

## Επιπολασμός αρτηριακής υπέρτασης και καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα\*

Π. Ανυφαντή<sup>1</sup>  
Α. Τριανταφύλλου<sup>2</sup>  
Α. Πυρπασπούλου<sup>1</sup>  
Σ. Χατζημιχαηλίδου<sup>1</sup>  
Π. Παναγόπουλος<sup>1</sup>  
Γ. Τριανταφύλλου<sup>2</sup>  
Ε. Γαβριηλάκη<sup>2</sup>  
Ε. Γκαλιαγκούση<sup>1</sup>  
Σ. Ασλανίδης<sup>1</sup>  
Σ. Δούμα<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη  
<sup>2</sup> Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς με ρευματικές παθήσεις εμφανίζουν υψηλή συχνότητα επιπλοκών από το καρδιαγγειακό σύστημα. Ενώ η αυξημένη καρδιαγγειακή συννοσηρότητα στα νοσήματα αυτά υπό το πρίσμα της συστηματικής φλεγμονής αποτελεί αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας, η ακριβής συχνότητα των γνωστών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου ανάλογα με το φύλο και τη ρευματική πάθηση δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Στη μελέτη συμμετείχαν διαδοχικοί ασθενείς που εξετάστηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία του Ρευματολογικού Τμήματος του Ιπποκρατείου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, στους οποίους πραγματοποιήθηκε καταγραφή των γνωστών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων, δείκτης μάζας σώματος, κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος). Συνολικά μελετήθηκαν 557 ασθενείς, 449 γυναίκες και 108 άνδρες, ηλικίας  $54,1 \pm 14,1$  ετών. Ο πιο διαδεδομένος καρδιαγγειακός παράγοντας κινδύνου ήταν η αρτηριακή υπέρταση που βρέθηκε στο 39% του πληθυσμού, και αφορούσε σημαντικά περισσότερες γυναίκες σε σχέση με άνδρες. Ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα εμφάνισαν τα υψηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης, τον υψηλότερο επιπολασμό και τα χαμηλότερα ποσοστά ελέγχου αρτηριακής πίεσης, ενώ οι ασθενείς με οροαρνητική σπονδυλοαρθροπάθεια είχαν τη χαμηλότερη συχνότητα αρτηριακής πίεσης και ήταν οι καλύτερα ρυθμισμένοι. Ο έλεγχος για τη συνύπαρξη υπέρτασης και άλλων καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου και η σωστή αντιμετώπιση αυτών θα πρέπει να αναχθεί σε σημαντική προτεραιότητα των γιατρών που ασχολούνται με τους ρευματολογικούς ασθενείς.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί κυρίαρχη αιτία νοσηρότητας και θνητότητας, με τα καρδιαγγειακά συμβάματα να ευθύνονται για το ένα τρίτο του συνολικού αριθμού θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο<sup>1</sup>. Ανάμεσα στους γνωστούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, η αρτηριακή υπέρταση κατέχει κυρίαρχη θέση με αξιοσημείωτη επιδημιολογική εμβέλεια. Σύμφωνα με τις τελευταίες επιδημιολογικές έρευνες, η παρουσία αρτηριακής υ-

\* Το πρωτόκολλο έχει χρηματοδοτηθεί από την Ελληνική Εταιρεία Υπέρτασης.

πέρτασης καταγράφεται στο ένα τρίτο του ενήλικου πληθυσμού, με συχνότητα σταθερά αυξανόμενη στις μεγαλύτερες ηλικίες<sup>2</sup>.

