

**СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ***Татьяна Валерьевна Левина, Александр Александрович Дзизинский*

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра терапии и кардиологии, зав. — чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф. А.А. Дзизинский)

Резюме. Проведено обследование 200 медработников (100 человек-курящие и 100 человек никогда не курили). Каждому медработнику выполняли регистрацию ЭКГ, спирометрию, определение толщины комплекса интима-медиа, доплерографическое исследование трансмитрального кровотока, манжеточную пробу для определения эндотелийзависимой вазодилатации, суточное мониторирование АД и ЭКГ, оценку десятилетнего риска сердечно-сосудистой смертности (шкала SCORE), липидограмму и сахар крови натощак. Выявлена высокая частота артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, хронической обструктивной болезни лёгких, диастолической дисфункции сердца, дислипидемии, эндотелиальной дисфункции у курящих медработников по сравнению с некурящими.

Ключевые слова: курение, медицинские работники, сердечно-сосудистые заболевания, бронхолегочные заболевания.

**THE CONDITION OF THE CARDIOVASCULAR AND RESPIRATION SYSTEM IN MEDICAL SPECIALISTS
DEPENDING ON THE SMOKING STATUS***T.V. Levina, A.A. Dzizinskii*

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. 200 patients have been examined (100 – were smokers (an index of smoking ≥ 5 packs / years), 100 – non-smokers). The average age of the first group was $42,7 \pm 7,6$ years and of the second one – $42,4 \pm 7,6$ years, $p > 0,05$. All the participant were carried out an electrocardiogram (ECG), the reactive hyperemia test, ultrasonic scanning of the carotid arteries, echocardiography, Holter monitoring ECG and blood pressure, spirometry, scale SCORE, lipid profile, sugar blood. The smoking medical specialists had more frequently AH, CHD, LV diastolic dysfunction, COPD, higher indicators of very low-density lipoproteins, triglycerides, sugar blood and lower indicators of high-density lipoproteins as compared with non-smokers.

Key words: tobacco smoking, medical specialists, doctors, nurses, cardiovascular system, respiration system.

Распространенность табакокурения в Российской Федерации среди мужчин варьирует от 53% до 80%, среди женщин — от 10% до 50% [2]. В последние годы во многих развитых странах наблюдается снижение распространенности табакокурения, в первую очередь среди медицинских работников [7]. В то время как частота табакокурения среди врачей в Российской Федерации сохраняется очень высокой и практически соответствует уровню распространенности табакокурения среди взрослого населения [2]. По данным ВОЗ, в России от болезней, связанных с курением, ежегодно умирает до 400 тысяч человек [1]. Курящие медработниками осознанно наносят вред своему собственному здоровью. Курение, несомненно, ведет к отрицательным последствиям и для их пациентов, так как именно медицинский персонал является ключевой фигурой в плане формирования здорового образа жизни для населения.

Последствиями курения в первую очередь являются заболевания сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем. В Российской Федерации на сегодняшний день недостаточно данных по комплексному изучению сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем среди медработников в зависимости от статуса курения. Важно оценить частоту кардиальной патологии, развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), а также влияние табакокурения на функциональные кардиореспираторные параметры у медицинских работников.

Целью нашего исследования стало изучение влияния курения на возникновение основных сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваний и функциональные параметры этих систем у медицинских работников.

Материалы и методы

Было обследовано 200 медицинских работников (врачи и медицинские сестры). Из них 100 человек были курящие с индексом курения ≥ 5 пачка/лет и 100 человек

никогда не курили. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, медицинскому стажу и антропометрическим данным (табл. 1). В каждой группе было выделено по две подгруппы: 50 человек, работающие в хирургических отделениях или отделениях интенсивной терапии и реанимации (ОИТиР) и 50 человек, работающие в отделениях терапевтического профиля.

