

З.М. Жигула, А.А. Жилина, Н.В. Ларева

Сердечно-сосудистый риск у молодых пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Контактная информация: З.М. Жигула e-mail: pustotinazm@yandex.ru

Резюме

У пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) имеет место повышение сердечно-сосудистого риска примерно на 20%. Несмотря на нормальные показатели АД и липидного спектра, у молодых пациентов с ВЗК отмечается увеличение толщины комплекса интима-медиа и скорости пульсовой волны, что указывает на субклинический атеросклероз. Хроническое воспаление при ВЗК приводит к структурным и функциональным изменениям эндотелия. В статье представлены собственные данные о развитии раннего атеросклероза у больных язвенным колитом.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, артериальная жесткость, атеросклероз, сердечно-сосудистый риск

Z.M. Zhigula, N.V. Lareva, A.A. Zhilina

Cardiovascular risk in young patients with inflammatory bowel disease

Chita State Medical Academy, Chita

Summary

Patients with inflammatory bowel diseases show about 20% increase in cardiovascular risk. The studies show that despite the normal parameters of blood pressure and lipid spectrum, young patients with inflammatory bowel diseases have an increase in the thickness of the intima-media complex and pulse wave velocity, which indicates subclinical atherosclerosis. Chronic inflammation in inflammatory bowel diseases leads to structural and functional changes in endothelium. The article presents current data on the development of early atherosclerosis in patients with ulcerative colitis.

Key words: inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, arterial stiffness, atherosclerosis, cardiovascular risk

Введение

Частота встречаемости воспалительных заболеваний кишечника в мире неуклонно растет и составляет 500 на 1млн населения. В последние десятилетия в России заболеваемость язвенным колитом составляет 19,3-

29,8 на 100 тысяч населения [3]. Данные заболевания остаются одной из сложных проблем в современной медицине в связи с неизвестной этиологией, ростом заболеваемости, особенно среди лиц трудоспособного возраста, рецидивирующим течением с развитием угрожающих жизни

осложнений, необходимостью проведения длительной часто пожизненной дорогостоящей терапии, тяжелыми внекишечными проявлениями. Язвенный колит (ЯК) - хроническое воспалительное заболевание кишечника (ВЗК), имеющее более благоприятный прогноз, чем при болезни Крона, но чаще имеющее внекишечные проявления, в том числе сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Согласно рекомендациям ESC по профилактике ССЗ у пациентов с активным воспалительным заболеванием кишечника имеет место повышение сердечно-сосудистого риска (ССР) примерно на 20% [2]. В крупном популяционном исследовании с участием 31 680 пациентов с ЯК и 158 750 с БК было показано, что распространенность ИМ более чем в 2 раза выше у пациентов с ВЗК, особенно в молодом возрасте 30-34 лет (ОШ 12,05 {11,16-13,01}), а в возрасте 65 лет и старше значительно реже (ОШ 2,08 {2,04-2,11}) [5]. По данным литературы у пациентов с ВЗК уже в молодом возрасте развивается субклинический атеросклероз, что лежит в основе сердечно-сосудистого континуума и приводит к ранним сердечно-сосудистым катастрофам. Ретроспективный анализ данных общенационального реестра

больных с ранним атеросклерозом показал, что ВЗК ассоциировано с развитием атеросклероза в возрасте моложе 40 лет [4]. У пациентов с ВЗК отсутствуют традиционные факторы риска атеросклероза: дислипидемия, курение, избыточный вес, сахарный диабет, но имеет место повышение С-реактивного белка (СРБ), что подтверждает роль системного воспаления в развитии атеросклероза [1]. Крупный метаанализ 28 исследований показал, что пациенты с ВЗК имеют значительно более высокие показатели толщины комплекса интима-медиа (ТИМ), более низкий процент дилатации сосудов, опосредованной потоком, значительное повышение скорости распространения пульсовой волны в аорте (СРПВ), что указывает на развитие субклинического атеросклероза у данной категории больных [6].