Η παράλληλη αύξηση της συχνότητας της υπέρτασης με την ηλικία παρατηρείται και στα άτομα με ρευματικές παθήσεις. Τα ρευματικά νοσήματα κατατάσσονται στις πλέον συνηθισμένες χρόνιες καταστάσεις σε παγκόσμια κλίμακα. Μόνο στις Η.Π.Α., 46.4 εκατομμύρια ενήλικες (21.6% του πληθυσμού) ανέφεραν προσφάτως ότι πάσχουν από κάποια μορφή αρθρίτιδας με βάση προηγηθείσα ιατρική διάγνωση<sup>3</sup>, ενώ τουλάχιστον ένας στους δύο ηλικιωμένους πάσχει από ρευματική νόσο<sup>4</sup>. Μάλιστα, η συχνότητα αυτή αναμένεται να αυξηθεί κατά 40% τα επόμενα 25 χρόνια, δεδομένης της σταθερής επιμήκυνσης του προσδόκιμου ζωής σε συνδυασμό με την παράλληλη με την ηλικία αύξηση του επιπολασμού των ρευματικών νοσημάτων<sup>5</sup>.

Η αυξανόμενη συχνότητα παράλληλα με την ηλικία δεν είναι όμως το μόνο κοινό χαρακτηριστικό ανάμεσα στα καρδιαγγειακά νοσήματα και τις ρευματικές παθήσεις. Σημείο αναφοράς και για τις δύο κατηγορίες νοσημάτων αποτελεί η αθηροσκλήρωση σε υπόστρωμα συστηματικής φλεγμονής. Πράγματι, οι φλεγμονώδεις αρθροπάθειες έχουν συσχετιστεί με αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακών επεισοδίων, στην οποία καθοριστικά συμβάλλουν όχι μόνο οι συμβατικοί καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου, αλλά και το φλεγμονώδες υπόβαθρο και οι διαταραχές του ανοσολογικού μηχανισμού<sup>6,7</sup>. Και ενώ το τελευταίο πεδίο έχει αποτελέσει πεδίο εκτεταμένης ενασχόλησης στα πλαίσια της κατανόησης των μηχανισμών ανάπτυξης και εξέλιξης των ρευματικών παθήσεων και της καρδιαγγειακής συννοσηρότητας αυτών, ο ακριβής επιπολασμός των γνωστών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου και η συγκριτική μελέτη ανάλογα με τις διάφορες ρευματικές νόσους παραμένει υπό διερεύνηση. Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας μελέτης ήταν η μελέτη του επιπολασμού της αρτηριακής υπέρτασης και των λοιπών καθιερωμένων καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου συνολικά και ανά κατηγορία ρευματικής πάθησης σε ένα πληθυσμό ρευματολογικών ασθενών.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη συμμετείχαν διαδοχικοί ασθενείς που εξετάστηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία του Ρευ-

ματολογικού Τμήματος του Ιπποκρατείου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Κριτήρια εισόδου στη μελέτη αποτελούσε η ηλικία άνω των 18 ετών και η επιβεβαιωμένη διάγνωση ρευματολογικής πάθησης. Οι συμμετέχοντες ήταν σύμφωνοι με τη διεξαγωγή της μελέτης και κατέθεσαν ενυπόγραφη συγκατάθεση.

Σε όλους τους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε καταγραφή δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία) και ελήφθη πλήρης ιατρικό ιστορικό με έμφαση στην αναζήτηση της παρουσίας των γνωστών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος, ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη, καρδιακών νοσημάτων, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και δυσλιπιδαιμίας). Ακολούθως μετρήθηκε η συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) και η διαστολική (ΔΑΠ) αρτηριακή πίεση ιατρείου με ταυτόχρονη καταγραφή των σφύξεων, με βάση τις διεθνείς οδηγίες<sup>8,9</sup>. Η αρτηριακή πίεση προσδιοριζόταν και στα δύο χέρια αφότου ο ασθενής παρέμενε ήρεμος σε καθιστή θέση για τουλάχιστον 5 λεπτά και αν υπήρχε διαφορά οι μετρήσεις γίνονταν στη συνέχεια στο χέρι με την υψηλότερη πίεση. Ακολουθούσαν τρεις μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης με μεσοδιάστημα τουλάχιστον δύο λεπτών μεταξύ τους. Στην ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι μέσοι όροι των δύο τελευταίων μετρήσεων.