Каждому медработнику выполняли комплексное обследование, включающее анализ жалоб, врачебный осмотр, измерение антропометрических параметров (рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ)), соотношение талия/бедро, окружность талии), регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ), спирометрию, ультразвуковое сканирование общей сонной артерии (ОСА) с определением толщины комплекса интима-медиа (ТИМ), доплерографическое исследование трансмитрального кровотока, манжеточную пробу для определения эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД), суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и ЭКГ (СМ ЭКГ) и оценку десятилетнего риска сердечно-сосудистой смертности (шкала SCORE). Объем лабораторных исследований включал биохимический анализ сыворотки крови на общий холестерин (ОХС) и его фракции (липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП)), триглицериды. ОХС и триглицериды определяли с помощью ферментативного колориметрического теста, ЛПВП определяли как оставшееся количество холестерина в сыворотке крови после осаждения осадителем апо-В-содержащих липопротеидов (ЛПНП и ЛПОНП), ЛПНП, ЛПОНП и коэффициент атерогенности определяли расчетным методом. Определение глюкозы крови проводилось утром натощак с помощью глюкометра OneTouch Select. При проведении СМАД измерения АД выполнялись с интервалом 15 мин днем и 30 мин ночью, время бодрствования и сна устанавливалось индивидуально. Анализировались следующие показатели: среднее систолическое АД (САД), диастолическое АД

(ДАД) и пульсовое АД (ПАД) за сутки, в дневное и ночное время, индекс времени (ИВ) гипертонии (процент измерений выше 140/90 мм рт. ст. днем и 120/80 мм рт. ст. ночью), суточный индекс (СИ) АД (разница между дневным и ночным значением, отнесенная к дневному АД, выраженная в процентах) [11]. При проведении СМ ЭКГ оценивали степень депрессии сегмента ST, наличие нарушений ритма, частоту сердечных сокращений (ЧСС). Критерием ишемии миокарда при СМ ЭКГ является депрессия сегмента ST > 2 мм при ее длительности не менее 1 мин [3].

Дополнительно у курящих медицинских работников оценивали статус табакокурения: стаж курения, индекс курения (показатель «пачка/лет»), интенсивность курения, степень никотиновой зависимости (тест Фагестрема), особенности курительного поведения (анкета Д. Хорна) и степень мотивации к отказу от курения [13].

Таблица 1

Характеристика групп

	Курящие	Некурящие	P по Манну-Уитни
Мужчин/женщин (n)	18/82	18/82	0,85 ¹
Возраст (лет)	42,7±7,6	42,4±7,6	0,9
Медицинский стаж (лет)	18,3±7,9	19,4±8,5	0,3
Дежурства (n)	62	48	0,06 ¹
Окружность талии (см)	91,2±14,0	91,5±15,7	>0,05
ИМТ (кг/м ²)	27,5±5,3	27,8±6,0	>0,05
Соотношение талия/бедро	0,86±0,08	0,84±0,08	>0,05

Примечание: ¹ - статистическая значимость различий оценивалась по χ^2 .

Перед исследованием каждый пациент подписывал информированное согласие на обследование.

Обработка полученных результатов производилась с помощью редактора электронных таблиц MS Excel 7,0 и пакета программ Statistica for Windows V. 6,0 (StatSoft, USA). Описательная статистика проводилась с помощью медианы, 25 и 75 перцентилей. Значимость изменений сравниваемых показателей анализировалась с помощью критерия Уилкоксона, Манна-Уитни и хи-квадрат (χ^2). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Анализ группы курящих медработников показал, что средний возраст начала вовлечения в курение составил 20,0±5,4 лет. При анализе интенсивности курения было выявлено, что 15% медработников выкуривают менее 10 сигарет в сутки, 76% — от 10 до 20 сигарет в сутки и 9% выкуривают более 1 пачки в сутки. Средний

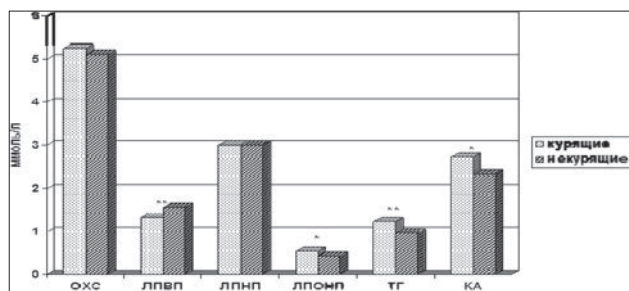


Рис. 1. Показатели липидного состава крови у обследованных пациентов.

Примечание: ОХС — холестерин; ЛПВП — липопротеиды высокой плотности; ЛПНП — липопротеиды низкой плотности; ЛПОНП — липопротеиды очень низкой плотности; ТГ — триглицериды; КА — индекс атерогенности; * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.

