

naire. The patients with mixed bowel rhythms exhibited features of a cycloid, emotional, and pedantic type of character accentuation. Depression, anxiety, somatised types were reported as manifestations of psychological disorders.

DOI 10.31718/2077-1096.20.1.95

УДК 616.12-005.4:616.72-002.77

Ждан В.М., Лебідь В.Г., Хайменова Г.С., Іщейкіна Ю.О.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

У лікарів, які займаються спостереженням та лікуванням пацієнтів із застосуванням цілісного та орієнтованого підходу, виникає проблема "коморбідності пацієнта". Найбільш поширеним станом, що ускладнює ревматичні захворювання є серцево-судинні захворювання, інтерстиціальна хвороба легень, остеопороз, хронічні захворювання нирок, злякисні новоутворення та депресія. Незважаючи на успіхи лікування при ревматоїдному артриті (РА), смертність серед цієї категорії пацієнтів залишається високою. Це пов'язують із прискоренням атерогенезу та раннім розвитком ішемічної хвороби серця (ІХС), у зв'язку з чим ревматоїдний артрит розглядають як предиктор ІХС. Встановлено, що частота розвитку інфаркту міокарда, серцевої недостатності та раптової коронарної смерті у хворих на ревматоїдний артрит перевищують такі в загальній популяції у 3–5 разів. Метою дослідження стало оцінити та проаналізувати коморбідність у хворих на ревматоїдний артрит. Дослідження проводилося на базі кафедри сімейної медицини і терапії Української медичної стоматологічної академії в обласному лікувально-діагностичному ревматологічному центрі при комунальному підприємстві «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського» Полтавської обласної ради. У дослідження було включено 135 хворих з РА віком від 32 до 65 років, що склали основну групу. Контрольна група склали 30 пацієнтів. Всі пацієнти дали письмову згоду на участь у дослідженні. Під час проведення дослідження всі учасники були клінічно обстежені (клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімія крові, електрокардіографія, ехокардіоскопія, рентгенографія суглобів, ультразвукове дослідження (органів черевної порожнини, суглобів) з використанням ультразвукового апарату експертного класу Radmir ultima RA expert. У більшості хворих основної групи на РА у 68,2 % було виявлено різну коморбідність в порівнянні з контрольною групою. Основним супутнім захворюванням в основній групі були серцево-судинні захворювання (ІХС – 42,3%; дисліпідемія – 73,4 %). У 75% хворих основної групи діагностували коморбідну патологію, тобто 2 і більше супутніх захворювань. За результатами проведеного дослідження більшість хворих на РА мають коморбідність, яка серйозно впливає на перебіг ревматичних захворювань та їх лікування. Ведення хворих на РА з коморбідною патологією повинні здійснювати ревматологи, сімейні лікарі, терапевти, щоб оцінити всі захворювання у їх взаємодії та допомогти у прийнятті власних рішень щодо їх здоров'я. Це потребує від даних фахівців ранньої діагностики та раннього лікування ревматоїдного артриту.

Ключові слова: захворювання коронарної артерії, ревматоїдний артрит, коморбідність, поліморбідність.

Дані про зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами: стаття є фрагментом НДР кафедри сімейної медицини і терапії «Особливості перебігу, прогнозу та лікування коморбідних станів при захворюваннях внутрішніх органів з урахуванням генетичних, вікових і гендерних аспектів», № 0118 У 004461

Вступ

Інтерес дослідників до коморбідності у ревматичних хворих постійно зростає протягом останнього десятиліття, але ця концепція ще не інтегрована в клінічну практику. Відомо, що вузький фахівець досить рідко приділяє серйозну увагу коморбідності пацієнтів, в основному працюючи з використанням біомедичного підходу, де центром уваги є захворювання як окрема сутність. Навпаки, для сімейних лікарів, які займаються спостереженням та лікуванням пацієнтів та застосовують цілісний та орієнтований на пацієнтів підхід, є проблема «коморбідності пацієнта».

Коморбідність – співіснування двох і більше синдромів або захворювань у одного пацієнта, які патогенетично взаємопов'язані або збігають-

ся за часом [2,6,17,16,19,5,8,12,22,23].

