

# Коморбидность у больных ревматоидным артритом

Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Ребров А.П.

ГБОУ ВПО  
«Саратовский  
государственный  
медицинский  
университет  
им. В.И. Разумовского»  
Минздрава России,  
Саратов, Россия  
410012 Саратов,  
ул. Большая Казачья,  
112

V.I. Razumovsky Saratov  
State Medical University,  
Ministry of Health of  
Russia, Saratov, Russia  
112, Bolshaya Kazachiya  
St., Saratov 410012

**Контакты:** Наталья  
Михайловна Никитина;  
nikitina02@yandex.ru

**Contact:** Natalia Nikitina;  
nikitina02@yandex.ru

Поступила 23.12.14

**Цель исследования** — изучить структуру и частоту коморбидных заболеваний у больных ревматоидным артритом (РА) в Саратовской области.

**Материал и методы.** В исследование включены 328 больных РА, находившихся на лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «Областная клиническая больница» Саратова с 2011 по 2013 г. Диагноз РА был установлен с использованием критериев ACR (1987) и ACR/EULAR (2010). В исследование включались пациенты, получавшие базисные противовоспалительные препараты (БПВП) в стабильной дозе в течение 3 мес и более. Проводилось анкетирование, объективный осмотр больных, учитывались данные амбулаторной карты.

**Результаты и обсуждение.** Коморбидные состояния выявлялись у 86,6% больных; у 57,9% пациентов имелось сочетание двух и более коморбидных заболеваний. У 50,7% больных РА выявлялся остеоартроз, у 57,7% — артериальная гипертензия, у 30,9% — ишемическая болезнь сердца. Из воспалительных заболеваний наиболее часто выявлялось поражение желудочно-кишечного тракта (80,3%), несколько реже встречались инфекции мочевыводящих путей (19,7%).

**Заключение.** У больных РА отмечена высокая частота коморбидной патологии. В структуре коморбидных состояний преобладают артериальная гипертензия и остеоартроз, а обострение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей часто затрудняет подбор базисной терапии.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит; коморбидность; мультиморбидность; сердечно-сосудистая патология; эффективность терапии.

**Для ссылки:** Никитина НМ, Афанасьев ИА, Ребров АП. Коморбидность у больных ревматоидным артритом. Научно-практическая ревматология. 2015;53(2):149–154.

## COMORBIDITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS Nikitina N.M., Afanasyev I.A., Rebrov A.P.

**Objective:** to study the pattern and rate of comorbid diseases in patients with rheumatoid arthritis (RA) in the Saratov Region.

**Subjects and methods.** The investigation enrolled 328 RA patients treated at the Rheumatology Unit, Saratov Regional Clinical Hospital, in 2011 to 2013. RA was diagnosed using the 1987 ACR criteria and the 2010 ACR/EULAR ones. The investigation included the patients receiving disease-modifying antirheumatic drugs (DMARD) at a stable dose for 3 months or longer. A questionnaire survey and objective examination were made in the patients; data from their medical records were taken into account.

**Results and discussion.** Comorbidities were identified in 86.6% of the patients; 57.9% had a concurrence of two or more comorbid conditions. Osteoarthritis, hypertension, and coronary heart disease were detected in 50.7, 57.7, and 30.9% of the RA patients, respectively. Out of the inflammatory diseases, gastrointestinal tract lesion was most common (80.3%); urinary tract infections were slightly less common (19.7%).

**Conclusion.** The high rate of comorbidity was noted in patients with RA. The pattern of comorbidities shows a preponderance of hypertension and osteoarthritis and an exacerbation of gastrointestinal and urinary tract diseases frequently makes the choice of DMARD difficult.

**Key words:** rheumatoid arthritis; comorbidity; multimorbidity; cardiovascular disease; efficiency of therapy.

**For reference:** Nikitina NM, Afanasyev IA, Rebrov AP. Comorbidity in patients with rheumatoid arthritis. Rheumatology Science and Practice. 2015;53(2):149–154.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2015-149-154>

В связи с улучшением диагностики и лечения болезней продолжительность жизни населения постепенно растет, однако при этом увеличивается число больных, имеющих несколько хронических заболеваний. Существуют различные термины, описывающие наличие нескольких заболеваний у одного больного. В англоязычной литературе это «коморбидность», «мультиморбидность», в русскоязычной — «сочетанная патология», «полипатия», «полиморбидность». Для всесторонней оценки состояния больного, страдающего несколькими заболеваниями, нужно учитывать их взаимное влияние, что лежит в основе клинического подхода в медицине — «лечить не болезнь,

а больного». В связи с этим, на наш взгляд, можно согласиться с мнением ряда авторов, которые считают, что использование термина «мультиморбидность» в применении к конкретному больному более оправданно, поскольку в его основе, в отличие от понятия коморбидности, лежит не заболевание, а конкретный пациент со множеством хронических патологий, равнозначных между собой [1, 2].