показатель «пачка/лет» ((количество сигарет, выкуриваемых в сутки $\times$ стаж курения в годах) / 20) среди курильщиков составил 15,6 (8,75;22,0). По данным ВОЗ индекс курения ≥ 10 пачка/лет является фактором риска развития ХОБЛ [1]. Среди обследованных нами курящих с индексом курения ≥ 10 пачка/лет было выявлено 71% медицинских работников.

С помощью теста Фагестрема мы оценивали степень никотиновой зависимости. Средний коэффициент никотиновой зависимости среди курильщиков был 4,0±2,4, что отражает слабую и среднюю никотиновую зависимость. В то же время 27% курящих медработников имели высокую и очень высокую никотиновую зависимость (от 6 до 10 баллов). Показатель «пачка/лет» был статистически выше у курящих с высокой и очень высокой никотиновой зависимостью ($p=0,02$) по сравнению с курящими со средней и слабой зависимостью.

Ведущими характеристиками никотиновой зависимости оказались потребность в снятии нервного напряжения (11,6±2,6 баллов), потребность в расслаблении (9,4±2,5 балла) с помощью курения и физическая привязанность к табаку (10,8±3,4 баллов).

Большинство (96%) медработников осознают, что курение приносит вред их здоровью. Но только 42% имеют высокую мотивацию к отказу от курения, а 14% вообще не желают отказаться от табакокурения в настоящее время.

Среди жалоб, которые предъявляли обследуемые, статистически чаще встречались среди курильщиков по сравнению с некурящими медработниками ощущение сердцебиения ($p < 0,04$), ощущение перебоев в работе сердца ($p < 0,0001$), кашель ($p < 0,00001$) и отделение мокроты ($p < 0,00001$).

Частота артериальной гипертонии среди курящих медработников составила 46%, у некурящих — 28% ($p=0,02$). Из них впервые диагноз артериальной гипертонии был выставлен у 32,6% курильщиков и 17,9% никогда некурящих медицинских работников (согласно рекомендациям ВНОК [4]). Среди обследуемых медработников, у которых ранее был установлен диагноз артериальной гипертонии, было выявлено, что получали регулярную гипотензивную терапию 93,5% курящих и 73,9% некурящих. Знали о своем диагнозе и не лечились преимущественно медработники хирургического профиля и работники ОИТиР. Высокий процент медработников, получающих регулярную гипотензивную терапию среди курильщиков, вероятнее всего, связан с тем, что они осознают негативное влияние табакокурения и пытаются хотя бы адекватным контролем АД оправдать свою вредную привычку. Неадекватный контроль АД отмечен среди 20,7% курящих и 35,2% некурящих регулярно принимающих гипотензивную терапию медицинских работников.

Частота ИБС среди первой группы обследуемых составила 20% человек, среди второй — 7% человек ($p=0,013$). Из них впервые диагноз ИБС был выставлен у 70% курильщиков и 57,1% некурящих. Диагноз ИБС выставлялся согласно российским рекомендациям ВНОК [3].

По ЭКГ гипертрофия миокарда левого желудочка выявлена у 4% среди курильщиков и 2% среди некурящих (корнельское произведение > 2440 мм $\times$ мс) ($p > 0,05$) [4].

Исследование транзитрального кровотока показало, что у 12% курильщиков и 6% некурящих медицинских работников выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка ($p > 0,05$).

Частота ХОБЛ у курящих медработников составила 6%, у некурящих медработников — 0% ($p=0,038$). Причем, диагноз ХОБЛ был выставлен впервые во всех случаях. При анализе спирометрии выявлены более низкие показатели ОФВ₁, ФЖЕЛ и ОФВ₁/ФЖЕЛ у ку-

рающих медицинских работников по сравнению с некурящими: ОФВ₁ 99% от должных величин (90-108) и 103% от должных величин (96,5-112), соответственно, $p=0,027$; ФЖЕЛ 104% от должных величин (95-112) и 106% от должных величин (99-113,5), соответственно, $p>0,05$, ОФВ₁/ФЖЕЛ 82% (78-86) и 84% (80-87), соответственно, $p>0,05$.

На протяжении уже нескольких десятилетий для выявления раннего атеросклероза используется неинвазивный метод измерения ТИМ. В настоящее время увеличение ТИМ ОСА $\geq 0,9$ мм и наличие атеросклеротических бляшек включено в критерии стратификации общего сердечно-сосудистого риска [4]. Поэтому всем пациентам проводилось ультразвуковое сканирование ОСА с определением ТИМ. В обследуемой нами группе курящих медицинских работников ТИМ ОСА составила $0,99 \pm 0,3$ мм, среди группы некурящих медицинских работников — $0,88 \pm 0,2$ ($p=0,0002$). Было выявлено, что курящих пациентов, имеющих утолщение стенки артерии ($1,3 \text{ мм} > \text{ТИМ ОСА} \geq 0,9 \text{ мм}$) и атеросклеротические бляшки ОСА, было статистически значимо больше, по сравнению с некурящими пациентами ($p<0,007$).

Дисфункция эндотелия лежит в основе развития основных сердечно-сосудистых заболеваний: атеросклероза и артериальной гипертензии. У всех пациентов мы оценивали ЭЗВД при помощи пробы с реактивной гиперемией [5,8]. Проба с реактивной гиперемией была проведена в обеих группах, при этом, у курящих пациентов исследование проводили в условиях воздержания от курения. Исходный диаметр плечевой артерии в группах курящих и некурящих был сопоставим и в среднем составлял 3,6 мм. Известно, в норме вазодилатация плечевой артерии после манжеточной окклюзии должна быть более 10% [5,12]. При парадоксальном сужении плечевой артерии или вазодилатации менее 10%, следует говорить о нарушении функции эндотелия. ЭЗВД была более выражена у некурящих медработников по сравнению с курящими: диаметр плечевой артерии после манжеточной окклюзии увеличивался на 10,7% (5,7-15,2), что соответствовало норме, и 7,7% (3,6-11,5), т.е. ниже нормы, соответственно, $p=0,0009$. При этом низкий уровень вазодилатации ($<10\%$) статистически значимо чаще встречался в группе курильщиков ($p=0,002$).

Выраженные различия наблюдались и по липидному составу крови (рис.1): у курящих пациентов по сравнению с некурящими отмечено статистически значимое повышение ЛПОНП (0,55(0,39-0,935) и 0,43(0,345-0,605), соответственно, $p<0,01$), триглицеридов (1,23(0,865-2,065) и 0,96(0,765-1,34), соответственно, $p<0,004$), коэффициента атерогенности (2,73(1,875-3,885) и 2,35(1,72-3,08), соответственно, $p<0,039$) и, напротив, понижение уровня ЛПВП (1,32(1,13-1,635) и 1,57 (1,33-1,785), соответственно, $p<0,0007$).

Нужно отметить, что высокий уровень КА ($>3,5$) и триглицеридов ($>1,8$ ммоль/л) также статистически значимо чаще встречались в группе курящих медицинских работников (КА — 33% и 13%, $p=0,002$; триглицериды — 30% и 12%, $p=0,003$). ОХС и ЛПНП в первой и второй группе статистически не различались (ОХС — 5,23 (4,51-5,82) и 5,10 (4,49-5,94), соответственно, $p>0,05$; ЛПНП — 3,0 (2,46-3,88) и 3,0 (2,34-3,93), соответственно, $p>0,05$).

Гликемия натощак $> 5,6$ ммоль/л статистически значимо чаще встречалась среди курильщиков по сравнению с некурящими (28% и 16%, соответственно, $p=0,021$).

В Российской Федерации и в странах Европы для оценки сердечно-сосудистого риска используют шкалу риска SCORE [10,15]. Средние значения сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE были не высокими. Это, вероятнее всего, связано с относительно молодым возрастом обследованных (от 30 до 55 лет) и невысоким

процентом мужчин в группах. В группе курящих медработников риск был статистически значимо выше по сравнению с группой некурящих медработников (0,455 (0,075-1,18) и 0,17 (0,03-0,525), соответственно, $p=0,0012$). Среди курильщиков 3% обследованных имели риск более 5. Статистически значимой разницы между медперсоналом терапевтических и хирургических отделений не было выявлено.

При проведении СМАД по САД и ПАД в обеих группах статистически значимых различий не выявлено (табл. 2). В то время как ДАД в дневное время было статистически значимо выше в группе курильщиков ($p=0,047$).