Με βάση τις διεθνείς οδηγίες ορίστηκαν τόσο η αρτηριακή υπέρταση<sup>8,9</sup> (ΣΑΠ  $\geq$  140 mmHg ή/και ΔΑΠ  $\geq$  90 mmHg ή λήψη αντιυπερτασικών δι-σκίων), όσο και η δυσλιπιδαιμία<sup>10</sup>. Ως επίγνωση της αρτηριακής υπέρτασης ορίστηκε η γνώση του ασθενούς ότι είναι υπερτασικός που προέκυπε από προηγούμενη κλινική διάγνωση με βάση το ιστορικό, ενώ ως έλεγχος της ΑΥ η παρουσία τιμής ΣΑΠ  $<$  140 mmHg και ΔΑΠ  $<$  90 mmHg σε υπερτασικούς ασθενείς. Ως καρδιακή νόσος ορίστηκε το ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας, οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, αγγειοπλαστικής, αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, στηθάγχης, αρρυθμίας ή οποιαδήποτε εγχείρηση καρδιάς. Ο δείκτης μάζας σώματος (body mass index, BMI) υπολογίστηκε από τον τύπο βάρους σε kg/(ύψος σε m)<sup>2</sup>.

## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του λογισμικού πακέτου SPSS 18

(Statistical Package for Social Sciences, έκδοση 18), για τα windows. Τα αποτελέσματα εκφράζονται για τις συνεχείς μεταβλητές σαν μέσος όρος±τυπική απόκλιση (mean±standard deviation, M±SD) και για τις κατηγορικές σε ποσοστά επί τοις εκατό. Ο έλεγχος της κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών έγινε με το τεστ Kalmogorov-Smirnov. Δείγματα στα οποία η στατιστική σημαντικότητα ήταν  $\leq 0,05$  θεωρήθηκαν μη κανονικά κατανομημένα. Για τον υπολογισμό των διαφορών μεταξύ των μέσων όρων χρησιμοποιήθηκε το t κριτήριο του Student και η δοκιμασία Mann Whitney. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκαν το Pearson chi square με τη διόρθωση του Yates όταν χρειαζόταν (με καταγραφή των τιμών του continuity correction) για τη σύγκριση 2 ομάδων, και το Kendall's tau b test ή το Phi test ή Cramer's V test για τη σύγκριση ταξινομημένων ή μη αντίστοιχα μεταβλητών σε 3 ή περισσότερες ομάδες. Επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0,05$  θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό. Επιπλέον, 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95% confidence intervals, 95% CI) αναφέρονται στο κείμενο, όπου απαιτείται.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά συμμετείχαν στη μελέτη 557 ασθενείς με ρευματικά νοσήματα, 449 γυναίκες και 108 άνδρες, με μέση ηλικία τα  $54,1 \pm 14,1$  έτη. Η πλειοψηφία των ασθενών έπασχε από ρευματοειδή αρθρίτιδα (31,8%), με την οστεοαρθρίτιδα και την οροαρθρική σπονδυλοαρθροπάθεια να έπονται σε συχνότητα (16,3% και 11,5%, αντίστοιχα). Τα βασικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και ο επιπολασμός των υπό μελέτη καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου περιγράφονται στον πίνακα 1. Ανάμεσα στους παράγοντες αυτούς, πιο διαδεδομένος ήταν η αρτηριακή υπέρταση που βρέθηκε στο 39% του πληθυσμού, και αφορούσε σημαντικά περισσότερες γυναίκες σε σχέση με άνδρες (41,2% έναντι 29,6%,  $p=0,043$ ). Ακολουθούσε η δυσλιπιδαιμία (33,6%) και το κάπνισμα (28,4%), με σημαντικά περισσότερους άνδρες καπνιστές σε σχέση με τις γυναίκες ( $p < 0,001$ ). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στη συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση ιατρείου μεταξύ γυναικών και ανδρών ( $130,4/79,2$  mmHg έναντι  $129,8/81,2$  mmHg αντίστοιχα).

