

УДК 616.72-002-06:616-036.11

## **ПРОФИЛЬ И ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРАДИЦИОННЫХ И «БОЛЕЗНЬ– ОБУСЛОВЛЕННЫХ» ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Громова О.А., Синеглазова А.В.**

*ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ г. Челябинск, kleo74olga@mail.ru*

С целью анализа традиционных (биологических и поведенческих) и «болезнь-обусловленных» факторов риска хронических неинфекционных заболеваний было обследовано 175 женщин больных ревматоидным артритом. Из традиционных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у пациенток наиболее часто встречались артериальная гипертензия, нарушения липидного обмена, абдоминальное ожирение, нездоровое питание, гиподинамия и низкий уровень образования. Профиль факторов риска, ассоциированных с ревматоидным воспалением, характеризовался высокой частотой серопозитивности по ревматоидному фактору. Выявлены высокая частота суммации анализируемых факторов риска и многочисленные их взаимосвязи друг с другом. Так, активность ревматоидного артрита прямо взаимосвязана с наличием артериальной гипертензии, повышенной массы тела, нарушений липидного обмена, низкого образовательного статуса, гиподинамии и курения в анамнезе.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, факторы риска.

## **ANALYSIS AND CORRELATION OF TRADITIONAL AND CAUSED BY RHEUMATOID INFLAMMATION OF THE RISK FACTORS OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN WOMEN WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**

**Gromova O.A., Sineglazova A.V.**

*The state budgetary institution of higher professional education «South Ural state medical University» of the Ministry of health of Russian Federation, Chelyabinsk, kleo74olga@mail.ru*

With the purpose of analysis of traditional (biological and behavioural) and caused by rheumatoid inflammation of the risk factors of chronic non-communicable diseases were examined 175 women patients with rheumatoid arthritis. Of conventional risk factors in patients most frequently met arterial hypertension, dyslipidemia, abdominal obesity, unhealthy diet, physical inactivity, and low education. Caused by rheumatoid inflammation of the risk factors characterized by a high frequency of seropositivity for rheumatoid factor. Revealed high frequency summation analyzed risk factors and many of their relationship with each other. Activity of rheumatoid arthritis directly correlated with the presence of arterial hypertension, excessive body mass, dyslipidemia, low educational status, physical inactivity and smoking history.

Keywords: Rheumatoid arthritis, risk factors.

Больные ревматоидным артритом (РА) подвержены воздействию как традиционных факторов риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), так и факторов риска, связанных с ревматоидным воспалением. По данным литературы у пациенток с РА с высокой частотой встречаются артериальная гипертензия (АГ), [1, 3, 10], нарушения липидного обмена [5, 7, 9], ожирение [2, 8]. Большинство исследований посвящено изучению отдельно взятых ФР ХНИЗ. Но сочетание и взаимодействие ФР может приводить как к изменению последних, так и к модификации течения РА и связанной с ним коморбидной патологии [4, 6]. Тем не менее, несмотря на многочисленные исследования, взаимосвязь факторов риска ХНИЗ при РА изучена недостаточно.

Цель. Изучить профиль и взаимосвязь традиционных и «болезнь-обусловленных» факторов риска ХНИЗ у женщин больных ревматоидным артритом.

#### Материалы и методы

Обследовано 207 женщин, из них 175 – с достоверным диагнозом РА (основная группа), (ср. возраст –  $49,7 \pm 0,7$  лет) и 32 клинически здоровые женщины (ср. возраст -  $49 \pm 1,45$  лет). Группы были сопоставимы по возрасту ( $p = 0,765$ ) и наличию менопаузы ( $p = 0,492$ ). В основной группе преобладали женщины с серопозитивным РА ( $n = 140$ ; 80 %), развернутой клинической стадией заболевания ( $n = 116$ ; 66 %), 3 степенью активности РА ( $n = 124$ ; 71 %), 2 рентгенологической стадией ( $n = 76$ ; 43 %) и 2 функциональным классом ( $n = 104$ ; 59 %). Средняя длительность болезни составила  $8,2 \pm 0,6$  лет.