Таблица 2
СМАД у курящих и некурящих медицинских работников

	Курящие медработники	Некурящие медработники
САД/ДАД — 24, мм рт.ст.	118(111-125,5)/ 76(70-82)	117(109,5-123)/ 73,5(69-80,5)
САД/ДАД день, мм рт.ст.	121(114,5-130,5)/ 80(73-87,5)*	120(110-126,5)/ 77(71-84)
САД/ДАД ночь, мм рт.ст.	106(98-112)/ 64,5(58-71)	103(98-110)/ 63(58-68)
ПАД — 24, мм рт.ст.	42(38-46)	41(38-45)
ПАД день, мм рт.ст.	41,5(38-46)	41(37-45,5)
ПАД ночь, мм рт.ст.	41(38-44)	41(37-45)

Примечание: * - $p>0,05$.

При анализе СИ САД у 23% пациентов 1 группы и 27% пациентов 2 группы выявлены значения показателя $<10\%$. Такие значения СИ ДАД встречались статистически значимо реже (11% и 9%, $p<0,05$). Суточный профиль САД (8% и 6%, соответственно, у курящих и некурящих) статистически значимо реже, чем ДАД (46% и 38%, соответственно) характеризовался СИ $> 20\%$ ($p<0,0001$). Статистически значимых различий по СИ между группами курильщиков и некурящих медработников не было.

По данным СМ ЭКГ средние показатели ЧСС за сутки у курящих медработников составили $79,1 \pm 7,7$ уд в мин, у некурящих — $75,9 \pm 8,3$ уд в мин ($p=0,01$), ЧСС дневная $85,0 \pm 8,6$ уд в мин и $82,6 \pm 9,9$ уд в мин, соответственно, ($p>0,05$), ЧСС ночная $70,3 \pm 9,4$ уд в мин и $67,1 \pm 9,2$ уд в мин, соответственно, ($p=0,028$). Таким образом, выявлена более высокая ЧСС за сутки и в ночное время в группе курильщиков по сравнению с группой некурящих медработников.

Ишемия миокарда по данным СМ ЭКГ выявлена у 7% среди курящих и 4% среди некурящих медработников ($p>0,05$). У курящего медперсонала при проведении СМ ЭКГ статистически значимо чаще встречались нарушения ритма в виде пароксизмальной фибрилляции предсердий, частых суправентрикулярных и желудочковых экстрасистол (13% — курильщики, 4% — некурящие, $p<0,05$).

Результаты проведенного исследования показали, что АГ, ИБС, ХОБЛ, диастолическая дисфункция сердца, дислипидемия, эндотелиальная дисфункция встречаются чаще у курящих медработников.

Курение — это один из важных модифицируемых факторов риска неинфекционных заболеваний, и, в первую очередь, сердечно-сосудистых и бронхолегочных. Прекращение курения является эффективным способом предотвращения и первым обязательным шагом в программе лечения сердечно-сосудистых заболеваний и болезней органов дыхания. Поэтому одной из задач медработников любой специальности является профилактическая антитабачная пропаганда. И в первую очередь они должны начать с себя.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.ВОЗ — www.who.int.
- 2.Герасименко Н.Ф., Заридзе Д.Г., Сахарова Г.М. Здоровье или табак. Цифры и факты. — М., 2007. — с.80.
- 3.Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Рекомендации ВНОК (второй пересмотр)//Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — №7(6). Приложение. — С 1-40.
- 4.Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации ВНОК (четвертый пересмотр)// Системные гипертензии. — 2010. — №3. — С. 5-26.
- 5.Иванова О.В., Рогоза А.Н., Балахонова Т.В. и др. Определение чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига на эндотелии как метод оценки состояния эндотелийзависимой вазодилатации//Кардиология. — 1998. — №3. — С. 37-41.
- 6.Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Шальнова С.А. Сердечно-сосудистый риск у врачей разных специальностей. Результаты Российской многоцентровой научно-образовательной программы «Здоровье врачей России»// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2010. — №9(4). — С. 12-24.
- 7.Левшин В.Ф., Шутикова Н.В. Курение среди медицинских работников// Проблемы управления здравоохранением. — 2003. — №6. — С. 87-90.
- 8.Мартынов А.И., Аветяк Н.Г., Акатова Е.В. и др. Эндотелиальная дисфункция и методы ее определения// Российский кардиологический журнал. — 2005. — №4(54). — С 94-98.
- 9.Марцевич С.Ю., Дроздова Л.Ю., Воронина В.П. Здоровье и образование врача: две составляющие успеха//Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2010. — №6 (1). — С. 73-76.
- 10.Модернизация шкалы SCORE оценки десятилетнего риска сердечно-сосудистой смертности//Российский кардиологический журнал. — 2005. — №6. (56). — С. 40-44.
- 11.Рогоза А.Н., Никольский В.П., Ощепкова Е.В. и др. Суточное мониторирование артериального давления при гипертонии. — М.: Медицина; 1998. — 45с.
- 12.Сидоренко Б.А., Затейщиков Д.А. Дисфункция эндотелия в патогенезе атеросклероза и его осложнений// Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 1999. — №2. — С. 5-9.
- 13.Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С. и др. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением табака: Методические рекомендации №2002/154. — М., 2003. — С. 10-11.
- 14.Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д., Кукушкин С.К. Здоровье российских врачей. Клинико-эпидемиологический анализ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — №6. — С. 24-30.
- 15.Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project//Eur Heart J 2003. — №24. — P. 987-1003.
- 16.Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors //BMJ 2004. — №328 (7455). — P. 1519.