Сімейний лікар займається пацієнтом в цілому, працює як з невизначеними, так і з недиференційованими станами та синдромами, гострими та хронічними захворюваннями та їх комбінаціями, а також з термінальними станами. У кожній консультації пацієнта сімейний лікар визначає необхідність та напрямки додаткових консультацій та обстежень, і, нарешті, поєднує всі проблеми, пов'язані з пацієнтом, і допомагає пацієнтові приймати правильні рішення щодо будь-яких необхідних втручань, завжди оцінюючи вплив супутніх захворювань та всіх особистих особливостей, що взагалі означає цілісний, комплексний або персоніфікований підхід. У філософії сімейної медицини ефективно ведення пацієнтів неможливо без аналізу особистості пацієнта, коморбідності, прогнозів та факторів ризи-

ку та обчислення ймовірності можливих ускладнень. Встановлено, що ревматичні захворювання (РЗ) становлять одну з основних груп хронічних захворювань, що найбільше сприяють збільшенню інвалідності, а також є одним із найчастіших випадків відвідування сімейного лікаря [14].

Найбільш поширеною причиною, що ускладнює РЗ, є серцево-судинні захворювання (ССЗ) [6,20], захворювання легень [18], остеопороз (ОП), хронічні захворювання нирок [24], злоякісні новоутворення [21] та депресія [17].

Ревматоїдний артрит (РА) – одне з найбільш поширеного хронічного запального прогресуючого захворювання суглобів, серед дорослого населення Європи складає близько 0,2 – 2%.

РА – системне захворювання сполучної тканини, що характеризується хронічним імунізопальним ураженням переважно дрібних суглобів кистей та стоп [26], найбільш розповсюджене запальне аутоімунне захворювання, яке вже протягом перших років призводить до втрати працездатності та інвалідності. Серед пацієнтів, які отримують лікування базисними препаратами, 16% втрачають працездатність через 5 років, 90% – через 20 років. Активна терапія медикаментозними засобами в перші роки захворювання знижує інвалідність на 50%. Саме дебют хвороби є вирішальним у розвитку і прогресуванні патологічного процесу, у зв'язку з цим в останні роки в ревматології розвивається концепція діагностики та інтенсивного лікування раннього РА [11].

Незважаючи на успіхи лікування РА, смертність серед цієї категорії пацієнтів залишається високою. Це пов'язують із прискоренням атерогенезу та раннім розвитком ішемічної хвороби серця (ІХС), у зв'язку з чим РА розглядають як предиктор ІХС. Встановлено, що частота розвитку інфаркту міокарда, серцевої недостатності та раптової коронарної смерті у хворих на РА перевищує такі в загальній популяції у 3–5 разів. У більшості пацієнтів з РА за даними холтеровського моніторингу ЕКГ – «німа» ішемія міокарда, саме ця форма ІХС лежить в основі близько 20% випадків гострого коронарного синдрому [3].

Атеросклероз та його ускладнення залишаються головними причинами смертності хворих РА. Поряд із відомими патологічними чинниками, які значно пришвидшують розвиток кардіоваскулярних подій у хворих на РА (гіперінсулінемія, артеріальна гіпертензія, атерогенна дисліпідемія, активність захворювання тощо), в останні роки інтенсивно вивчається роль дисадипокінемії. Її з високою частотою виявляють і в осіб із РЗ (системний червоний вовчак, псоріатичний артрит, анкілозуючий спондиліт). У хворих на РА також спостерігається підвищення вмісту лептину та зниження адипонектину в сироватці крові. Однак як змінюється концентрація лептину та адипонектину в умовах запального процесу та як вони асоціюються з іншими фак-

торами, що обтяжують перебіг, вивчено недостатньо.

Клінічні та експериментальні дослідження цілком переконливо свідчать, що дисадипокінемія є незалежним фактором ризику серцево-судинних ускладнень, включаючи ішемічний та геморагічний інсульт, хронічну серцеву недостатність, гострий інфаркт міокарда, ІХС, гіпертрофію лівого шлуночка тощо [13].

