
Раздел II. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКЕ

УДК 616.72-002.77:616.1-036

ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ: ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ

С. Е. Мясоедова^{1*}, доктор медицинских наук,
Е. С. Полтырева¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ *Цель* – установить частоту различных традиционных факторов сердечно-сосудистого риска (ССР) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и выяснить эффективность их контроля в реальной практике.

Материал и методы. Обследованы 127 пациентов с достоверным РА (средний возраст – 61,43 ± 10,74 года). Факторы ССР диагностировали в соответствии с национальными рекомендациями по кардиоваскулярной профилактике [2]. Десятилетний риск смерти от ССЗ оценивали по шкале SCORE.

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов имеют несколько основных факторов ССР, среди которых наиболее часто встречаются: возраст (старше 55 лет у мужчин и старше 65 лет у женщин) – 44,9 %, артериальная гипертензия (АГ) – 79,5 %, гиперхолестеринемия – 47,2 %, ожирение – 39,4 %, часто в сочетании с нарушениями углеводного обмена – 19 % и сахарным диабетом 2 типа (СД) – 9,5 %. ССЗ атеросклеротического генеза отмечены у 21,7 % пациентов, субклинический атеросклероз – у 34,6 %, хроническая болезнь почек со скоростью клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м² – у 34,6 %. Преобладали больные с очень высоким (21,3 %) и высоким (50,4 %) риском. Целевой уровень АД – ниже 140/90 мм рт. ст. достигнут у 56,3 % обследованных. Статины получали 23,1 % пациентов, имеющих показания для их назначения, без достижения целевых уровней ХСЛПНП.

Заключение. Сочетание нескольких факторов ССР у пациентов с РА определяет высокий риск ССЗ и субклинического атеросклероза. Отмечается недооценка ССР, недостаточный контроль АГ и дислипидемии у пациентов с РА.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, факторы сердечно-сосудистого риска.

* Ответственный за переписку (corresponding author): msemee@mail.ru

Ревматоидный артрит – хроническое иммуновоспалительное (аутоиммунное) заболевание, характеризующееся прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов [3]. РА является независимым фактором риска развития ССЗ, связанных с атеросклерозом, что объясняется взаимодействием воспаления с традиционными причинами [10]. Современная стратегия лечения РА «Тreat to Target» изменяет характер течения заболевания, улучшает его прогноз и снижает риск фатальных и нефатальных ССЗ [8]. Несмотря на несомненные успехи в лечении РА, проблема контроля за течением этого заболевания еще далека от решения. Сохраняется существенная доля пациентов, у которых применение

базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) ограничено из-за побочного действия или отсутствия эффекта. Эти обстоятельства требуют совершенствования существующих подходов к лечению на основе персонализированного подбора БПВП с самого начала заболевания. Другим аспектом в предупреждении ССЗ при РА является накопление факторов ССР у этих пациентов с возрастом и в течение заболевания. Однако наблюдается недооценка традиционных факторов ССР у пациентов с РА и недостаточное внимание терапевтов и ревматологов к их коррекции. Это подтверждают результаты многоцентрового международного исследования по оценке риска развития ССЗ при РА (SURF-RA), в которое вошли

данные за 2014–2019 гг. 14 503 пациентов из 53 центров в 19 странах, включая Россию [15].

Цель работы – установить частоту различных факторов ССР при РА и выяснить эффективность их контроля в реальной практике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 127 пациентов с достоверным диагнозом РА согласно критериям ACR/EULAR (2010), из них 118 женщин и 9 мужчин в возрасте от 33 до 81 года (средний возраст – $61,4 \pm 10,7$ года). Все были госпитализированы в отделение реабилитации пациентов с соматическими заболеваниями клиники ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России в период 2018–2019 гг. Длительность болезни составила от 0,5 до 18 лет, 19 пациентов (15,0 %) имели ранний артрит (менее одного года). Чаще встречался серопозитивный РА (62,2 %), 2-й степени активности (61,4 %), II рентгенологической стадии (57,5 %), II функционального класса (56,7 %) с минимальным и умеренным нарушением жизнедеятельности по HAQ-DI (46,5 и 37,8 %).