Ο επιπολασμός των υπό μελέτη καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου ανάλογα με τη ρευματι-

**Πίνακας 1.** Βασικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού.

	Συνολικά (n=557)	Γυναίκες (n=449)	Άνδρες (n=108)	Τιμές p <sup>§</sup>
Ηλικία* (έτη)	54,1±14,1	54,7±14,2	51,4±13,7	0,015
Ασθένεια % (άτομα)				<0,001 <sup>#</sup>
ΡΑ	31,8 (177)	33(148)	26,9 (29)	
ΣΕΛ	8,4 (47)	10,2 (46)	0,9 (1)	
ΨΑ	9,2 (51)	5,6 (25)	24,1 (26)	
ΟΑ	16,3 (91)	19,1 (86)	4,6 (5)	
ΟΣ	11,5 (64)	6,2 (28)	33,3 (36)	
Οστεοπόρωση	5,4 (30)	6,7 (30)	0 (0)	
Άλλη	17,4 (97)	19,2 (86)	10,2 (11)	
BMI* (kg/m <sup>2</sup> )	27,5±5,29	27,6±5,6	27,2±3,9	0,935
ΣΑΠ* (mmHg)	130,5±19,82	130,4±20,4	129,8±17,6	0,991
ΔΑΠ* (mmHg)	79,5±10,51	79,2±10,6	81,2±10,1	0,171
Σφύξεις* (ανά λεπτό)	76,9±12,3	77,3±12,4	75,8±11,9	0,268
Κάπνισμα % (άτομα)	28,4 (158)	22,9 (103)	50,9 (55)	<0,001
Αλκοόλ % (άτομα)	7,4 (41)	2,9 (13)	25,9 (28)	<0,001
Ιστορικό ΑΥ % (άτομα)	39,0 (217)	41,2 (185)	29,6 (32)	0,043
ΣΔ % (άτομα)	10,2 (57)	10,5 (47)	9,3 (10)	0,917
Κ/Α επεισόδια % (άτομα)	8,6 (48)	7,8 (35)	12 (13)	0,282
Δυσλιπιδαιμία % (άτομα)	33,6 (187)	35,4 (159)	25,9 (28)	0,072

ΡΑ: Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, ΣΕΛ: Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος, ΨΑ: Ψωριασική Αρθρίτιδα, ΟΑ: Οστεοαρθρίτιδα, ΟΣ: Οροαρθρική σπονδυλοαρθροπάθεια, Άλλη: συστηματική σκλήρυνση, σύνδρομο Sjogren, ρευματική πολυμυαλγία, μυκή νόσος συνδετικού ιστού, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, αγγειίτιδα, BMI: Body Mass Index, ΣΑΠ: Συστολική Αρτηριακή Πίεση ιατρείου, ΔΑΠ: Διαστολική Αρτηριακή Πίεση ιατρείου, ΑΥ: Αρτηριακή Υπέρταση, ΣΔ: Σαχαρώδης Διαβήτης, Κ/Α: Καρδιαγγειακά

\* τα δεδομένα εκφράζονται σαν μέσος± SD (standard deviation, τυπική απόκλιση)

<sup>#</sup> το p αναφέρετε στις διαφορές μεταξύ του συνόλου των ομάδων και των ασθενειών, όπως υπολογίστηκε με το τεστ Phi and Crammer για τις πολλαπλές κατηγορίες

<sup>§</sup> οι τιμές p έχουν υπολογιστεί από τη σύγκριση του επιπολασμού των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου μεταξύ ανδρών και γυναικών

**Πίνακας 2.** Βασικά χαρακτηριστικά πληθυσμού και κατανομή καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου ανά ρευματική πάθηση.