Одним из наиболее распространенных заболеваний, встречающихся в общей популяции с частотой от 0,5 до 2%, является ревматоидный артрит (РА), характеризующийся стойкой потерей трудоспособности больных, повышением риска развития сердечно-сосудистой

лярных заболеваний, высокой стоимостью лечения и необходимостью постоянного мониторинга лабораторных показателей [3–5].

Несмотря на использование современных средств лечения, включающих синтетические базисные противовоспалительные (БПВП) и генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), продолжительность жизни больных РА, по данным проведенных проспективных исследований, существенно не изменилась [6–8]. Интерес к коморбидным состояниям при РА обусловлен их влиянием на выбор тактики лечения, эффективность и безопасность терапии, возможность достижения ремиссии, являющейся ключевым моментом современной стратегии лечения РА до достижения цели – Treat to Target (T2T) [9, 10]. По мнению А.В. Гордеева и соавт. [2], не учитывая вклад мультиморбидного окружения, невозможно полностью реализовать стратегию T2T как для организма в целом, так и для РА в частности.

**Целью** работы явилось изучение структуры и частоты коморбидных состояний у больных РА, их взаимосвязи с эффективностью терапии.

### Материал и методы

В исследование были включены 328 больных РА (82,6% – женщины), находившихся на лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) в период с 2011 по 2013 г. (средний возраст 54,6±12,6 года, продолжительность РА – 10,4±9,8 года).

Обследование включало оценку активности заболевания и эффективности терапии (по критериям Европейской антиревматической лиги – EULAR) с использованием индекса DAS28 (ответ на терапию классифицировали как хороший, удовлетворительный и его отсутствие), рентгенографию пораженных суставов, общий и биохимический анализ крови. При оценке тяжести течения РА учитывались число болезненных и припухших суставов, длительность утренней скованности, потребность в приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и глюкокортикоидов (ГК), частота госпитализаций по поводу обострений РА. У 81,7% пациентов выполнялось количественное определение уровня ревматоидного фактора (РФ) в сыворотке крови, у 69,5% больных – уровня антител к модифицированному циклическому виментину (АМЦВ). Для количественной оценки коморбидного статуса и определения 10-летней выживаемости пациентов использовался индекс Charlson [11].

В табл. 1 представлена характеристика обследованных больных. На момент включения в исследование раннюю стадию РА имели 24,1% больных. Эрозии при рентгенографии были выявлены у 32,6%. 82,7% пациентов были серопозитивны по РФ, 23,2% – по АМЦВ. Системные внесуставные проявления РА были выявлены у 35,7% больных. В большинстве случаев (72,9%) отмечалась умеренная или высокая активность РА.

Основными БПВП были метотрексат (49,7% больных) и сульфасалазин (9,5% пациентов).

У 35,9% больных терапия была начата в течение 6 мес с момента постановки диагноза РА, у 20,7% – в течение первых 2 лет болезни. В 43,3% случаев БПВП впервые были назначены спустя 3 года и более от момента установления диагноза. Средняя продолжительность приема

БПВП составила 5,6±7,9 года, средняя доза метотрексата – 20,4±4,8 мг/нед. Однако следует отметить, что 58,3% пациентов получали препарат в относительно низкой дозе (от 7,5 до 12,5 мг/нед). Средняя доза сульфасалазина составляла 1,8±0,7 г/сут. Пять больных получали инфликсимаб, в среднем в течение 3,8±3,1 года. ГК принимали 92,7% больных. Средняя продолжительность лечения ГК составляла 8,7±9,9 года, средняя доза – 8,2±5,1 мг/сут. Более половины (67,9%) больных длительно принимали ГК в дозах более 10 мг/сут (в пересчете на преднизолон).

Для оценки взаимосвязи наличия коморбидной патологии и течения РА 54 больных были обследованы в динамике. Среди обследованных преобладали женщины (n=52), средний возраст составил 53,9±9,6 года, средняя продолжительность заболевания – 11,2±9,7 года. Характеристика артрита у пациентов, обследованных в динамике, дана в табл. 2.

При оценке эффективности терапии использовались критерии EULAR; учитывались потребность в приеме ГК, НПВП, частота госпитализаций.

Эффект от лечения расценивался как хороший при достижении ремиссии или низкой активности РА на фоне монотерапии БПВП в стабильной дозе, отсутствии потребности в приеме ГК, эпизодического приема НПВП, частоты госпитализации до 1 раза в год. Удовлетворительный эффект терапии характеризовался достижением умеренной активности РА, на фоне лечения ГК в дозах до 10 мг/сут в течение 3–6 мес, потребности

**Таблица 1** Клиническая характеристика обследованных больных РА (n=328)

Показатель	Число больных, n (%)
Женщины/мужчины	271/57 (82,6/17,4)
Возраст, годы:	
19–40	39 (11,9)
41–50	60 (18,3)
51–60	120 (36,6)
>60	109 (33,2)
Продолжительность РА:	
до 6 мес	17 (5,2)
6 мес – 2 года	62 (18,9)
3–10 лет	132 (40,24)
>10 лет	117 (35,7)
Серопозитивный РА:	
по РФ	268 из 324 (82,7)
по АМЦВ	53 из 228 (23,2)
Внесуставные проявления РА	117 (35,7)

**Таблица 2** Характеристика артрита у больных, обследованных в динамике (n=54)

Показатель	Исходно, n (%)	Динамика
		через 12 мес, n (%)
РФ+	44 из 53 (83)	40 из 54 (74,1)
АМЦВ+	9 из 14 (64,3)	9 из 14 (64,3)
Внесуставные проявления РА	25 (46,3)	27 (50)
Рентгенологическая стадия:		
0–I	6 (11,1)	1 (1,9)
II	14 (25,9)	15 (27,8)
III	26 (48,1)	29 (53,7)
IV	8 (14,8)	9 (16,7)

в приеме НПВП не менее 14 дней до 3–6 раз в год, а также госпитализациями в связи с обострениями РА до 2 раз в год.

Сохранение высокой активности РА на фоне смены БПВП или комбинации из двух или более БПВП, прием ГК в дозах свыше 10 мг/сут более 6 мес, постоянная потребность в НПВП свидетельствовали об отсутствии эффекта лечения.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel, Statistica 8.0. В исследование включали только пациентов, подписавших информированное согласие. Протокол обследования был утвержден этическим комитетом ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России.

### Результаты

Сопутствующая патология выявлялась у 86,6% больных РА, у 57,9% из них имело место сочетание нескольких коморбидных состояний (табл. 3).

Ведущее место в структуре коморбидности занимала кардиоваскулярная патология (88,7%). Так, артериальная гипертензия (АГ) имела у 57,7% пациентов. У большинства (92,6%) больных она развилась на фоне уже диагностированного РА, у 3,1% диагноз АГ предшествовал постановке диагноза РА, у 4,3% она была выявлена одновременно с развитием суставного синдрома. Частота ишемической болезни сердца (ИБС) составила 30,9%, преобладали стенокардия напряжения (СН) III–IV функционального класса (ФК) и ишемическая кардиомиопатия.

На втором месте по частоте у больных РА стоит патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 80,3%. Наиболее часто регистрировались заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки – у 39,8% больных. Наличие хронических воспалительных заболеваний ЖКТ, прежде всего эрозивного или язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, является сдерживающим фактором при назначении симптоматической и базисной терапии у больных РА. Следует отметить, что 76,9% больных с воспалительными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, диагностированными до дебюта РА, длительно принимали ГК в дозах свыше 10 мг/сут, что требовало постоянного приема ингибиторов протонной помпы и увеличивало стоимость лечения.

Наличие вирусного гепатита делает проблематичным назначение БПВП и ГИБП. Вирусное поражение печени было выявлено в 5,9% случаев.

Остеоартроз (ОА) выявлялся у 50,7% больных РА, в основном у пациентов старше 40 лет. У 71,5% больных ОА развился через 1–5 лет после дебюта РА и в 70,1% случаев носил вторичный характер. В 7,7% случаев РА сочетался с подагрическим артритом.

У каждого четвертого больного РА (24,6%) выявлялась эндокринная патология: у 4,9% – сахарный диабет (СД), у 19,7% – хронический аутоиммунный тиреоидит.

Хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей, обострения которых создают сложности при подборе базисной терапии, выявлялись у 19,7% больных РА.

Заболевания органов дыхания встречались относительно редко: у 7,4% больных отмечена бронхиальная ас-

тма, у 2,1% пациентов диагностирована хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

У 2,1% пациентов имелись злокачественные новообразования различной локализации.

При оценке индекса Chalon показатели 10-летней выживаемости свыше 90% (значения индекса от 0 до 2 баллов) отмечены у 42,1% больных, от 53 до 77% (значения индекса 3–4) – у 40,6% и менее 21% ( $\geq 5$  баллов) – у 16,8%. Индекс коморбидности коррелировал с возрастом пациентов ( $r=0,81$ ;  $p<0,05$ ) и частотой госпитализаций ( $r=0,4$ ;  $p<0,05$ ). Не было выявлено взаимосвязи между индексом Chalon и продолжительностью РА ( $r=0,3$ ;  $p=0,16$ ).

Необходимо отметить, что у обследованных пациентов зафиксировано 163 эпизода временного прекращения приема либо отмены БПВП с последующей заменой на другой препарат. В 11,7% случаев это было обусловлено тя-

**Таблица 3** Структура коморбидной патологии у больных РА (n=328)

Показатель	Число больных, n (%)
Пациенты, имевшие сопутствующие заболевания, всего	284 из 328 (86,6)
Число больных с наличием двух и более коморбидных состояний	190 из 328 (57,9)
Патология сердечно-сосудистой системы	252 из 284 (88,7)
ИБС	88 из 284 (30,9)
В том числе:	
СН I–II ФК	7 из 88 (7,9)
СН III–IV ФК	19 (21,6)
ишемическая кардиомиопатия	62 (70,5)
инфаркт миокарда	12 (13,6)
АГ	164 из 284 (57,7)
В том числе:	
I стадии	10 из 164 (6,1)
II стадии	78 (47,6)
III стадии	76 (46,3)
Ишемический инсульт	2 (1,2)
Патология пищеварительной системы	228 из 284 (80,3)
В том числе:	
заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	113 из 284 (39,8)
хронический холецистит	77 (27,1)
хронический панкреатит	47 (16,5)
хронический колит	25 (8,8)
хронический вирусный гепатит	16 (5,6)
Заболевания суставов	166 из 284 (58,5)
В том числе:	
генерализованный ОА	144 (50,7)
подагрический артрит	22 (7,7)
Эндокринная патология	70 из 284 (24,6)
В том числе:	
аутоиммунный тиреоидит	56 (19,7)
СД 2-го типа	14 (4,9)
Заболевания мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит, хронический цистит)	34 из 284 (19,7)
Заболевания органов дыхания	27 из 284 (9,5)
В том числе:	
ХОБЛ	6 (2,1)
бронхиальная астма	21 (7,4)
Онкопатология	6 из 284 (2,1)
Анемия	22 из 284 (7,7)
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	34 из 284 (11,9)

жестью сопутствующей патологии (у 11 больных – обострением эрозивного гастрита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, у 2 – обострением хронического холецистита, у 1 – развитием посттромбофлебитической болезни нижних конечностей, осложнившейся инфекцией мягких тканей, у 1 – обострением хронического панкреатита, у 1 – гипертиреозом, потребовавшем оперативного лечения, и у 1 – впервые выявленным гепатитом В).

У 54 больных через год после первичного обследования была проведена оценка эффективности терапии, повторно изучена структура коморбидной патологии. Хороший эффект лечения достигнут у 11 (20,4%), удовлетворительный – у 14 (25,9%) больных. Отсутствие эффекта отмечено у 29 (53,7%) пациентов.

Структура коморбидной патологии в данной группе больных РА отражена в табл. 4.

Исходно у 94,4% пациентов имелись сопутствующие заболевания (у 75,9% – два и более). Через год от начала наблюдения выявлено достоверное увеличение числа пациентов с несколькими сопутствующими заболеваниями ( $p < 0,05$ ), с патологией ЖКТ ( $p < 0,05$ ). Частота ОА увеличилась только в группе больных РА, не достигших эффекта от терапии.

У больных с удовлетворительным эффектом и при отсутствии эффекта индекс коморбидности  $> 3$  баллов отмечался достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем при хорошем эффекте (табл. 5).

При отсутствии эффекта и при удовлетворительном эффекте отмечалось нарастание индекса Charlson с увеличением продолжительности РА ( $r = 0,5$  и  $r = 0,3$  соответственно;  $p < 0,05$ ), тогда как у пациентов с хорошим эффектом, напротив, отмечено уменьшение величины индекса коморбидности по мере увеличения продолжительности РА ( $r = -0,3$ ;  $p < 0,05$ ).

### Обсуждение

В современных условиях постулат «Необходимо лечить не болезнь, а больного» не утратил своей актуальности. Особенно это касается хронической патологии. Сочетанные заболевания оказывают различное влияние друг на друга и нередко создают трудности как для пациента, ухудшая его качество жизни, так и для врача, затрудняя назначение оптимальной терапии, сокращают продолжительность жизни больных РА [12, 13].

РА является одним из самых распространенных заболеваний суставов. Несмотря на успехи, достигнутые за последние годы в связи с появлением новых противовоспалительных препаратов, лечение РА остается сложной задачей. Согласно современной концепции лечения, его надо начинать сразу после постановки диагноза, используя рекомендованные дозы синтетических БПВП [14, 15]. По данным нашего исследования, у 43,3% пациентов БПВП впервые назначаются на развернутой или поздней стадии РА, когда уже имеются да-

**Таблица 4** Структура коморбидной патологии у больных РА, обследованных в динамике (n=54)

Показатель	Исходно, n (%)	Через 12 мес, n (%)
Пациенты, имевшие сопутствующие заболевания, всего	51 (94,4)	52 (96,3)
Число больных с наличием двух и более коморбидных состояний	41 (75,9)	48 (88,9*)
Патология сердечно-сосудистой системы		
ИБС, всего	13 из 51 (25,4)	18 из 52 (34,6)
в том числе:		
СН I–II ФК	1 из 13 (7,7)	1 (5,6)
СН III–IV ФК	4 (30,8)	4 (22,2)
ишемическая кардиомиопатия	8 (61,5)	13 (72,2)
инфаркт миокарда	0	1 (5,6)
АГ, всего	35 из 51 (68,6)	36 из 52 (69,2)
в том числе:		
I степени	1 из 35 (2,9)	2 из 36 (5,6)
II степени	21 (60)	20 (55,6)
III степени	13 (37,1)	14 (38,9)
Патология пищеварительной системы:		
хронические воспалительные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	25 (49,1)	29 (55,8*)
хронический холецистит	17 (33,3)	19 (36,5)
хронический панкреатит	9 (17,6)	10 (19,2)
хронический колит	5 (9,8)	5 (9,6)
Патология органов дыхания:		
ХОБЛ	1 (1,9)	1 (1,9)
бронхиальная астма	3 (5,9)	3 (5,8)
Заболевания мочевыводящих путей	16 (31,7)	19 (36,5)
Заболевания эндокринной системы:		
аутоиммунный тиреоидит	8 (15,7)	8 (15,4)
СД 2-го типа	4 (7,8)	4 (7,7)
Генерализованный ОА	43 (94,3)	48 (92,3)
Анемия	5 (9,8)	5 (9,6)
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	8 (15,7)	12 (23,1)
Онкопатология	0	1 (1,9)

*Примечание.* \* –  $p < 0,05$ .



Таблица 5 Индекс Charlson у больных РА с различным ответом на терапию (n=54)

Индекс Charlson, баллы	Хороший ответ на терапию (n=11), n (%)	Удовлетворительный ответ на терапию (n=14), n (%)	Отсутствие эффекта (n=29), n(%)	Частота госпитализаций в течение года
0	–	–	1 (3,4)	4
1	1 (9,1)	3 (21,4)	4 (13,8)	4
2	2 (18,2)	–	4 (13,8)	5,7
3	7 (63,6)	5 (35,7)	8 (27,6)	5,6
4	1 (9,1)	2 (14,3)	7 (24,1)	5,5
5	–	2 (14,3)	2 (6,9)	7,5
>5	–	2 (14,3)	3 (10,3)	5,6

леко зашедшие изменения суставов и внутренних органов. Кроме того, более половины больных РА получают БПВП в неадекватно низкой дозе на протяжении длительного времени.