Информация об авторах: Левина Татьяна Валерьевна — аспирант, e-mail: Levina-13@yandex.ru
Дзизинский Александр Александрович — заведующий кафедрой, член-корр. РАМН, профессор.

©ХРАМЦОВА Н.А., ДЗИЗИНСКИЙ А.А. — 2011
УДК: 616.12-005.4:616.72-002.77

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: ФАКТОРЫ РИСКА, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ С АКТИВНОСТЬЮ ВОСПАЛЕНИЯ

Наталья Анатольевна Храмцова, Александр Александрович Дзизинский
(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра терапии и кардиологии, зав. — чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф. А.А. Дзизинский)

Резюме. В структуре причин преждевременной смертности при ревматоидном артрите (РА) ишемическая болезнь сердца занимает наибольший удельный вес. Особенностью течения ИБС у больных РА является высокая частота нарушений ритма и безболевой ишемии. Наряду с влиянием традиционных факторов риска, таких как возраст, гипергликемия, дислипидемия, избыточная масса тела, курение и артериальная гипертензия, установлены предикторы ИБС, ассоциирующиеся с последствиями хронического воспаления — высокая активность и продолжительность РА, ВАШ боли > 50 мм, прием глюкокортикоидов, а также сопутствующая анемия, как частое осложнение РА.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, ишемическая болезнь сердца.

CORONARY ARTERY DISEASE IN RHEUMATIC ARTHRITIS: RISK FACTORS, DISEASE COURSE, CHARACTERISTIC FEATURES, CLINICAL AND PATHOLOGICAL RELATIONSHIP WITH INFLAMMATION ACTIVITY

N.A. Khramtsova, A. A. Dzizinsky
(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. Coronary artery disease plays a major part among the reasons of premature mortality in case of rheumatic arthritis. A characteristic feature of the course of coronary heart disease in the rheumatic arthritis patient is high frequency of heart rhythm disorder and angina sine dolore. Besides the influence of ordinary risk factors such as age, hyperglycemia, dislipidemia, overweight, smoking and arterial hypertension, predictors of coronary heart disease associated with consequences of chronic inflammation are detected, these are high activity and course of rheumatic arthritis. Visual analogue scale is above 50, glucocorticoid intake and concomitant anemia as a frequent complication of rheumatic arthritis.

Key words: rheumatic arthritis, coronary artery disease.

В структуре кардиоваскулярных причин преждевременной смерти при ревматоидном артрите (РА) ишемическая болезнь сердца (ИБС) и её осложнения занимают наибольший удельный вес [8]. Проводимые ранее эпидемиологические исследования показали высокую частоту инфаркта миокарда и внезапной коронарной смерти у больных РА [10]. Инфаркт миокарда и инсульт, как осложнения атеросклеротического поражения со-

судов, нередко становились причиной преждевременной смерти при РА, и относительный риск при этом превышал общепопуляционные показатели более чем в 2 раза [4].

К настоящему времени накоплены сведения о причинно-следственной взаимосвязи высокой сердечно-сосудистой смертности при РА с ускоренным прогрессированием атеросклероза [9]. Согласно резуль-