	ΡΑ (n=177)	ΣΕΛ (n=47)	ΨΑ (n=51)	ΟΑ (91)	ΟΣ (64)	ΟΠ (n=30)	Άλλη (n=97)	Τιμές p <sup>§</sup>
Γυναίκες % (Α)	83,6 (128)	97,9 (46)	49 (25)	94,5 (86)	43,8 (28)	100 (30)	88,7 (86)	<0,001
Ηλικία* (έτη)	53,1±14,1	53,2±13,1	56,9±13,9	53,2±14,9	54±14,2	53,9±12,9	53,7±15,1	0,873
BMI* (kg/m <sup>2</sup> )	26,9±6,6	27,1±7,2	27,0±7,8	27,1±6,7	25,8±8,8	25,6±6,4	26,4±6,1	0,796
ΣΑΠ* (mmHg)	133,9±20,8	130,9±22,9	130,7±19,1	135,7±17,4	121,1±15,6	134,6±19,9	122,5±17,4	<0,001
ΔΑΠ* (mmHg)	80,8±10,8	79,8±10,1	80,0±11	81,5±9,7	78,2±9,8	88,7±11,9	76,5±10,2	0,030
Σφύξεις* (/min)	77,2±11	78,3±11,6	78,3±13,3	75±12,1	73,7±12,1	77,1±13,8	79,9±13,4	0,225
Κάπνισμα % (Α)	21,9 (38)	28,3 (13)	50,9 (26)	13,9 (13)	41,6 (33)	3,4 (1)	32,3 (31)	<0,001
Αλκοόλ % (Α)	7,6 (13)	2,1 (1)	18 (9)	1,1 (1)	19 (12)	6,9 (2)	2,1 (2)	0,001
ΑΥ % (Α)	45,7 (80)	26,1 (12)	37,3 (19)	46,7 (42)	25 (16)	30,9 (30)	55,2 (16)	0,003
ΣΔ % (Α)	15,5 (27)	2,1 (1)	16 (8)	11,1 (10)	3,1 (2)	6,2 (6)	6,9 (2)	0,045
K/A % (Α)	12,9 (22)	4,3 (2)	6,1 (3)	4,5 (4)	4,8 (3)	17,2 (5)	7,4 (7)	0,074
Δυσλιμία % (Α)	38,2 (66)	17 (8)	28 (14)	49,4 (44)	24,5 (9)	34,5 (10)	33,0 (32)	<0,001

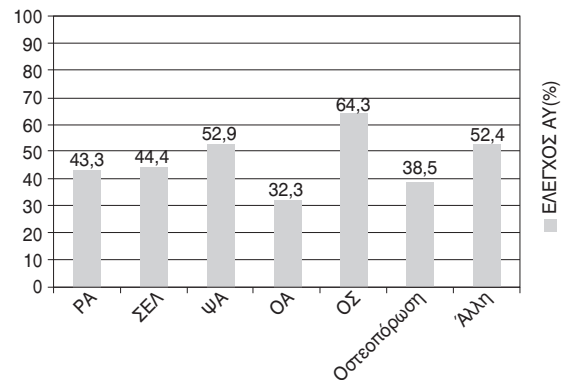
ΡΑ: Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, ΣΕΛ: Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος, ΨΑ: Ψωριασική Αρθρίτιδα, ΟΑ: Οστεοαρθρίτιδα, ΟΣ: Οροαρνητική σπονδυλοαρθροπάθεια, ΟΠ: Οστεοπόρωση, Άλλη: συστηματική σκλήρυνση, σύνδρομο Sjogren, ρευματική πολυμυαλγία, μυκτική νόσος συνδετικού ιστού, αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο, αγγειίτιδα, Α: άτομα, BMI: Body Mass Index, ΣΑΠ: Συστολική Αρτηριακή Πίεση ιατρείου, ΔΑΠ: Διαστολική Αρτηριακή Πίεση ιατρείου, ΑΥ: Αρτηριακή Υπέρταση, ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης, K/A: Καρδιαγγειακά Επεισόδια

\* τα δεδομένα εκφράζονται σαν μέσος±SD (standard deviation, τυπική απόκλιση)

§ οι τιμές p έχουν υπολογιστεί από τη σύγκριση του επιπολασμού των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου ανά κατηγορία ασθενειών