Фактори ризику ССЗ спільні для жінок і чоловіків: тютюнопаління, ожиріння, спадковість, порушення ліпідного обміну, гіподинамія, цукровий діабет, гіпертензія [1,7]. Відомо, що у чоловіків із високим рівнем холестерину раніше розвивається ІХС [1,10].

Як свідчить статистика, поширеність ІХС в Україні становить 22 207 випадків на 100 тис. населення, тобто в країні майже 8 млн. хворих на ІХС. При цьому поширеність ІХС в поєднанні з АГ знаходиться на рівні 14539 випадків на 100 тис. населення. Таким чином, в Україні налічується понад 5 млн. пацієнтів з такою коморбідністю. Приблизні підрахунки показують, що 66% хворих на ішемічну хворобу серця страждають АГ. Патогенетичний зв'язок АГ і ІХС опосередкована декількома групами факторів: гемодинамічними (підвищення систолічного артеріального тиску (САТ), збільшення жорсткості артерій, зростання потреби в кисні, ремоделювання і атеросклероз коронарних артерій); гуморальними (активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) і симпатoadреналової системи); генетичними (поліморфізм генів РААС); клітинним гомеостазом кальцію, що відповідає за судинний тонус, інотропну і хронотропну функції серцево-судинної системи; а також оксидантного стресу і дисфункцією ендотелію [10].

Для досягнення однорідності в термінології у 2011 р. дослідницька група по оцінці факторів ризику РА Постійного комітету досліджень в ревматології Європейської антиревматичної ліги (EULAR) сформулювала рекомендації, які використовуються щодо доклінічних і ранніх фаз РА [15]. Виділено 6 фаз: фаза А – генетичні фактори ризику розвитку РА; фаза В – екологічні фактори ризику розвитку РА; фаза С – системні аутоімунні чинники, пов'язані з РА; фаза D – симптоми без явищ клінічного артриту; фаза E – недиференційований артрит; фаза F – РА [4,16].

Якщо роль спадковості в розвитку РА оцінена в 60%, то 40% ризику розвитку хвороби пояснюється екологічними факторами ризику (фаза В). З декількох факторів навколишнього середовища, досліджених у відношенні РА, найбільші докази причетності має куріння. На сьогоднішній день саме куріння залишається найбільш відомим, значущим і вагомим фактором ризику розвитку РА. Існує різкий зв'язок між курінням, носійством HLA-SE і антитілами до цитрульованому білку: у курців з двома алелями HLA-SE відзначають 21-кратне підвищення ризику розвитку анти-CCP-позитивного РА [4]. На сього-

днішній день прийнята гіпотеза, що куріння може виступати специфічним тригером РА - специфічних імунних реакцій, пов'язаних з цитрулюванням білків, викликаючи, можливо, цитрулювання пошкоджених, «вмираючих» клітин бронхоальвеолярного тракту. Ризик розвитку РА більшою мірою асоціюється з тривалістю куріння, ніж з інтенсивністю, але одночасно згубні впливу куріння щодо можливості розвитку артриту нівелюються тільки через 10-20 років після припинення куріння.

Встановлено також, що ризик розвитку РА пов'язаний з такими факторами, як надлишкова маса тіла при народженні, ожиріння, низький соціально-економічний статус. Серед екологічних факторів виділяють надлишкове ультрафіолетове опромінення і пил кремнезему. На противагу цьому, такі фактори способу життя, як більш тривалий період грудного вигодовування і помірне вживання алкоголю, можуть надавати протекторний вплив [4]. Передбачувана етіологічна зв'язок між слизовою оболонкою порожнини рота і РА в значній мірі базується навколо двох ключових положень. По-перше, поширеність захворювань пародонту істотно підвищується при РА, крім цього, описано схожість генетичних (HLA-DR SE) і екологічних (куріння) факторів у розвитку даних захворювань.

Встановлений зв'язок між курінням і розвитком РА вказує на етіологічну роль бронхолегеневої системи [4]. Існують докази того, що у анти-ССР-позитивних пацієнтів куріння пов'язане з процесом цитрулювання в легенях. Куріння сприяє локальному підвищенню цитрулювання білків в слизовій оболонці бронхів; даний процес з часом набуває системного характеру, може генерувати продукцію нових антигенів, що зумовлює розвиток анти-ССР-позитивного артриту. Активовані В-клітини бронхоальвеолярного тракту є відомими продуцентами IgA (так звана система BALT - bronchus-associated lymphoid tissue – бронхоасоційована лімфоїдна тканина). Клітини бронхоасоційованої лімфоїдної тканини значно частіше визначають у пацієнтів, що курять в порівнянні з некурцями [4,20,21].