Цель работы изучить сердечно-сосудистый риск, артериальную жесткость и лодыжечно-плечевой индекс у молодых больных язвенным колитом.

Материалы и методы

В ретроспективное исследование включено 70 пациентов в возрасте 20-50 лет с язвенным колитом (ЯК) продолжительностью более 1 года. Критерии исключения: эндокринные заболевания, беременность и лактация, сердечно-сосудистые заболевания, алиментарно-конституциональное ожирение 2-3ст., приём глюкокортикосте-

ройдов, активные заболевания печени. Группу контроля составили 50 здоровых добровольцев, сопоставимых по возрасту и полу. Исследование одобрено комитетом по этике ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава РФ. От каждого пациента получено письменное информированное согласие на участие в исследовании. Сердечно-сосудистый риск (ССР) оценивался по шкалам относительной оценки ССР для лиц моложе 40 лет и SCORE2. Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) определяли на аппарате MESI ABPI MD. Параметры артериальной жесткости исследовали на аппарате суточного мониторингирования артериального давления «BPLab» с дополнительной опцией ПО «Анализ ригидности артерий Vasotens 24». Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета компьютерных программ «IBM SPSS Statistics Version 25.0». Перед началом анализа вариационные ряды тестировались на нормальность. Для сравнения количественных данных двух групп применялся U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения дискретных величин использовался критерий χ^2 Пирсона.

Обсуждение результатов

Средний возраст пациентов с ЯК составил 39 (33;45), в группе контроля - 40 (35;44). В обеих группах преобладали женщины: 66% и 76%. У пациентов с ЯК преобладал низкий (66%) и умеренный сердечно-сосудистый риск (34%). Группа контроля сопоставима с исследуемой группой по сердечно-сосудистому риску, определенному по традиционным шкалам. При исследовании липидного спектра у больных с язвенным колитом отмечались более низкие показатели общего холестерина (ОХС), холестерин - липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), триглицеридов в сравнении с группой контроля. Антиатерогенная фракция холестерин-липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) у большинства пациентов ниже целевого уровня, хотя не отличалась от показателей группы контроля (Рис.1).

Для оценки сердечно-сосудистого риска у пациентов с ЯК исследовали ЛПИ. Данный показатель отражает отношение систолического АД на лодыжечном уровне и на уровне плеча. Снижение ЛПИ менее 0,9 является предиктором ИБС, инсульта, транзиторных ишемических атак, почечной недостаточности и общей смертности. Повышение ЛПИ более 1,29 свидетельствует о повышении артериальной жесткости и развитии субклинического атеросклероза.