κή νόσο φαίνεται στον πίνακα 2. Ο επιπολασμός της αρτηριακής υπέρτασης ήταν ιδιαίτερα υψηλός σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα (46,7%) και ρευματοειδή αρθρίτιδα (45,7%), ενώ η χαμηλότερη συχνότητα διαπιστώθηκε σε ασθενείς με οροαρνητική σπονδυλοαρθροπάθεια (25%) και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (26,1%). Τα χαμηλότερα επίπεδα συστολικής αρτηριακής πίεσης παρατηρήθηκαν σε ασθενείς με οροαρνητική σπονδυλοαρθροπάθεια (121,1±15,6 mmHg), ενώ τα υψηλότερα σε πάσχοντες από οστεοαρθρίτιδα (135,7±17,4 mmHg).

Από τους 241 υπέρτασικούς ασθενείς, οι 172 είχαν επίγνωση της αρτηριακής υπέρτασης (71,3%), ενώ υπήρχαν συνολικά 69 άτομα χωρίς προηγούμενη διάγνωση υπέρτασης, δηλαδή που παρουσίασαν αυξημένες τιμές αρτηριακής πίεσης αλλά δεν είχαν διαγνωστεί με υπέρταση. Έλεγχος (δηλαδή ΑΠ < 140/90) παρατηρήθηκε σε 44,8% των ασθενών με γνωστή ΑΥ. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ελέγχου αρτηριακής υπέρτασης ανά κατηγορία ασθενειών (p=0,501), αν και σε νοσήματα όπως η οστεοαρθρίτιδα και οστεοπόρωση παρατηρήθηκε χαμηλότερο ποσοστό ελέγχου (32,3% και 38,5%). Ασθενείς με την καλύτερη ρύθμιση αρτηριακής υπέρτασης ήταν οι πάσχοντες από οροαρνητική σπονδυλοαρθροπάθεια (64,3%). Η κατανομή του ελέγχου αρτηριακής υπέρτασης ανά κατηγορία ασθενειών παρουσιάζεται διαγραμματικά στην εικόνα 1.



**Εικόνα 1.** Ποσοστό υπέρτασικών ασθενών με ελεγχόμενη αρτηριακή υπέρταση (<140/90mmHg) ανά κατηγορία ρευματικής πάθησης.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε καταγραφή του επιπολασμού των γνωστών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου σε ασθενείς που πάσχουν από ρευματικές παθήσεις. Πρόκειται για μία επιδημιολογική μελέτη χρονικής στιγμής που συμπεριέλαβε ένα σημαντικό αριθμό διαδοχικών ρευματολογικών ασθενών (557 συνολικά άτομα), επιτρέποντας επιμέρους αναλύσεις ανάλογα με το φύλο και τη ρευματική πάθηση και παραθέτοντας έτσι επιδημιολογικά στοιχεία που σπανίζουν στην εγχώρια αλλά και τη διεθνή βιβλιογραφία.

Από όλους τους υπό μελέτη καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου (ηλικία, δείκτης μάζας σώματος, συστολική/διαστολική αρτηριακή πίεση ια-



τρείου, σφύξεις, κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος, σακχαρώδης διαβήτης, ιστορικό καρδιαγγειακών επεισοδίων και δυσλιπιδαιμία), σημαντική διαφορά ανάλογα με το φύλο διαπιστώθηκε μόνο για την αρτηριακή υπέρταση, με τις γυναίκες να πάσχουν σε ποσοστό 41,2% έναντι 29,6% των ανδρών, ( $p=0,043$ ), για την ηλικία, με μέση ηλικία γυναικών τα 54,7 έτη έναντι 51,4 έτη των ανδρών ( $p=0,015$ ), καθώς επίσης, όπως θα ήταν αναμενόμενο, και στους παράγοντες-έξις του καπνίσματος και της κατανάλωσης οινοπνεύματος, με σημαντικά περισσότερους άνδρες καπνιστές (50,9% έναντι 22,9% των γυναικών,  $p<0,001$ ) και χρήστες οινοπνεύματος (25,9% έναντι μόλις 2,9% των γυναικών,  $p<0,001$ ). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν καταγραφεί και σε άλλες μελέτες, με το ποσοστό επιπολασμού αρτηριακής υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας να ανέρχεται σε 40%<sup>10</sup>, αν και συχνότητα αρτηριακής υπέρτασης έχει καταγραφεί σε ποσοστό έως 68% σε σειρά ασθενών προερχόμενη από την Ολλανδία<sup>12</sup>.