Согласно концепции T2T [10], целью лечения является достижение ремиссии или низкой активности заболевания. В реальной клинической практике цель лечения не всегда достижима. В нашем исследовании только у 11 из 54 больных, обследованных в динамике, констатировано достижение «цели лечения». Низкая эффективность терапии часто обусловлена не только поздней диагностикой заболевания, неадекватной и несвоевременной коррекцией терапии, но и наличием коморбидной патологии. Согласно полученным нами данным, в каждом десятом случае отмены или временного прекращения приема БПВП причиной является тяжелое течение сопутствующей патологии. Ведущее место при этом занимают воспалительные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.

Сопутствующая патология, согласно проведенному анализу, выявлена у 86,6% больных РА. У 2/3 пациентов имеет место сочетание нескольких коморбидных заболеваний, что создает дополнительные трудности при подборе терапии, часто является причиной полипрагмазии и увеличивает риск развития неблагоприятных реакций.

Известно, что хроническое воспаление при РА повышает вероятность развития кардиоваскулярной патологии [5, 16, 17]. В структуре коморбидных состояний у обследованных пациентов преобладала кардиоваскулярная патология, прежде всего АГ, что согласуется с результатами других исследований [3].

В работе Т.В. Попковой и соавт. [17] показано, что частота развития клинических проявлений атеросклероза у пациентов с РА значительно выше, чем у лиц группы контроля. Известно, что риск развития инфаркта миокарда (как фатального, так и не фатального) выше у больных РА по сравнению с общей популяцией. Напротив, не выявлено значительного повышения риска инсульта у больных РА [18]. В нашем исследовании различные клинические формы ИБС встречались у 88 из 284 больных РА, имеющих сопутствующую патологию (30,9% больных), тогда как инсульт в анамнезе был только у 2 (1,2%) пациентов.

На втором месте по частоте у наших больных РА была патология ЖКТ (80,3%). Появление признаков пораже-

ния желудка и двенадцатиперстной кишки диктовало необходимость временного прекращения приема либо отмены БПВП с последующей заменой на другой препарат. Возможным объяснением частоты осложнений со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки может служить частое использование НПВП и ГК в качестве симптоматической терапии при неэффективности или плохой переносимости БПВП.

На третьем месте среди коморбидных состояний оказались другие заболевания суставов, прежде всего ОА. На сегодняшний день существует достаточное количество данных, основанных на клиническом опыте и научных работах, свидетельствующих в пользу частого сочетания ОА с различной соматической патологией [19]. Повышение частоты ОА в группе больных РА, не достигших через год эффекта от терапии, подтверждает тот факт, что артрит является независимым фактором риска развития и прогрессирования ОА.

Известно, что у больных РА повышен риск инфекционных заболеваний [20]. Хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей, обострения которых также создают сложности при подборе базисной терапии, выявлялись у каждого пятого больного РА.

Наличие коморбидной патологии является одним из значимых факторов, влияющих на прямые медицинские затраты при РА [21].

Таким образом, в клинической практике у больных с хроническими воспалительными заболеваниями суставов необходимо учитывать имеющуюся коморбидность, наличие которой влияет на течение РА, снижает эффективность терапии, увеличивает частоту госпитализаций. Лечение больных РА требует взаимодействия между врачами разных специальностей (кардиологами, гастроэнтерологами, эндокринологами).

#### Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

#### Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Верткин АЛ, Румянцев МА, Скотников АС и др. Коморбидность. Вестник семейной медицины. 2011;(3):40–7. [Vertkin AL, Rumiancev MA, Scotnikov AS, et al. Comorbidity. *Bull Family Med.* 2011;(3):40–7. (In Russ.)].
2. Гордеев АВ, Галушко ЕА, Насонов ЕЛ. Концепция мультиморбидности в ревматологической практике. Научно-практическая ревматология. 2014;52(4):362–5. [Gordeev AV, Galushko EA, Nasonov EL. The concept of multimorbidity in rheumatologic practice. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice.* 2014;52(4):362–5. (In Russ.)]. doi: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-362-365>
3. Панафидина ТА, Кондратьева ЛВ, Герасимова ЕВ и др. Коморбидность при ревматоидном артрите. Научно-практическая ревматология. 2014;52(3):283–9 [Panafidina TA, Kondratieva LV, Gerasimova EV, et al. Comorbidity in rheumatoid arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice.* 2014;52(3):283–9. (In Russ.)]. doi: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2014-283-289>
4. Pasceri V, Yeh ETH. A tale of two diseases. Atherosclerosis and rheumatoid arthritis. *Circulation.* 1999;100:2124–6. doi: 10.1161/01.CIR.100.21.2124
5. Sattar N, McCrey DW, Capell H, McInnes IB. Explaining how «high-grade» systemic inflammation accelerated vascular risk in rheumatoid arthritis. *Circulation.* 2003;108:2957–63. doi: 10.1161/01.CIR.0000099844.31524.05
6. Boers M, Dijkmans B, Gabriel S, et al. Making an impact on mortality in rheumatoid arthritis. Targeting cardiovascular comorbidity. *Arthritis Rheum.* 2004;50:1734–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/art.20306>
7. Gabriel SE, Crowson CS, Kremers HM, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. *Arthritis Rheum.* 2003;48:54–8. doi: 10.1002/art.10705
8. Kitas GD, Erb N. Tackling ischemic heart disease in rheumatoid arthritis. *Rheumatology.* 2003;42:607–13. doi: 10.1093/rheumatology/keg175
9. Jurgens MS, Jacobs JW, Bijlsma JW. The use of conventional disease-modifying anti-rheumatic drugs in established RA. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011;25(4):523–33. doi: 10.1016/j.berh.2011.10.006
10. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2010;69(4):631–7. doi: 10.1136/ard.2009.123919
11. Charlson ME. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis.* 1987;40(5):373–83. doi: 10.1016/0021-9681(87)90171-8
12. Gabriel SE, Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(3):229. doi: 10.1186/ar2669
13. Wolfe F, Mitchell DM, Sibley JT, et al. The mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1994;37(4):481–94. doi: 10.1002/art.1780370408
14. Насонов ЕЛ, Каратеев ДЕ, Чичасова НВ. Рекомендации EULAR по лечению ревматоидного артрита – 2013: общая характеристика и дискуссионные проблемы. Научно-практическая ревматология. 2013;51 (6):609–22. [Nasonov EL, Karateev DE, Chichasova NV. EULAR recommendations for the treatment of rheumatoid arthritis – 2013: general characteristics and disputable problems. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice.* 2013;51(6):609–22. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2013-609-22
15. Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis.* 2014;73:492–509. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204573
16. Maradit-Kremers H, Nicola PJ, Crowson CS, et al. Cardiovascular death in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2005;52:722–32. doi: 10.1002/art.20878
17. Попкова ТВ, Новикова ДС, Насонов ЕЛ. Атеротромбоз при аутоиммунных заболеваниях: современное состояние проблемы. *Consilium medicum.* 2008;10(11):128–35. [Popkova TV, Novicova DS, Nasonov EL. Aterotromboz at autoimmune diseases: current state of a problem. *Consilium medicum.* 2008;10(11):128–35. (In Russ.)].
18. Levy L, Fautrel B, Barnetche T, Schaeveerbecke T. Incidence and risk of fatal myocardial infarction and stroke events in rheumatoid arthritis patients. A systematic review of the literature. *Clin Exp Rheumatol.* 2008;26:673–9.
19. Kadam UT, Jordan K, Croft PR. Clinical comorbidity in patients with osteoarthritis: a case-control study of general practice consultants in England and Wales. *Ann Rheum Dis.* 2004;63:408–10. doi: 10.1136/ard.2003.007526
20. Franklin J, Lunt M, Bunn D, et al. Risk and predictors of infection leading to hospitalisation in a large primary-care-derived cohort of patients with inflammatory polyarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:308–312. doi: 10.1136/ard.2006.057265
21. Osiri M, Sattayasomboon Y. Prevalence and out-patient medical costs of comorbid conditions in patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine.* 2013;80(6):608–12. doi: 10.1016/j.jbspin.2013.01.013