Мета

Оцінити та проаналізувати коморбідність у хворих на ревматоїдний артрит (РА).

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі кафедри сімейної медицини і терапії Української медичної стоматологічної академії в обласному лікувально-діагностичному ревматологічному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського» ПОР, брали участь 135 пацієнтів з РА віком від 32 до 65 років, що склали основну групу (I група). Контрольну групу (II група) склали 30 пацієнтів без аутоімунних захворювань, запальних станів та захворювань в активній фазі. Всі пацієнти дали письмову згоду на

участь у дослідженні. Під час проведення дослідження всі учасники були клінічно обстежені (клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, ЕКГ, ехокардіоскопія, рентгенографія суглобів, УЗД органів черевної порожнини, суглобів з використанням ультразвукового апарату експертного класу Radmir ultima RA expert.

Результати та їх обговорення дослідження

У більшості хворих I групи на ревматоїдний артрит в 68,2 % було виявлено високу коморбідність в порівнянні II групи. Поширеною супутньою патологією у хворих на РА основної групи були серцево-судинні захворювання (ішемічна хвороба серця – 42,3%; дисліпідемія – 73,4%). 75% хворих I групи мали коморбідну патологію, тобто мали 2 і більше супутніх захворювань.

За результатами проведеного дослідження більшість хворих на РА мають коморбідність, яка може серйозно впливати на перебіг ревматичних захворювань та їх лікування.

Ведення хворих на РА з коморбідною патологією повинні здійснювати ревматологи, сімейні лікарі, терапевти, щоб оцінити всі супутні захворювання, їх взаємодію та допомогти даним пацієнтам у прийнятті власних рішень щодо їх здоров'я. Це потребує від даних фахівців ранньої діагностики РА та раннього лікування РА (базисними препаратами) в поєднанні з коморбідною патологією - профілактика дисліпідемій, згідно рекомендацій по лікуванню дисліпідемій і профілактиці серцево-судинних захворювань (Наказ МОЗ України № 564 від 13.06.2016 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань»). Необхідно пам'ятати, що користь від гіполіпідемічної терапії залежить від початкового рівня кардіоваскулярного ризику: чим вищий ризик, тим більший ефект [9]. Лікування та профілактика артеріальної гіпертензії повинна проводитися згідно Наказу МОЗ України № 384 24.05.2012р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії». Лікування та профілактика ішемічної хвороби серця повинна проводитися згідно Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 152 від 02.03.2016 р. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Стабільна ішемічна хвороба серця».

В кожному конкретному випадку по лікуванню хворих на РА з коморбідною патологією необхідно підходити диференційовано, враховуючи особливості кожного хворого і розцінювати його як особистість.

Література

1. Nishkumai OI, Povorozniuk VV, Kordubailo IA, Lysak ZV, Lievenko YeI. Analiz faktoriv ryzyku perelomu u patsientiv iz perenesenyim