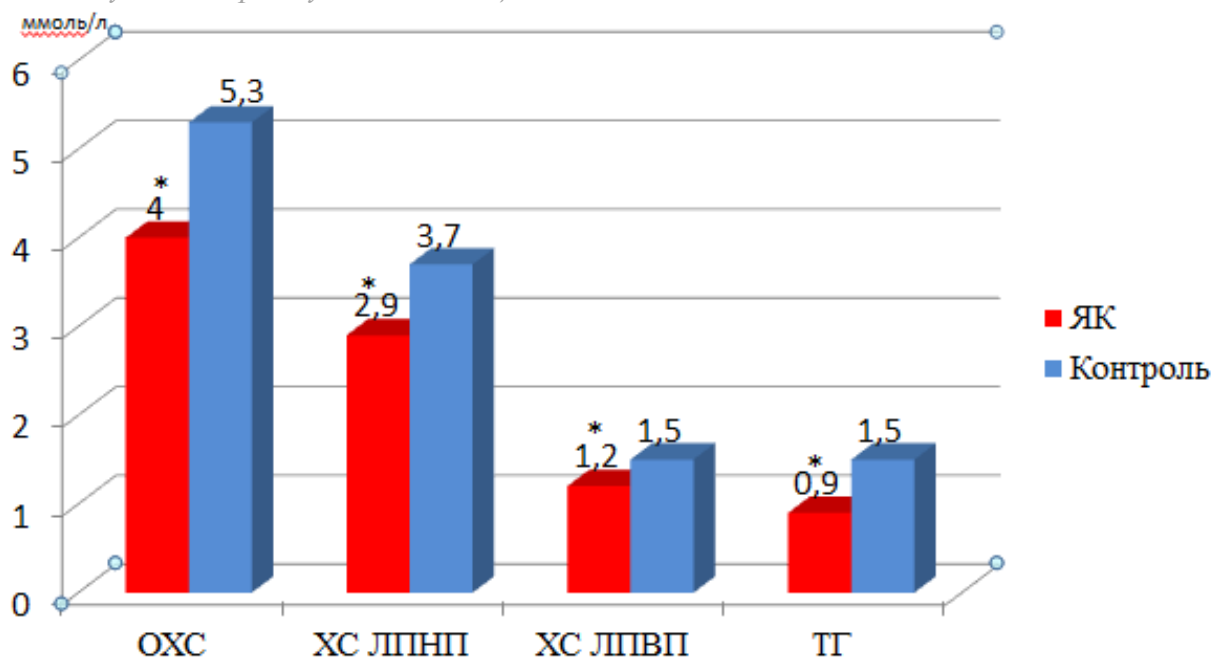
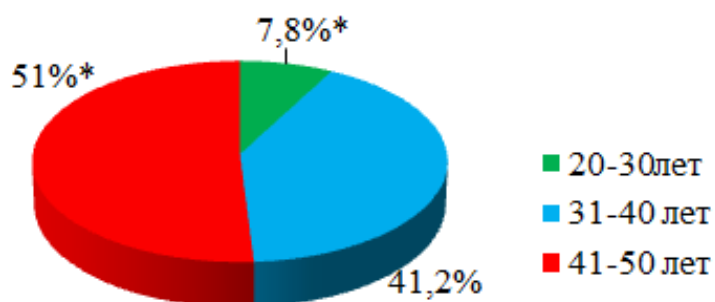


Рис. 1. Липидный спектр у больных с ЯК.
Примечание * - статистически значимая разница $p < 0,05$.

У пациентов с ЯК средние показатели ЛПИ 1,18 (1,24; 1,32) (справа) и 1,29 (1,24; 1,32) (слева) были значительно выше показателей в группе контроля (1,15 (1,1; 1,2) и 1,14 (1,12; 1,18) соответственно) ($p < 0,05$). В группе пациентов с ЯК 24% пациентов имели повышение ЛПИ более 1,29 не смотря на молодой возраст. Важную роль для оценки риска развития ССЗ играет измерение жесткости магистральных артерий. Подобно другим иммуноопосредованным воспалительным заболеваниям, ВЗК оказывают проатерогенное действие и способствует раннему развитию ате-

росклероза. Повышение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте - маркер артериальной жесткости и предиктор субклинического атеросклероза. При оценке скорости распространения пульсовой волны в аорте выявлено повышение артериальной жесткости у 73% пациентов, что в 2,8 раза выше группы контроля ($p < 0,05$). У пациентов с язвенным колитом и повышенной артериальной жесткостью выделены следующие возрастные особенности: преобладали больные в возрасте 41-50 лет (51%), 31-40 лет (41,2%), но даже в возрасте 20-30 лет 7,8% пациентов имели повышение ригидности артерий (Рис.2).