Оценивались биологические (возраст, менопауза, АГ, нарушения липидного обмена (НЛО), гипергликемия, повышенная масса тела) и поведенческие (нездоровое питание, курение, употребление алкоголя, низкий уровень образования, гиподинамия) ФР. Оценка и трактовка уровня артериального давления проводилась по критериям ВНОК (2009 г.). Для оценки массы тела рассчитывался индекс Кетле. Результат трактовался в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Абдоминальное ожирение устанавливалось у лиц с соотношением окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ) большем 0,8 или  $ОТ > 80$  см. Метаболический синдром оценивался по критериям ВНОК.

Для оценки поведенческих ФРХНИЗ все обследуемые заполняли стандартные опросники общенациональной интегрированной программы профилактики неинфекционных заболеваний ВОЗ (СИНДИ). Питание оценивалось как правильное при соблюдении 12 принципов здорового питания «Руководства программы СИНДИ по питанию». Оценка статуса курения проводилась с учетом стажа курения в годах, количества выкуриваемых сигарет в день, по индексу курения (ИК). К группе курящих относились лица, регулярно выкуривающие 1 или более сигарет в день, а также лица, бросившие курить менее 12 месяцев назад. При оценке алкогольного статуса учитывалась кратность приема, вид и количество алкоголя. Группы выделялись в соответствии с классификацией: непьющие, употребляющие в малых дозах (10–20 мл чистого спирта в сутки), избыточно употребляющие алкоголь (более 20 мл чистого спирта в сутки). Уровень образования женщин оценивался как низкий при наличии начального, неполного среднего и среднего образования. Низкая физическая активность определялась при наличии преимущественно сидячей работы, отсутствии активного досуга менее 10 часов в неделю.

В исследовании учитывались выделенные Европейской лигой ревматологов (EULAR) и Ассоциацией ревматологов России (АРР), (2010 г.) «болезнь-обусловленные» ФР ускоренного развития атеросклероза (АС), к которым относятся длительность заболевания,

наличие внесуставных проявлений (ревматоидные узелки, кожный васкулит, невропатия, плеврит, перикардит, сухой синдром, поражение глаз), высокий суставной счет, высокая активность воспалительного процесса, тромбоцитоз, серопозитивность по ревматоидному фактору (РФ) и антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП).

Проводилось физикальное обследование пациентов с детальным изучением костно-мышечной системы (подсчет количества болезненных (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС)).

Лабораторно-инструментальные исследования проводились согласно протоколу обследования больных РА (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 587 от 20 сентября 2005 г.) и клиническими рекомендациями по ревматологии. Детально изучался липидный профиль. Содержание общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС-липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) в сыворотке крови (ммоль/л) определялось с помощью ферментативного колориметрического теста с антилипидным фактором. Рассчитывалась концентрация холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) и очень низкой плотности (ХС-ЛПОНП, ммоль/л). Рассчитывался коэффициент атерогенности (соотношение ХС к ХС-ЛПВП). Липидный профиль у больных РА оценивался как по критериям ВНОК, так и по критериям EULAR и APP для больных РА.

План научного исследования соответствовал положениям Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации последнего пересмотра (Сеул, 2008). От всех больных было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании. Организация исследования одобрена этическим комитетом ГОУ ВПО ЧелГМАРосздрава.

Тип исследования соответствовал дизайну «поперечный срез». Статистическая обработка проводилась с использованием пакета SPSS (19 версия). Анализ качественных признаков в 2 и более группах проводился с помощью таблиц сопряженности, для сравнения применялись точный критерий Фишера и критерий «хи-квадрат». Рассчитывалось «отношение шансов» (ОШ) и его 95 % ДИ. Взаимосвязь показателей оценивалась с помощью непараметрического корреляционного анализа, данные представлены в виде коэффициента корреляции Спирмена ( $r_s$ ) и уровня достоверности ( $p$ ). При проверке статистических гипотез критический уровень значимости различия ( $p$ ) был принят равным менее 0,05.

#### Результаты

При оценке биологических ФР выявлено, что больные РА были сопоставимы с клинически здоровыми женщинами как по возрасту ( $49,7 \pm 0,7$  лет и  $49 \pm 1,45$  лет соотв.,  $p = 0,765$ ), так и по частоте менопаузы (таблица 1). У лиц с РА частота встречаемости нарушений липидного обмена по ВНОК, гипергликемии, избыточной массы тела и ожирения была сопоставима с группой сравнения (таблица 1).