Αξιίζει να σημειωθεί ότι σχεδόν 3 στους 10 ρευματολογικούς ασθενείς της μελέτης δεν είχαν επίγνωση των αυξημένων επιπέδων αρτηριακής πίεσης που καταγράφηκαν. Το ποσοστό επίγνωσης αρτηριακής υπέρτασης στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών (71,3%) είναι σχετικά υψηλό. Μάλιστα, υπερβαίνει κατά πολύ το αντίστοιχο ποσοστό επίγνωσης στο γενικό πληθυσμό, ακόμα και στις χώρες υψηλού εισοδήματος (μόλις 49%)<sup>13</sup>, πιθανότατα λόγω της στενής ιατρικής παρακολούθησης που επιβάλλει η υποκείμενη ρευματική πάθηση. Από την άλλη, πολύ υψηλά ποσοστά επίγνωσης (έως και 89,8%) έχουν καταγραφεί από αντίστοιχες πληθυσμιακές μελέτες σε ηλικιωμένους προερχόμενες από τον ελλαδικό χώρο<sup>14,15</sup>. Δεδομένης της καρδιαγγειακής συννοσηρότητας που παρατηρείται στα ρευματικά νοσήματα, η διερεύνηση της πιθανότητας συνύπαρξης αρτηριακής υπέρτασης στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών ανακύπτει ως μείζονος σημασίας και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους θεράποντες ρευματολόγους.

Η ανάλυση του επιπολασμού των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου ανά κατηγορία ρευματικής πάθησης ανέδειξε σημαντικές διαφορές τόσο στον επιπολασμό της αρτηριακής υπέρτασης, όσο και στα επίπεδα αρτηριακής πίεσης. Οι ασθενείς με οροαρνητική σπονδυλοαρθροπάθεια εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης,

μικρότερο επιπολασμό αρτηριακής υπέρτασης και καλύτερη ρύθμιση αυτής, ενώ στο άλλο άκρο (υψηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης, υψηλότερος επιπολασμός αρτηριακής υπέρτασης, μικρότερα ποσοστά ελέγχου αρτηριακής πίεσης) κατατάσσονται οι ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα.

Τα τελευταία χρόνια σημαντικός λόγος γίνεται στη διεθνή βιβλιογραφία για την καρδιαγγειακή συννοσηρότητα στις ρευματικές παθήσεις. Η αυξημένη συχνότητα επιπλοκών από το καρδιαγγειακό σύστημα αποτελεί κοινό γνώρισμα των ρευματικών παθήσεων. Ενδεικτικά, οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν τουλάχιστον τριπλάσιο ρυθμό θνησιμότητας σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Πράγματι, η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί τη συχνότερη αιτία θνητότητας στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, με το ένα τρίτο των καταγραφόμενων θανάτων να αποδίδεται σε αγγειακά αίτια<sup>16</sup>.

Η παρούσα μελέτη αποκαλύπτει τον ακριβή επιπολασμό της αρτηριακής υπέρτασης και των λοιπών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα, ανάλογα με το φύλο και την κατηγορία ρευματικής πάθησης. Η παράθεση των δεδομένων αυτών θα πρέπει να λειτουργεί ως υπενθύμιση προς τον κλινικό γιατρό, που αντιμετωπίζει στους ρευματολογικούς ασθενείς το δεδομένο ότι σε μεγάλο αριθμό αυτών θα συνυπάρχουν καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου, ούτως ώστε να τους αναζητά και να τους αντιμετωπίζει κατάλληλα στα πλαίσια ελάττωσης της καρδιαγγειακής συννοσηρότητας και βελτίωσης της ποιότητας ζωής σε αυτήν τη μεγάλη κατηγορία ασθενών.