Пациенты с ЯК и повышенной артериальной жесткостью



Пациенты с ЯК и нормальной артериальной жесткостью

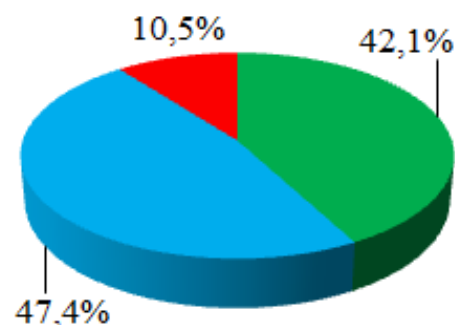
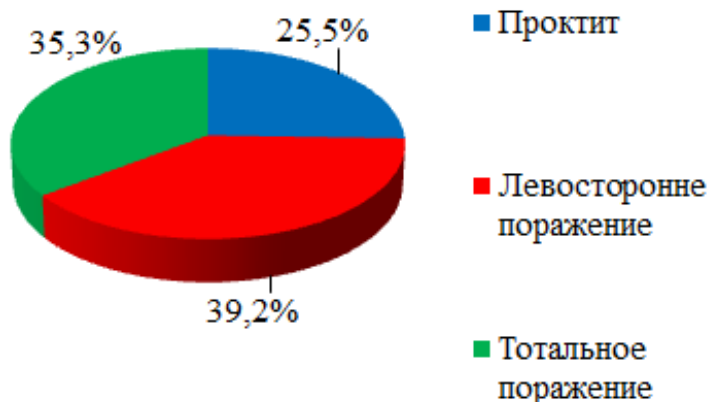


Рис. 2. Возрастные особенности больных ЯК с повышенной артериальной жесткостью. Примечание * - статистически значимая разница $p < 0,05$.

Повышение артериальной жесткости не связано с распространенностью патологического процесса в

кишечнике (Рис.3), но значимо зависит от активности заболевания.

Пациенты с повышенной артериальной жесткостью



Пациенты с нормальной артериальной жесткостью

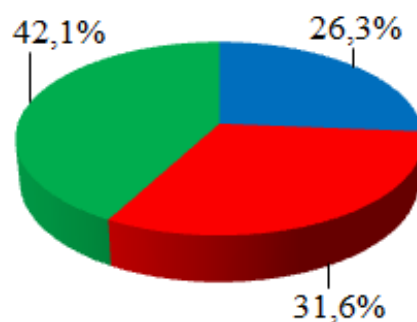


Рис. 3. Артериальная жесткость и локализация ЯК. Примечание * - статистически значимая разница $p < 0,05$.

В группе пациентов с ЯК и повышенной артериальной жесткостью преобладали пациенты с непрерыв-

ным (49%) и рецидивирующим течением (39%), имеющие частоту атак более 2 в год (55%) (Рис.4).