Частота биологических факторов риска ХНИЗ у женщин больных РА  
в сравнении с группой контроля

Фактор риска	Больные РА (n = 175)	Группа контроля (n = 32)	p
	n (%)		
Пременопауза	12 (7 %)	4 (12,5 %)	0,281
Менопауза «+»	99 (57 %)	16 (50 %)	0,492
Артериальная гипертензия	101 (58 %)	4 (12,5 %)	0,001
Нарушения липидного обмена (по критериям ВНОК)	119 (68 %)	22 (69 %)	0,933
Нарушения липидного обмена (по критериям ACR/EULAR и APP)	161 (92 %)	25 (78 %)	0,017
Гипергликемия	9 (5 %)	0	0,190
ИМТ $\geq 25$ кг/м <sup>2</sup>	123 (70 %)	23 (72 %)	0,856
Избыточная масса тела	68 (39 %)	15 (47 %)	0,395
Ожирение	55 (31 %)	9 (28 %)	0,710

У женщин, страдающих РА, по сравнению с лицами из группы контроля чаще диагностирована АГ (таблица 1), ОШ = 9,5 (95 % ДИ = 3,2 – 28,4). Только у больных РА установлены II и III стадии, 2 и 3 степени АГ (таблица 2).

Таблица 2

Структура артериальной гипертензии у женщин больных РА в сравнении с группой контроля

Фактор риска		Больные РА с АГ (n = 101)	Группа контроля с АГ (n = 4)	p
		n (%)		
Стадия артериальной гипертензии	I	20 (20 %)	4 (100 %)	0,002
	II	64 (63 %)	0	0,021
	III	17 (17 %)	0	1,000
Степень артериальной гипертензии	0	56 (55 %)	0	0,044
	1	32 (32 %)	4 (100 %)	0,012
	2	10 (10 %)	0	1,000
	3	3 (3 %)	0	1,000

При оценке липидемии по критериям EULAR и APP у больных РА установлена более высокая частота НЛО, чем в контрольной группе (таблица 1), ОШ = 5 (95 % ДИ = 2,0 – 13).

Индекс массы тела  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> установлен у 70 % обследованных в обеих группах. Около трети женщин вне зависимости от наличия РА страдали ожирением преимущественно 1 степени (p = 0,101). Ожирение 2 и 3 степени установлено только у больных РА (n = 13; 24 % и n = 2; 4 % соотв., p = 0,185 – 1,000).

Абдоминальное ожирение чаще диагностировано при РА: у 111 из 157 (71 %) пациенток с РА и у 13 из 27 (48 %) женщин группы контроля, p = 0,021, ОШ = 2,6 (95 % ДИ = 1,1 – 5,9).

У больных РА выявлен достоверно более низкий уровень общего холестерина и ХС - ЛПНП и более высокие показатели ТГ и ХС – ЛПОНП, чем у клинически здоровых женщин (таблица 3).

Таблица 3

## Особенности средних показателей биологических факторов риска ХНИЗ

Фактор риска	Больные РА (n = 175)	Группа контроля (n = 32)	p
	M ± σ		
САД, мм. рт. ст.	122 ± 16	120 ± 11	0,444
ДАД, мм. рт. ст.	78 ± 10	79 ± 8	0,293
Общий холестерин, ммоль/л	5,13 ± 1,06	5,8 ± 1,09	<b>0,002</b>
Триглицериды, ммоль/л	1,31 ± 0,7	1,06 ± 0,5	<b>0,021</b>
ХС - ЛПНП, ммоль/л	3,15 ± 0,8	3,99 ± 1,2	<b>0,006</b>
ХС - ЛПОНП, ммоль/л	0,59 ± 0,4	0,46 ± 0,2	<b>0,030</b>
ХС – ЛПВП, моль/л	1,36 ± 0,4	1,46 ± 0,3	0,229
Индекс атерогенности	2,93 ± 0,1	3,16 ± 0,3	0,419
Глюкоза, ммоль/л	4,89 ± 0,8	4,98 ± 0,35	0,288
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	27 ± 5	26 ± 4	0,238

Метаболический синдром, оцененный по критериям ВНОК, чаще диагностирован у больных РА, чем у женщин группы контроля (n = 36; 21 % и n = 1; 3 % соотв., p = 0,021).

При анализе взаимосвязей биологических ФР между собой установлено, что больных РА с АГ, гипергликемией и ИМТ ≥ 25 кг/м<sup>2</sup> были старше женщин, у которых подобные ФР отсутствовали (таблица 4). Возраст больных был прямо связан со стадией АГ (r<sub>s</sub> = 0,486; p = 0,0001) и степенью АГ (r<sub>s</sub> = 0,320; p = 0,0001), а также с уровнем систолического АД (r<sub>s</sub> = 0,356; p = 0,0001) и диастолического АД (r<sub>s</sub> = 0,274; p = 0,0001). С увеличением возраста повышался уровень общего холестерина (r<sub>s</sub> = 0,272; p = 0,0001) и ХС – ЛПНП (r<sub>s</sub> = 0,285; p = 0,0001). Значение ИМТ (r<sub>s</sub> = 0,294; p = 0,0001), ОТ (r<sub>s</sub> = 0,334; p = 0,0001), ОБ (r<sub>s</sub> = 0,207; p = 0,009) были также сопряжены с возрастом.

Таблица 4

## Средний возраст женщин больных РА в зависимости от наличия биологических факторов риска

Фактор риска	Средний возраст больных РА при наличии ФР, лет	Средний возраст больных РА при отсутствии ФР, лет	p
	M ± m		
Артериальная гипертензия	53 ± 0,7	44,5 ± 1,1	<b>0,0001</b>
Нарушения липидного обмена	50 ± 0,7	45 ± 2,9	0,114
Гипергликемия	56 ± 2,2	49 ± 9,1	<b>0,011</b>
ИМТ ≥ 25 кг/м <sup>2</sup>	52 ± 0,7	45 ± 1,3	<b>0,0001</b>

Больные РА с АГ по сравнению с лицами без АГ чаще имели НЛЮ ( $n = 98$ ; 97 % и  $n = 63$ ; 85 % соотв.,  $p = 0,009$ ) и повышенную массу тела ( $n = 85$ ; 84 % и  $n = 38$ ; 51 % соотв.,  $p = 0,0001$ ). Связь АГ с наличием НЛЮ подтверждена корреляционным анализом ( $r_s = 0,217$ ;  $p = 0,004$ ). Артериальная гипертензия ( $r_s = 0,426$ ;  $p = 0,0001$ ), уровень САД ( $r_s = 0,295$ ;  $p = 0,0001$ ) и ДАД ( $r_s = 0,307$ ;  $p = 0,0001$ ) прямо взаимосвязаны с уровнем ИМТ.

Установлено, что у пациенток с ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> чаще диагностированы нарушения липидного обмена ( $n = 118$ ; 73 %), чем у лиц с нормальным весом ( $n = 5$ ; 36 %,  $p = 0,006$ ).

При анализе частоты поведенческих ФР показано, что больные РА имели более низкий образовательный уровень и реже употребляли спиртные напитки по сравнению с клинически здоровыми женщинами (таблица 5). Избыточное употребление алкоголя в группах отсутствовало.

Таблица 5

## Особенности поведенческих факторов риска ХНИЗ у женщин больных РА

Факторы риска		Больные РА (n = 175)	Группа контроля (n = 32)	p
		n (%)		
Нездоровое питание		165 (94 %)	27 (84 %)	0,06
Курение		8 (5 %)	4 (12,5 %)	0,095
Употребление алкоголя		132 (75 %)	32 (100 %)	<b>0,001</b>
Образовательный уровень	Начальное	3 (2 %)	0	0,603
	Неполное среднее	7 (4 %)	0	0,303
	Среднее	47 (27 %)	1 (3 %)	<b>0,002</b>
	Средне - специальное	85 (49 %)	15 (47 %)	0,86
	Высшее	33 (19 %)	16 (50 %)	<b>0,0001</b>
Низкий образовательный уровень		57 (33 %)	1 (3 %)	<b>0,0001</b>
Низкая физическая активность		147 (84 %)	26 (81 %)	0,699

У большинства женщин в обеих группах модель потребления пищевых продуктов не соответствовала 12 принципам здорового питания ВОЗ СИНДИ (таблица 5). У лиц с РА установлена высокая частота ( $n = 120$  из 174; 69 %) потребления в пищу сливочного масла, низкая частота ( $n = 37$  из 173; 21,4 %) употребления рыбы и недостаточное содержание в рационе свежих овощей и фруктов ( $n = 159$  из 171; 93 %).

Факт курения реже установлен у пациенток с РА, чем у клинически здоровых женщин (таблица 5). Средний стаж курения у женщин с РА составил  $19,6 \pm 14$  лет, количество выкуриваемых сигарет в день –  $9,6 \pm 4$  штук. Средний индекс курения – 9,4 пачка /лет. В группу «некурящих» также отнесены лица с курением в анамнезе ( $n = 14$ ; 8 %), последняя сигарета была выкурена ими более года назад.

Около половины обследованных женщин той и другой группы имели средне-специальное образование. У пациенток с РА низкий образовательный статус (начальное,

неполное среднее и среднее образование) встречался достоверно чаще, чем у лиц группы контроля (таблица 5).

В обеих группах установлена сопоставимо высокая частота гиподинамии, ОШ = 1,2, 95 % ДИ = 0,46 – 3,2.

При разделении пациенток на группы в зависимости от уровня образования, питания, курения, употребления алкоголя и наличия гиподинамии достоверных различий в частоте других оцениваемых поведенческих ФР не получено ( $p = 0,161 - 1,000$ ).

При сопоставлении биологических и поведенческих ФР между собой показано, что женщины в менопаузе по сравнению с лицами фертильного возраста чаще имели низкий уровень образования (таблица 6). По остальным показателям достоверных отличий получено не было ( $p = 0,062 - 1,000$ ).

Таблица 6

Частота поведенческих ФР ХНИЗ в зависимости от наличия менопаузы

Факторы риска	Менопауза «+» (n = 99)	Менопауза «-» (n = 76)	p
	n (%)		
Нездоровое питание	92 (93 %)	73 (96 %)	0,378
Курение	3 (3 %)	5 (7 %)	0,296
Употребление алкоголя	70 (71 %)	62 (82 %)	0,098
Низкий образовательный уровень	39 (39 %)	18 (24 %)	<b>0,028</b>
Низкая физическая активность	81 (82 %)	66 (87 %)	0,369

Установлено, что подавляющее большинство больных РА (n = 173; 99 %) имели 3 и более традиционных ФР (рисунок 1).

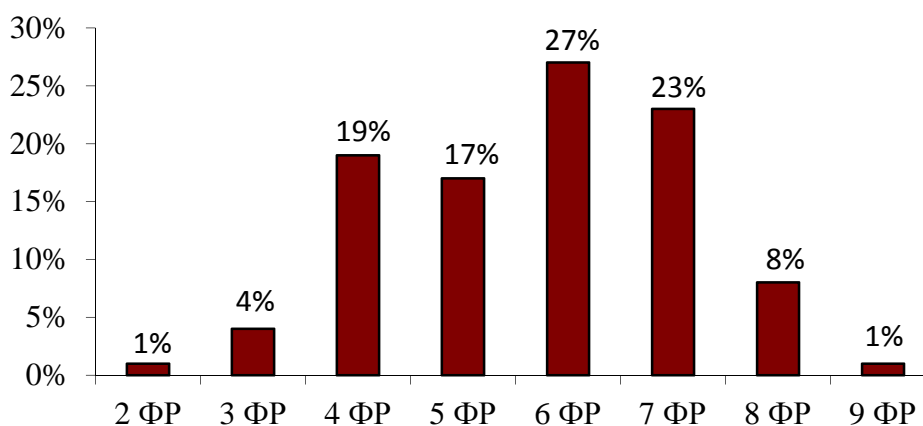


Рис. 1. Структура больных РА в зависимости от числа традиционных факторов риска

При анализе «болезнь-обусловленных» ФР у лиц основной группы установлена высокая частота серопозитивного по РФ и АЦЦП ревматоидного артрита и 3 степени активности заболевания (таблица 7).

Таблица 7

Частота «болезнь-обусловленных» факторов риска ускоренного развития атеросклероза у женщин больных ревматоидным артритом

Параметр	Признак	Количество пациентов, у которых исследовался показатель	Количество пациентов, у которых выявлен признак	%
Иммунологическая характеристика	Серопозитивный по РФ	175	140	80
	Серопозитивный по АЦЦП	92	77	84
Степень активности	1 степень	175	3	2
	2 степень	175	48	27
	3 степень	175	124	71
Тромбоцитоз		175	18	10
Системные проявления		175	50	29
Ревматоидные узелки		175	6	3
Кожный васкулит		175	0	0
Нейропатия		175	3	2
Плеврит		175	3	2
Перикардит		175	38	22
Сухой синдром		175	5	3
Поражение глаз		175	3	2

Также в обследуемой группе выявлен высокий суставной счет (средний показатель ЧБС составил  $17 \pm 0,6$ , ЧПС –  $6 \pm 0,4$ ) и длительность РА -  $8,2 \pm 0,6$  лет. Системные проявления РА установлены у трети обследованных женщин, из которых наиболее часто диагностирован перикардит (таблица 7).

Установлено, что 21 % ( $n = 37$ ) пациенток не имели «болезнь-обусловленных» ФР или имели 1 любой «болезнь-обусловленный» ФР, тогда как у 79 % ( $n = 138$ ) выявлено наличие 2 и более «болезнь-обусловленными» ФР одновременно. По числу традиционных ФР группы были сопоставимы ( $p = 1,000$ ).

При анализе взаимосвязей традиционных ФР ХНИЗ с «болезнь-обусловленными» факторами выявлена прямая корреляция уровня ИМТ с ЧПС ( $r_s = 0,163$ ;  $p = 0,033$ ). У женщин с низким образовательным статусом установлены большая длительность РА, более высокие показатели СОЭ, ВАШ и соотв. DAS 28 – 4, чем у лиц с более высоким уровнем образования (таблица 8). При корреляционном анализе выявлена прямая взаимосвязь неполного среднего образования с ЧБС ( $r_s = 0,245$ ;  $p = 0,001$ ), СОЭ ( $r_s = 0,158$ ;  $p = 0,037$ ), уровнем боли по ВАШ ( $r_s = 0,227$ ;  $p = 0,003$ ) и DAS 28 – 4 ( $r_s = 0,262$ ;  $p = 0,0001$ ).

Таблица 8

Количественные показатели РА у женщин в зависимости от уровня образования, ( $M \pm m$ )



Признак	Низкий уровень образования «+»	Низкий уровень образования «-»	p
Длительность РА, лет	10 ± 1,1	7 ± 0,6	0,015
ЧБС, n	17,5 ± 0,9	17 ± 0,7	0,441
ЧПС, n	7 ± 0,7	6 ± 0,5	0,627
СОЭ, мм/час	27 ± 2,0	22 ± 1,4	0,031
ВАШ, мм	67 ± 2,7	58 ± 1,9	0,010
DAS 28 – 4, баллы	6 ± 0,1	5,6 ± 0,1	0,008

При количественном анализе у пациенток с низким уровнем образования по сравнению с лицами с более высоким образовательным статусом также чаще диагностирована высокая активность РА (n = 47; 82,5 % и n = 77; 65,3 % соотв., p = 0,019), реже – средняя активность болезни (n = 10; 17,5 % и n = 38; 32,2 % соотв., p = 0,042).

У пациенток с гиподинамией и стажем РА менее 2 лет (n = 26; 81 %) по сравнению с лицами без гиподинамии с таким же стажем заболевания установлена более высокая активность РА по количественным показателям (СОЭ: 28 ± 3,2 мм/час и 13 ± 5,6 мм/час соотв., p = 0,022; ВАШ: 61 ± 4,4 мм и 40 ± 6,8 мм соотв., p = 0,020; DAS 28 – 4: 5,9 ± 0,2 б и 4,5 ± 0,4 б соотв., p = 0,007).

Таким образом, профиль традиционных ФР у женщин больных РА характеризуется высокой частотой АГ, НЛЮ, абдоминального ожирения, нездорового питания, употребления алкоголя, низкого образовательного статуса и гиподинамии. У лиц с РА по сравнению с клинически здоровыми женщинами достоверно чаще диагностированы АГ, НЛЮ, низкий образовательный статус и реже – употребление алкоголя.

Артериальная гипертензия при РА характеризуется более тяжелым течением с преобладанием 2 и 3 степени повышения АД, высокой частотой поражения органов мишеней и ассоциированных клинических состояний. Дислипидемические нарушения проявляются гипертриглицеридемией и высоким уровнем ХС – ЛПОНП.