## SUMMARY

*Anyfanti P, Triantafyllou A, Pyrpasopoulou A, Chatzimichailidou S, Panagopoulos P, Triantafyllou G, Gavriilaki E, Gkaliagkousi E, Aslanidis S, Douma S. Prevalence of hypertension and other cardiovascular risk factors in patients with rheumatic diseases. Arterial Hypertension 2014; 23: 20-25.*

Cardiovascular complications are frequently encountered in patients with rheumatic diseases. Cardiovascular comorbidities as a result of systemic inflammation are being thoroughly investigated in this group of patients, yet the prevalence of traditional cardiovascular risk factors in male and female patients according to their primary rheumatic disease is not

precisely known. We therefore studied consecutive patients attending the Rheumatology Outpatient Clinic of Hippokraton General Hospital, Thessaloniki, and obtained information on their cardiovascular risk profile (hypertension, dyslipidemia, diabetes mellitus, history of cardiovascular events, body mass index, smoking, alcohol intake). A total of 557 patients, 449 female and 108 male,  $54.1 \pm 14.1$  years old, were studied. Hypertension was identified as the most prevalent cardiovascular risk factor, recorded in 39% of our sample, and affected significantly more female compared to male patients. Patients suffering from osteoarthritis presented the highest blood pressure levels, the greatest hypertension prevalence and the lowest blood pressure control levels. In contrast, patients with seronegative spondyloarthropathy presented the lowest blood pressure levels and the best blood pressure control. Given their prevalence, screening for hypertension and other cardiovascular risk factors in patients with rheumatic diseases should be listed as a high priority for physicians dealing with this particular group of patients.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO. The World Health Report, 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.
2. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2013; 127: e6-e245.
3. Helmick CG, Felson DT, Lawrence RC, et al. National Arthritis Data Workgroup. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part I. *Arthritis Rheum* 2008; 58: 15-25.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Public health and aging: projected prevalence of self-reported arthritis or chronic joint symptoms among persons aged >65 years-United States, 2005-2030. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52: 489-491.
5. Hootman JM, Helmick CG. Projections of US prevalence of arthritis and associated activity limitations. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 226-229.
6. Boyer JF, Gourraud PA, Cantagrel A, Davignon JL, Constantin A. Traditional cardiovascular risk factors in rheumatoid arthritis: a meta-analysis. *Joint Bone Spine* 2011; 78: 179-183.
7. Fischer LM, Schlienger RG, Matter C, Jick H, Meier CR. Effect of rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus on the risk of first-time acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2004; 93: 198-200.
8. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2013; 31: 1281-1357.
9. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension; European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25: 1105-1187.
10. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002; 106: 3143-3421.
11. Mohammad A, Hartery K, Bond U, Phelan M. Increased occurrence of cardiovascular events and comorbidities in a general rheumatology cohort. *Ir J Med Sci* 2010; 179: 273-276.
12. Meek IL, Picavet HS, Vonkeman HE, Verschuren WM, van de Laar MA. Increased cardiovascular risk factors in different rheumatic diseases compared with the general population. *Rheumatology (Oxford)* 2013; 52: 210-216.
13. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, et al. PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) Study investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA* 2013; 310: 959-968.
14. Triantafyllou A, Douma S, Petidis K, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in an elderly population in Greece. *Rural Remote Health* 2010; 10(2): 1225.
15. Skliros EA, Papaioannou I, Sotiropoulos A, et al. A high level of awareness but a poor control of hypertension among elderly Greeks: the Nemea primary care study. *J Hum Hypertens* 2002; 16: 285-287.
16. Van Doornum S, McColl G, Wicks IP. Accelerated atherosclerosis: an extraarticular feature of rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum* 2002; 46: 862-873.