БПВП получали 99,2 % пациентов, 96 из них (76,2 %) принимали метотрексат в дозе 7,5–30 мг/нед. (средняя доза – $13,8 \pm 5,0$ мг/нед.). Потребность в регулярном приеме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) имела у 56 (44,1 %) больных. Регулярным считалось использование НПВП минимум два раза в неделю не менее двух месяцев в году [13, 14]. Глюкокортикоиды (ГК) к моменту обследования принимали 28 пациентов (22,1 %) в дозе 2,5–10 мг/сут (средняя доза – $6,2 \pm 2,5$ мг/сут в пересчете на преднизолон). Диагностика факторов ССР проводилась в соответствии с национальными рекомендациями по кардиоваскулярной профилактике [2]. Артериальное давление (АД) измеряли при поступлении пациентов в отделение (офисное АД) в соответствии с современными рекомендациями [1]. Десятилетний риск смерти от ССЗ оценивали по шкале SCORE, и рассчитанный показатель умножали на 1,5 у всех больных РА [9].

Лабораторное исследование проводилось на базе клинической и биохимической лабораторий клиники ИвГМА и включало: развернутый клинический анализ крови с определением СОЭ в мм/ч по методике Westergren, биохимическое исследование крови с количественным определением уровня креатинина, общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой (ХС ЛПВП) и низкой плотности (ХС ЛПНП), глюкозы (включая тест толерантности к глюкозе по показаниям). Иммунологическое исследование

включало количественное определение содержания С-реактивного белка (СРБ) и ревматоидного фактора (РФ) с помощью иммунотурбидиметрического теста. Была оценена скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по методике СКД-EPI.

Инструментальное исследование включало суточное мониторирование АД на аппарате «BPLab» (ООО «Петр Телегин»), дуплексное сканирование сонных артерий на ультразвуковом аппарате «General Electric Vivid S5» (Израиль). Эхокардиография выполнялась на универсальной ультразвуковой системе «Aloka Prosound ALPHA-7» (Япония) согласно рекомендациям Американского общества по эхокардиографии [6].

Проведение исследования было одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Результаты обработаны в пакете программ Statistica 6,0 («StatSoft», USA, 2001). При сравнении двух групп рассчитывали медиану (Me) и процентиля [25%; 75%], достоверность различий оценивалась с помощью U-критерия Манна – Уитни. Для сравнения частот признаков использовали критерий Пирсона (χ^2). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты с РА имели множественные факторы ССР (табл. 1).

Среди основных факторов ССР наиболее часто встречались: старший возраст, наличие артериальной гипертензии, дислипидемии, избыточной массы тела или ожирения, нарушений углеводного обмена. Артериальная гипертензия и дислипидемия наблюдались у большинства пациентов. Дислипидемия характеризовалась повышением уровня общего холестерина почти у половины пациентов (47,2 %) при сравнительно небольшой пропорции лиц с повышением содержания ХС ЛПНП (11,0 %). Снижение концентрации ХС ЛПВП встречалось несколько чаще (18,9 %), а гипертриглицеридемия отмечена у 66,1 % пациентов. Высокая частота гипертриглицеридемии сочеталась с распространенностью избыточной массы тела и ожирения (74,0 %).

В этой группе преобладал метаболически нездоровый фенотип (МНЗФ) ожирения с отношением объем талии/объем бедер (ОТ/ОБ) более 0,9 у мужчин и более 0,85 – у женщин, который отмечен у 67,0 % пациентов. У лиц с МНЗФ по сравнению с пациентами, имеющими нормальный ИМТ и соотношением ОТ/ОБ менее 0,85, выявлены достоверно ($p < 0,05$) более высокие уровни

Таблица 1. Частота встречаемости факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов с ревматоидным артритом