- infarktom miokarda. [Analysis of factors that are in certain directions, achieved with myocardial infarction]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal*. 2016; 4 (66): 41-5.
2. Voloshyna LO, Smiian SI. Osteoartróz, poli- ta komorbidnist: vikovi, henderni, prohnostychni y likuvalno-profilaktychni aspekty: dani tryrichnoho prospektyvnoho doslidzhennia [Osteoarthritis, poly- and comorbidity: age, gender, prognostic and treatment-related aspects: data from a three-year prospective study]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal*. 2016; 4 (66): 51-7.
 3. Haliutina Olu, Stanislavchuk MA, Haliutina Olu. Dyslipidemia u patsientiv iz z revmatoidnym artritomom, yii zviazok z osoblyvostiamy perebihu zakhvoriuvannia [Dyslipidemia in patients with rheumatoid arthritis, its association with the course of the disease]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal*. 2007; 1 (27):8-12.
 4. Holovach Ylu, Vershynyna DV. Doklyncheskyi revmatoydnyi artryt [Preclinical rheumatoid arthritis]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal*. 2016; 4 (66): 15-22.
 5. Zhdan VM, Khaimenova HS, Babanina Mlu, Katerenchuk OI, Volchenko HV. Vyznachennia efektyvnosti terapii ishemichnoi khvoroby sertsia. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny [Determining the effectiveness of therapy for coronary heart disease]. *Visnyk Ukrainsoi medychnoi stomatolohichnoi akademii*. 2019; 3 (67):27-30.
 6. Klymas IV, Kharakterystyka komorbidnykh staniv u khvorykh na revmatoidnyi artryt [Characterization of comorbid conditions in patients with rheumatoid arthritis]. *Simeina medytsyna*. 2015; 3 (59): 219–22.
 7. Kovalenko VM. Komorbidnist i shliakhy ratsionalnoi farmakoterapii v revmatolohii [Comorbidity and ways of rational pharmacotherapy in rheumatology]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal*. 2014; 2(56):12-3.
 8. Lebid VH, Khaimenova HS. Osoblyvosti likuvannia zhinok starshykh vikovykh hrup khvorykh na osteoartryt z komorbidnoiu patolohiieiu. [Features of treatment of women of older age groups with osteoarthritis with comorbid pathology]. *Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrainsoi medychnoi stomatolohichnoi akademii*. 2018; 3(63):135-40.
 9. Lomakovskiy OM. Vplyv statyniv na pokaznyky lipidnoho obminu, perekysnoho oksyennnia lipidiv ta bilkiv zalezno vid yikh vykhidnoho rivnia u patsientiv zi stabilnoiu ishemichnoiu khvoroboiu sertsia [Effect of statins on lipid metabolism, lipid peroxidation and protein levels depending on their baseline in patients with stable coronary heart disease]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal*. 2018; 3 (73): 66-71.
 10. Myshchenko LA. Optymalne podkhody k lecheniyu patsyentov s arterialnoi hypertenziyei y yshemycheskoi bolezniu serdtsa [Optimal approaches to treating patients with arterial hypertension and coronary heart disease]. *Zdorovia Ukrainy: Medychna hazeta*. 2017; 15-16:17-8.
 11. Rebrov BO, Kasynets SS., Komarova OB. Novi mozhlivosti v diahnostytsi ta likuvanni rannoho revmatoidnoho artrytu [New opportunities in the diagnosis and treatment of early rheumatoid arthritis]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal*. 2013; 3(53):35-9.
 12. Zhdan VM, Khaimenova HS, Babanina Mlu, Volchenko HV, Ivanytskyi IV. Suchasnyi pidkhid do terapii komorbidnoi patolohii [Modern approach to the treatment of comorbid pathology]. *Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrainsoi medychnoi stomatolohichnoi akademii*. 2019; 2 (66):12-5.
 13. Shevchuk SV, Haliutina Olu, Sedha YuS. Rivni adypokiniv u patsientiv iz revmatoidnym artritom, zviazok iz perebihom zakhvoriuvannia ta urazhenniam sertsievo-sudynnoi systemy [Levels of adipokines at higher levels with rheumatoid art that are with the course of people and damage to the cardiovascular system]. *Ukrainskyi revmatolohichnyi zhurnal*. 2018; 2 (72):35-9.
 14. Andry'evskaya SA, Bessmertnaya AA. Komby'ny'rovannaya terapiya y' shemy'cheskoi bolezny' serdca Armady'nom y' Try'zy'py'nom — eshhe ody'n vary'ant y'ly' uny'kal'naya vozmozhnost'? [Combination therapy for coronary heart disease with Armadine and Trizipine - another option or unique opportunity?]. *Artery'al'naya gy'pertenzy'ya*. 2017; 4 (54): 34-40. (Ukrainian).
 15. Fadyeyenko GD, Nesen AO. Komorbidnist' ta integraty'vna rol' terapii vnutrishnix xvorob [Comorbidity and the integrative role of internal disease therapy]. *Ukrayins'ky'j terapevty'chny'j zhurnal*. 2015; 2: 7–15. (Ukrainian).
 16. Jakovljevic M, Ostojic L. Comorbidity and multimorbidity in medicine today: challenges and opportunities for bringing separated branches of medicine closer to each other. *Psychiatr Danub*. 2013; 25 – Suppl 1: 18–28.
 17. Khimion LV, Klymas IV. Polymorbid patient: who can help? *Simeina medytsyna*. 2015; 5 (61):6-7.
 18. Marigliano B, Soriano A, Margiotta D, et al. Lung involvement in connective tissue diseases: a comprehensive review and a focus on rheuma toid arthritis. *Autoimmunity Rev*. 2013; 12 (11): 1076–84. DOI: 10.1016/j.autrev.2013. 05.001.
 19. Meghani SH, Buck HG, Dickson VV, Hammer MJ, Rabelo Silva ER, Clark R., Naylor MD. The Conceptualization and Measurement of Comorbidity: A Review of the Interprofessional Discourse. *Nurs Res Pract*. 2013; 10: 169-72. DOI:10.1155/2013/192782
 20. Solomon DH, Peters MJ, Nurmohehd MT, Dixon W. Motion for debate: the data support evidence based management recommendations for cardiovascular diseases in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2013; 66 (7): 1675–83. DOI: 10.1002/art.37975.
 21. Turesson EL, Matteson EL. Malignancy as a comorbidity in rheu_ matic diseases. *Rheumatology (Oxford)*. 2013; 52 (1):5–14. DOI: 10.1093/rheumatol_ ogy/kes189.
 22. Khaimenova HS. Suchasni metody terapii poyednanoi patolohiyi [Modern methods of therapy of combined pathology]. *Materialy' Vseukr. nauk.-prakt. konf. Medy'chna nauka v prakty'ku oxorony' zdorov'ya; 2015 Ly'stop 20; Poltava. Poltava: VDNZU «UMSA»*; 2015: 32 – 33. (Ukrainian).
 23. Khaimenova HS. Pry'gnichennyi autoimmunnogo procesu u xvory'x na osteoartrytu [Suppression of autoimmune process in patients with osteoarthritis]. *Materialy' nauk.-prakt. konf. za mizhnar. uchastyu. Zdorov'ya ukrayinciv v rukax simejnogo likarya; 2016 Grud 08-09; Ky'yiv: NMAPO im.P.L. Shupy'ka*; 2016: 45-47. (Ukrainian).
 24. Iaremenko O.B. Rannyi revmatoydnyi artryt: dyahnostyka y lechenye [Early rheumatoid arthritis: diagnosis and treatment]. *Mystetstvo likuvannia*. 2004; 3: 38–45. (Ukrainian).