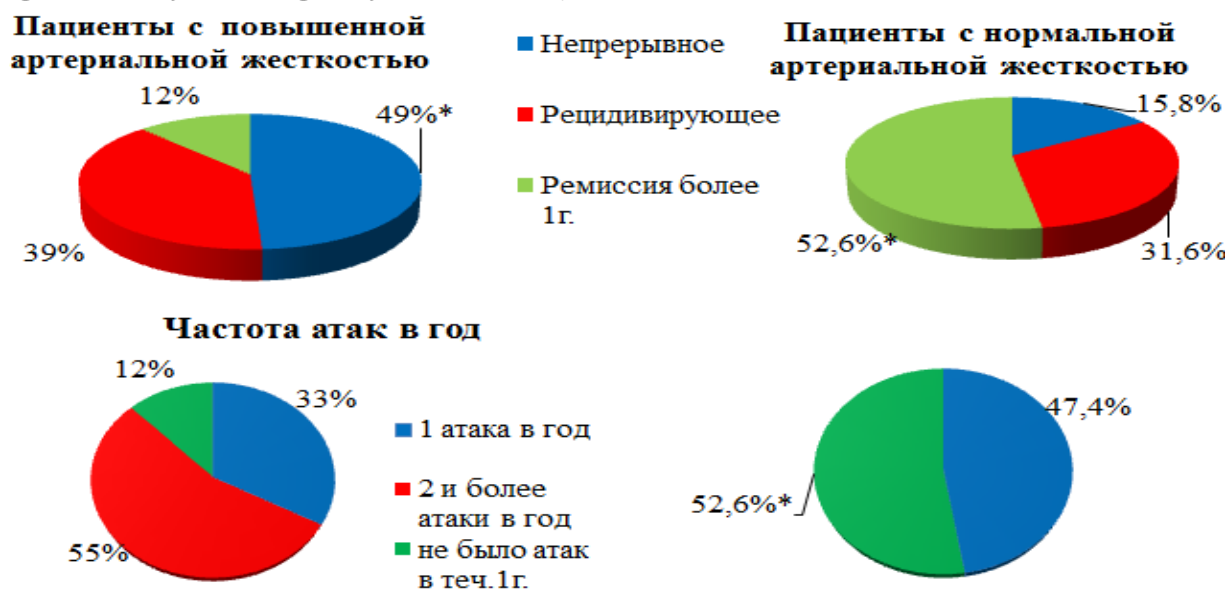


Рис. 4. Артериальная жесткость и активность ЯК.
Примечание * - статистически значимая разница $p < 0,05$.

Больные с ЯК без признаков повышения артериальной жесткости в 4 раза чаще имели ремиссию заболевания более 1г ($p < 0,05$). Таким образом молодые пациенты с высокой активностью язвенного колита имеют высокий сердечно-сосудистый риск, связанный с повышением артериальной жесткости.

Заключение

Полученные нами данные указывают на несоответствие сердечно-сосудистого риска, определяемого по традиционным шкалам у больных с ВЗК. Необходимо разработать модель раннего прогнозирования атеросклероза и оценки сердечно-сосудистого риска у больных с ЯК с использованием показателей артериальной жесткости и ЛПИ, а также с

учетом активности воспаления. Это даст возможность своевременно определять пациентов группы высокого сердечно-сосудистого риска, скорректировать тактику их ведения, тем самым обеспечить профилактику развития атеросклероза.

Список литературы

1. Миронова О.Ю. Атеросклероз и сердечно-сосудистый риск у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника / О.Ю. Миронова, М.А.Исайкина, С.А. Хасиева // Терапевтический архив. - 2021. - 93(12). - :1533-1538. DOI: 10.26442/00403660.2021.12.201225
2. Рекомендации ESC по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике/ Российский кардиологический журнал. - 2022. -

27(7):5155. Angiology. 2017;68(5):447-461. doi:
[https://doi.org/10.15829/1560-4071-](https://doi.org/10.15829/1560-4071-2022-5155)
2022-5155 10.1177/0003319716652031.

3. Язвенный колит: клинические рекомендации по диагностике и консервативному лечению (адаптированный вариант в схемах и алгоритмах)/под ред. Е.А. Белоусовой, Ю.А. Шельгина.- Рекламное агентство «Ре-Медиа», Москва, 2021.- 49с.
4. Lee MT, Mahtta D, Chen L, Hussain A, Al Rifai M, Sinh P, Khalid U, Nasir K, Ballantyne CM, Petersen LA, Virani SS. Premature Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Among Patients with Inflammatory Bowel Disease. Am J Med. 2021 Aug;134(8):1047-1051.e2. doi: 10.1016/j.amjmed.2021.02.029.
5. Panhwar MS, Mansoor E, Al-Kindi SG, Sinh P, Katz J, Oliveira GH, Cooper GS, Ginwalla M. Risk of Myocardial Infarction in Inflammatory Bowel Disease: A Population-based National Study. Inflamm Bowel Dis. 2019; 25(6):1080-1087. doi: 10.1093/ibd/izy354.
6. Wu GC, Leng RX, Lu Q, Fan YG, Wang DG, Ye DQ. Subclinical Atherosclerosis in Patients With Inflammatory Bowel Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis.