Şupik adına Diplomdansonrakı Milli Tibb Akademiyası, nevrologiya kafedrası №2, Kiyev, Ukrayna

Revmatoid artriti (RA) olan 95 xəstə bizim tədqiqata cəlb edilmişdir. Xəstələr vegetativ disfunksiyanın öyrənilməsi ilə klinik-nevroloji tədqiq edilmişdirlər. Bundan başqa pasiyentlər neyropsixoloji (həyacan, depressiya və koqnitiv funksiyaların tədqiqi şkalaları ilə) və instrumental müayinəyə cəlb edilmişdirlər. Aşkarlanmışdır ki, RA olan xəstələrdə iltihabi prosesin gedişindən asılı olmayan, amma klinik əlamətlərinə görə müəyyən xüsusiyyətlərə malik vegetativ disfunksiya qeyd edilir.
Açar sözlər: revmatoid artrit (RA), vegetativ pozulmalar, seropozitiv RA, seroneqativ RA.

SUMMARY

FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF AUTONOMIC DYSFUNCTION IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Tkachenko E.V., Naydenova Y.L.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Department Neurology №2, Kiev, Ukraine

We examined 95 patients with rheumatoid arthritis (RA) who had underwent clinical and neurological examination with the studying of autonomic dysfunction, neuropsychological (using scales of anxiety, depression, cognitive functions), instrumental examination. It was found that in patients with RA is marked autonomic dysfunction regardless of the types of the inflammatory process course, but having features of clinical manifestations.
Keywords: rheumatoid arthritis (RA) , autonomic disorders, seropositive type, seronegative type of RA.

Redaksiyaya daxil olub: 07.02.2017
Çapa tövsiyə olunub: 23.02.2017
Rəyçi: prof. Şirəliyeva R.K.