Реферат

ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ждан В.М., Лебедь В.Г., Хайменова Г.С., Ищейкина Ю.А.

Ключевые слова: заболевания коронарной артерии, ревматоидный артрит, сопутствующая патология, полиморбидность.

У врачей, которые занимаются наблюдением и лечением пациентов и применяют целостный и ориентированный подход на пациентов существует проблема "полиморбидности пациента". Наиболее распространенным состоянием, которое осложняет ревматические заболевания – сердечно-сосудистые заболевания, интерстициальная болезнь легких, остеопороз, хронические заболевания почек, злокачественные новообразования и депрессия. Несмотря на успехи лечения ревматоидного артрита, смертность среди этой категории пациентов остается выше, чем в общей популяции. Это связывают с ускорением атерогенеза и ранним развитием ишемической болезни сердца, в связи с чем ревматоидный артрит рассматривают как предиктор ишемической болезни сердца. Установлено, что частота развития инфаркта миокарда, сердечной недостаточности и внезапной коронарной смерти у больных ревматоидным артритом превышают таковые в общей популяции в 3-5 раз. Целью исследования стало оценить и проанализировать коморбидность у больных ревматоидным артритом. Исследование проводилось на базе кафедры семейной медицины и терапии Украинской медицинской стоматологической академии в областном лечебно-диагностическом ревматологическом центре при коммунальном предприятии «Полтавская областная клиническая больница им. М.В. Склифосовского» Полтавского областного совета, участвовали 135 пациентов с ревматоидным артритом в возрасте от 32 до 65 лет, которые составили основную группу. Контрольную группу составили 30 пациентов без аутоиммунных заболеваний, воспалительных состояний и заболеваний в активной фазе. Все пациенты дали письменное согласие на участие в исследовании. Во время проведения исследования все