Фактор ССР	Число пациентов (n = 127)	
	абс	%
Возраст (старше 55 лет – у мужчин и старше 65 лет – у женщин)	57	44,9
Курение	12	9,5
Артериальная гипертензия	101	79,5
Дислипидемия, всего:	95	74,8
общий холестерин $\geq 5,0$ ммоль/л;	60	47,2
ХС ЛПНП ≥ 3 ммоль/л;	14	11,0
ХС ЛПВП < 1 ммоль/л у мужчин и $< 1,2$ ммоль/л у женщин;	24	19,0
триглицериды $> 1,7$ ммоль/л	84	66,1
Индекс массы тела более 25 кг/м ² , всего:	94	74,0
избыточная масса тела;	44	34,6
ожирение	50	39,4
Нарушения углеводного обмена, всего:	36	28,3
нарушенная гликемия натощак или нарушенная толерантность к глюкозе;	24	19,0
сахарный диабет	12	9,5
Отягощенная наследственность по ССЗ	18	14,2

глюкозы крови натощак – 4,9 [4,3; 5,3] и 4,6 [4,3; 4,8] ммоль/л, триглицеридов – 1,3 [1,0; 1,7] и 0,9 [0,73; 1,16] ммоль/л и более низкое содержание х-ЛПВП – 1,6 [1,3; 1,8] и 1,9 [1,5; 2,3] ммоль/л соответственно. Преимущественно именно в подгруппе пациентов с МНЗФ ожирения наблюдались нарушения углеводного обмена в виде нарушения уровня гликемии натощак (содержание глюкозы – более 5,6 ммоль/л) и/или толерантности к глюкозе у 24 (19 %) пациентов, а также сахарный диабет 2-го типа у 12 (9,5 %). Следует отметить, что 58 (45,7 %) больных имели одновременно три и более факторов сердечно-сосудистого риска. Чаще всего отмечено сочетание АГ с дислипидемией и избыточным весом или ожирением. Средний уровень СРБ составил $8,62 \pm 8,18$ мг/л (норма – менее 0,3–5,0 мг/л), а РФ – $129,61 \pm 169,61$ МЕД/мл (норма – менее 19 МЕД/мл), что отражало активность иммунного воспаления, которое рассматривается как независимый и главный новый фактор сердечно-сосудистого риска при РА [9].

Среди поражения органов-мишеней преобладала гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), выявленная у 71 пациента (55,9%). Признаки субклинического атеросклероза отмечены у 44 (34,7%) больных без клинических признаков ССЗ, на скрининге имеющих средний риск по шкале SCORE. У них были выявлены атеросклеротические бляшки в сонных артериях, в том числе у двоих обнаружены гемодинамически значимые бляшки (более 50 % диаметра артерии), наличие которых приравнивается к ССЗ. Хроническая болезнь почек (скорость клубочковой фильтрации – ме-

нее 60 мл/мин/1,73 м²) выявлена у 44 (34,7 %) пациентов, которая у большинства больных сочеталась с субклиническим атеросклерозом или ССЗ. ССЗ или заболевания почек наблюдались у 27 (21,3 %) пациентов и включали ИБС (стенокардию и перенесенный инфаркт миокарда) – у 13 (10,3 %), цереброваскулярные заболевания (инсульт и транзиторные ишемические атаки) – у 12 (9,2 %), перемежающуюся хромоту – у 3 (3,5 %), атероматозные бляшки в сонных артериях (около 50 % диаметра) – у 2 (1,6 %), хроническую болезнь почек со скоростью клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73 м² – у 1 (0,8 %). В том числе у 3 пациентов имела место сочетанная патология: инфаркт миокарда и инсульт, перемежающаяся хромота и инсульт, инфаркт миокарда и СД. Наблюдалось следующее распределение пациентов по степени ССР по SCORE с поправкой EULAR: очень высокий риск отмечен у 27 (21,3 %), высокий – у 64 (50,4 %), умеренный – у 15 (11,8 %), низкий – у 21 (16,5 %).

Эффективность антигипертензивной терапии ранее была оценена нами у 87 больных РА (68,5 %) с АГ [4]. Клиническое целевое АД (менее 140/90 мм рт. ст.) было достигнуто у 49 (56,3 %) и не достигнуто у 38 (43,7 %) пациентов, у которых чаще сохранялась АГ 1-й степени. Вместе с тем, по данным СМАД, целевые уровни АД были достигнуты только у 14 из 87 пациентов (16,1 %), тогда как у остальных 73 (83,9 %) имело место повышение систолического АД (САД) и/или диастолического АД (ДАД) как в дневные, так и в ночные

часы (у 53 пациентов) или повышение САД и/или ДАД только в ночные часы (у 20).

Таким образом, у большинства пациентов с АГ, получающих антигипертензивную терапию, имела место «неконтролируемая маскированная гипертензия» (офисное АД контролируется, но значения, полученные при СМАД, остаются повышенными) с высокими цифрами АД не только в дневные, но и в ночные часы, что повышает вероятность сердечно-сосудистых осложнений и требует серьезной коррекции тактики ведения этих больных. Анализ антигипертензивной терапии показал, что 34 пациента (39,1 %) принимали один препарат, 35 (40,2 %) – два и 18 (20,7 %) – три и более препаратов. Обращало на себя внимание, что 27 из 34 больных, получающих монотерапию, имели высокий и очень высокий риск ССЗ, что являлось основанием для назначения большинству из них комбинированной терапии. Наиболее распространенным было сочетание иАПФ с бета-адреноблокаторами, антагонисты кальция назначались только 17 пациентам. Показания для приема статинов были у 91 (71,7 %) пациента с учетом высокого и очень высокого ССР. Однако эти препараты получал лишь 21 из 91 (23,1 %). Большинство принимало аторвастатин в дозе 10–20 мг/сут, в отдельных случаях – розувастатин 10 мг/сут. Уровень х-ЛПНП ниже 1,8 ммоль/л достигнут только у двоих пациентов с ССЗ.

Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте традиционных факторов ССР у больных РА, что соответствует результатам международного многоцентрового исследования SURF-RA [15]. Нами установлена высокая концентрация факторов кардиоваскулярного риска среди больных РА, большинство из которых имели низкую активность и длительный анамнез заболевания (9,9–12,6 года). Преобладали женщины в постменопаузальном периоде (средний возраст – 59,8 ± 13,6 года). Когорта наших больных была сопоставима с общей популяцией лиц с РА по возрастно-половому составу, длительности заболевания, что свидетельствовало о сходстве популяций в различных странах. Вместе с тем наша когорта отличалась более высокой активностью (большинство наших пациентов имели 2-ю степень), что отражало недостаточность терапии БПВП (невысокие дозы метотрексата и отсутствие таргетных биологических препаратов). По частоте ССЗ когорта наших пациентов более всего соответствовала Восточно-Европейской (включала также пациентов из Российской Федерации), в которой ССЗ присутствовали у 21,4 % (21,6 %, по нашим данным), что превышало соответствующие показатели в Западной Европе,

Северной и Южной Америке. В целом, несмотря на некоторые отличия, получены сходные данные о доминирующих факторах ССР при РА, к которым относятся более старший возраст, наличие АГ (2/3 пациентов), дислипидемии, избыточного веса и ожирения, ассоциированных с нарушениями углеводного обмена и СД.

В нашем исследовании показано, что почти половина пациентов имела одновременно три и более этих факторов риска, которые сочетались с так называемыми новыми факторами ССР при РА [9]. К ним отнесены воспаление, наличие атеросклеротических бляшек в сонных артериях, антител к циклическому цитрулинированному пептиду, позитивность по РФ, внесуставные (системные) проявления РА, инвалидность, гипотиреоз. Среди них, безусловно, ведущим является хроническое аутоиммунное воспаление, степень которого отражали высокие уровни СРБ и РФ у наших пациентов. Вероятно, наличие активно персистирующего воспаления на фоне недостаточной терапии БПВП увеличивало потребность в приеме НПВП и ГК и могло провоцировать развитие АГ, хронической болезни почек, затруднять достижение целевого уровня АД.

В недавнем эпидемиологическом исследовании [12] показано, что риск развития ССЗ определяется периодами активности РА: при длительной ремиссии он сопоставим с риском, который имеют лица без РА, повышается в периоды умеренной активности и резко возрастает (в 2,4 раза) при обострениях РА. Очевидно, что наряду с факторами воспаления существенную роль в формировании ССЗ играют и традиционные факторы ССР, которые накапливаются с возрастом, на фоне ограничения физической активности и под влиянием лекарственной терапии (НПВП, ГК). Как и в исследовании SURF-RA, нами отмечена также диспропорция между высокой концентрацией факторов ССР и качеством их коррекции в соответствии с современными рекомендациями по лечению. Так, целевые уровни АД достигнуты у 56,3 % пациентов по данным измерения клинического АД и лишь у 16,1 % – по результатам СМАД, что обусловлено необоснованно высокой пропорцией назначения монотерапии пациентам высокого риска и недостаточным применением эффективных комбинаций из двух-трех препаратов. Что касается коррекции дислипидемии, то лишь 23,1 % пациентов, которым были показаны статины, получали эти препараты без достижения целевых значений ХС ЛПНП. Вместе с тем следует отметить, что, несмотря на определенные особенности липидного спектра у больных РА [11] и труд-

ности в достижении целевого уровня липидов, в ряде исследований доказана польза статинов в первичной и вторичной профилактике ССЗ при РА [15]. Поэтому в настоящее время рекомендуется использовать те же подходы в лечении дислипидемии при РА, как и в общей популяции [7]. Риск побочных эффектов при применении статинов и контроль за ними в целом сопоставим с таковым у лиц без РА.

Современный алгоритм ведения пациентов с РА в России осуществляется с учетом клинических рекомендаций по ревматологии Ассоциации ревматологов России, международных экспертов и предусматривает активное участие ревматолога совместно с терапевтом и при необходимости кардиологом в оценке кардиоваскулярного риска и его коррекции [5, 15]. Данный алгоритм предполагает оценку факторов ССР и его подсчет по шкале SCORE, консультацию кардиолога при наличии ССЗ высокого/очень высокого риска, на-

значение дуплексного сканирования сонных артерий пациентам с умеренным риском.

ВЫВОДЫ

1. Большинство пациентов с РА относятся к старшей возрастной группе, имеют высокую частоту АГ, дислипидемии и избыточного веса/ожирения. Данные факторы в сочетании с хронически персистирующим воспалением, проявляющимся высокими уровнями СРБ и РФ, обуславливают значительную частоту субклинического атеросклероза, хронической болезни почек, нарушений углеводного обмена, ССЗ и определяют преобладание высоко/очень высокого ССР среди этих пациентов.
2. В реальной практике имеет место недооценка факторов ССР у пациентов с РА, недостаточно эффективное лечение АГ и низкий процент назначения статинов в низких дозах без достижения целевых уровней х-ЛПНП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации. – Москва, 2020. – 162 с.
2. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал. – 2018. – Т. 23, № 6. – С. 7–122.
3. Клинические рекомендации. Ревматоидный артрит (проект). – Москва, 2020. – 45 с.
4. Мясоедова, С. Е. Суточный профиль артериального давления у пациентов с ревматоидным артритом / С. Е. Мясоедова, Е. С. Полтырева // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2019. – Т. 24, № 1. – С. 25–28.
5. Попкова, Т. В. Кардиоваскулярная патология у пациентов с ревматоидным артритом. Российские клинические рекомендации / Т. В. Попкова, Д. С. Новикова // Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – С. 319–338.
6. Рекомендации по количественной оценке структуры и функции камер сердца // Российский кардиологический журнал. – 2012. – № 4s4. – 27 с.
7. 2019 Рекомендации ESC/EAS по лечению дислипидемий: модификация липидов для снижения сердечно-сосудистого риска. Рабочая группа Европейского кардиологического общества (ESC, EOC) и Европейского общества по изучению атеросклероза (EAS, EOA) по лечению дислипидемий / F. Mach, C. Baigent, A. L. Catapano [et al.] // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Vol. 25(5). – P. 3826.
8. Decreased cardiovascular mortality in patient with incident rheumatoid arthritis (RA) in recent years: dawn of a new era in cardiovascular disease in RA? / E. Myasoedova, C. S. Crowson, E. L. Matteson [et al.] // Arthritis & Rheumatism. – 2015. – Vol. 67. – P. 25–31.
9. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015–2016 update / R. Agca, S. C. Heslinga, S. Rollefstad [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. – 2017. – Vol. 76. – P. 17–28.
10. Handbook of Cardiovascular Disease Management in Rheumatoid Arthritis / ed. by A. G. Semb. – Switzerland : Springer International Publishing AG, 2016. – 109 с.
11. Lipid paradox in rheumatoid arthritis: the impact of serum lipid measures and systemic inflammation on the risk of the cardiovascular disease / E. Myasoedova, C. S. Crowson, H. M. Kremers [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. – 2011. – Vol. 70, № 3. – P. 482–487.
12. The role of rheumatoid arthritis (RA) flare and cumulative burden of RA severity in the risk of cardiovascular disease / E. Myasoedova, A. Chandran, B. Ilhan [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. – 2016. – Vol. 75(3). – P. 560–565.
13. Regular use of nephrotoxic medications is an independent risk factor for chronic kidney disease results from a Chinese population study / Tao Su, LuXia Zhang, Xiao-Mei Li [et al.] // Nephrology, Dialysis, Transplantation. – 2011. – Vol. 26, № 6. – P. 1916–1923.
14. Walter, R. B. Long-term use of acetaminophen, aspirin, and other nonsteroidal anti-inflammatory drugs and risk of hematologic malignancies: results from the prospective Vitamins and Lifestyle (VITAL) study / R. B. Walter, F. Milano, T. M. Brasky, E. White // Journal of Clinical Oncology. – 2011. – Vol. 29, № 17. – P. 2424–2431.
15. Strategies for implementation of guideline recommended cardiovascular risk management for patient with rheumatoid arthritis: results from a questionnaire survey of expert rheumatology centers / J. M. Weijers, A. G. Semb, S. Rollefstad [et al.] // Rheumatology International. – 2020. – Vol. 40. – P. 523–527.

CADIOVASCULAR RISK FACTORS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: INCIDENCE AND MONITORING EFFECTIVENESS**S. E. Myasoedova, E. S. Poltyreva**

ABSTRACT *Objective* – to determine the frequency of various traditional cardiovascular risk (CVR) factors in patients with rheumatoid arthritis (RA) and to reveal the effectiveness of their monitoring in practice.

Material and methods. 127 patients with trustworthy RA were examined (average age – $61,43 \pm 10,74$ years). CVR factors were diagnosed with due regard to national recommendations in cardiovascular prophylaxis [2]. Ten-year death risk from cardiovascular diseases was estimated by SCORE scale.

Results and discussion. The most part of the patients had some general CVR factors among them the following parameters were found: age (over 55 years in men and over 65 years in women) – 44,9 %, arterial hypertension (AH) – 79,5 %, hypercholesterolemia – 47,2 %, obesity – 39,4 %, frequently in combination with carbohydrate metabolism disorders – 19 % and 2 type diabetes mellitus (DM) – 9,5 %. Cardiovascular diseases of atherosclerotic genesis were detected in 21,7 % patients, sub-clinical atherosclerosis – in 34,6 %, chronic kidney disease (CKD) with glomerular filtration rate less than 60 ml/min/1,73 m² – in 34,6 %. Patients with extremely high risk (21,3 %) and high risk (50,4 %) predominated. AD level for special purpose – lower 140/90 mm mercury column was achieved in 56,3 % of the examined persons. 23,1 % patients with indications for their administration were given statins without the achievement of low density lipoprotein cholesterol levels for special purpose.

Conclusion. Combination of several CVR factors in patients with RA determined high risk of cardiovascular diseases and sub-clinical atherosclerosis. CVR factors underestimation, insufficient AH and dyslipidemia monitoring were revealed in patients with RA.

Key words: rheumatoid arthritis, cardiovascular risk factors.