У подавляющего большинства больных РА наблюдается суммация традиционных, а также «болезнь-обусловленных» факторов риска ХНИЗ.

Вероятность выявления АГ, гипергликемии и повышенного ИМТ ассоциируется с увеличением возраста больных. В то же время частота встречаемости НЛЮ у лиц с РА не зависит от возраста. Все традиционные биологические ФР, за исключением гипергликемии, взаимосвязаны между собой. Системность метаболических расстройств подтверждается высокой частотой метаболического синдрома у данной категории больных. Низкий уровень образования, повышенная масса тела, гиподинамия ассоциируются с высокой активностью РА.

## Выводы

1. Профиль традиционных и «болезнь-обусловленных» факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у женщин больных ревматоидным артритом характеризуется преобладанием нездорового питания, нарушений липидного обмена, гиподинамии, абдоминального ожирения, артериальной гипертензии, низкого уровня образования, серопозитивности по ревматоидному фактору.
2. У большинства женщин больных ревматоидным артритом наблюдается суммация 3 и более традиционных и 2 и более «болезнь-обусловленных» факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.
3. Активность ревматоидного артрита прямо взаимосвязана с наличием артериальной гипертензии, повышенной массы тела, нарушений липидного обмена, низкого образовательного статуса, гиподинамии и курения в анамнезе.

### Список литературы

1. Земляничкина, М.В. Частота артериальной гипертензии при ревматоидном артрите / М.В. Земляничкина, Н.А. Храмцова, А.А. Дзизинский [и др.] // Сибирский мед. журн. – 2009. – № 7. – С. 43-46.
2. Лисняк, Е.А. Конституциональная характеристика женщин, страдающих ревматоидным артритом / Е.А. Лисняк, Е.П. Шарайкина, Т.Ю. Большакова // Сибирское мед. обозрение. – 2008. – Т. 54, № 6. – С. 78-81.
3. Мясоедова, Е.Е. Распространенность и факторы риска артериальной гипертензии при ревматоидном артрите / Е.Е. Мясоедова // Научно- практическая ревматология. – 2012. – № 2. – С. 31-34.
4. Сагитова, Э.Р. Кардиоваскулярные проявления атеросклероза при ревматоидном артрите / Э.Р. Сагитова // Мед. наука и образование Урала. – 2011. – № 12 (2). – С. 43-46.
5. Синеглазова, А.В. Факторы нарушения липидного обмена у женщин с ревматоидным артритом / А.В. Синеглазова, О.Ф. Калев // Врач. – 2012. – № 5. – С. 78-82.
6. Храмцова, Н.А. Факторы риска кардиоваскулярной патологии при ревматоидном артрите / Н.А. Храмцова, М.В. Земляничкина, Е.В. Трухина // Сибирский мед. журн. – 2007. – № 7. – С. 42-44.
7. Boyer, J.F. Traditional cardiovascular risk factors in rheumatoid arthritis: a meta-analysis / J.F. Boyer, P.A. Gourraud, A. Cantagrel [et al.] // Joint Bone Spine. – 2011. – Vol. 78, № 2. – P. 179-183.
8. Katz, P.P. Sex differences in assessment of obesity in rheumatoid arthritis / P.P. Katz, J. Yazdany, L. Trupin [et al.] // Arthritis Care Res (Hoboken). – 2013. – № 65(1). – P. 62-70.

9. Liao, K.P. Traditional cardiovascular risk factors, inflammation and cardiovascular risk in rheumatoid arthritis / K.P. Liao, D.H. Solomon // *Cancer*. – 2013. – Vol. 119, № 5. – P. 1089-1097.
10. Panoulas, V.F. Prevalence and associations of hypertension and its control in patients with rheumatoid arthritis / V.F. Panoulas, K.M.J. Douglas, H.J. Milionis [et al.] // *Rheumatology*. – 2007. – Vol. 46. – P. 1477-1482.

**Рецензенты:**

Чернышова Т.Е., д.м.н., профессор, профессор кафедры врача общей практики и внутренних болезней ФПК и ПП ГБОУВПО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск.

Давлетшин Р.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 2 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, г. Уфа.