участники были клинически обследованы (общие клинические анализы крови, мочи, биохимия крови, электрокардиография, эхокардиоскопия, рентгенография суставов, ультразвуковое исследование (органов брюшной полости, суставов) с использованием ультразвукового аппарата экспертного класса «Radmir ultima RA expert». У большинства больных основной группы ревматоидным артритом в 68,2% было выявлено разную коморбидность по сравнению с контрольной группой. Основным дополнительным заболеванием у больных ревматоидным артритом основной группы были сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца - 42,3%). Основную часть больных ревматоидным артритом составила дислипидемия-73,4%. У 75% больных основной группы имели полиморбидную патологию, то есть имели 2 и более сопутствующих заболеваний. По результатам проведенного исследования большинство больных ревматоидным артритом имеют полиморбидность, которая может серьезно влиять на ход ревматических заболеваний и их лечения. Ведение больных на ревматоидный артрит с коморбидной патологией должны осуществлять ревматологи, семейные врачи, терапевты, чтобы оценить все полиморбидности в их взаимодействии и помочь данным пациентам в принятии собственных решений по их состоянию здоровья. Это требует от данных специалистов ранней диагностики и раннего лечения ревматоидного артрита.

Summary

RISK FACTORS FOR CORONARY ARTERIES DISEASE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Zhdan V.M., Lebid V.G., Khaimenova H.S., Isheikina Yu.A.

Key words: coronary artery diseases, rheumatoid arthritis, comorbidity, polymorbidity.

Now health care professionals who manage patients and stick to holistic patient-centered approach are facing the problem of “polymorbidity”. The most common conditions complicating rheumatic diseases are cardiovascular diseases, interstitial lung disease, osteoporosis, chronic kidney disease, malignancies and depression. Despite the success in treatment of rheumatoid arthritis, the mortality rate in this category of patients remains higher than in the general population. This is associated with the acceleration of atherosclerosis progression and the early-age onset of coronary arteries disease. Therefore, rheumatoid arthritis is considered as a predictor of coronary arteries disease. The incidence of myocardial infarction, heart failure, and sudden coronary death in patients with rheumatoid arthritis is found to be 3 to 5 times higher than in the general population. The purpose of the present study was to estimate and evaluate comorbidity status in patients with rheumatoid arthritis. The study was performed at the at the Regional Medical and Diagnostic Centre of Rheumatologic Diseases, M.V. Sklifosovskiy Poltava Regional Clinical Hospital, which is the clinical base of the Department of Family Medicine and Therapy, Ukrainian Medical Stomatological Academy. The study included 135 patients with rheumatoid arthritis aged 32 – 65, who made up the main group. The control group consisted of 30 patients without autoimmune diseases, inflammatory conditions and other diseases in acute phase. All patients stated the consent to participate in the study in writing. During the study, all the participants passed through clinical examination including blood tests, urine tests, blood biochemistry, electrocardiography, echocardiography, X-rays of the joints, and ultrasound examinations (by using an apparatus of class “Radmir ultima”). 68.2% of the patients in the main group suffering from rheumatoid arthritis were found out to have different comorbidities compared with the control group. Cardiovascular diseases and especially coronary arteries disease were detected in 42.3% of cases and found out as the most prevalent comorbid diseases in the patients with rheumatoid arthritis. We also revealed the high prevalence of dyslipidemia (73, 4% of cases). It is necessary to underline that 75% of patients in the main group were diagnosed to have even 2 or more comorbidities. According to the results obtained, the majority of the patients suffering from rheumatoid arthritis have comorbidities, which can seriously affect the course of rheumatic diseases and influence the treatment. Management of patients with rheumatoid arthritis and comorbid conditions should be supported by rheumatologists, family doctors, internists in order to evaluate all polymorbidities in their interactions and to provide proper assistance for patients in making their therapeutic course decisions. Of course, this requires novel data from experts to improve diagnostic and treatment approaches of rheumatoid arthritis in its early stage.