

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ У МУЖЧИН

О. В. Соловьёва
ГМЛПУЗ ОКБ, г. Челябинска

Дебют заболевания системной красной волчанкой (СКВ) у мужчин приходится на возраст от 10 до 42 лет, т. е. средний возраст начала заболевания 22,5 года. При анализе истории болезни данных пациентов выяснено, что у 11 из 12 больных заболевание возникло после перенесенной острой вирусной или бактериальной инфекции, что можно рассматривать как пусковой механизм. На момент исследования активность процесса: 5 человек – III, 4 человека – II, 3 человека – I. Индекс активности SLEDAI 2K в среднем составил 9. В 11 случаях течение СКВ хроническое, в одном случае – подострое.

Ключевые слова: системная красная волчанка, вариабельность сердечного ритма, мужчина.

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) – заболевание из группы диффузных болезней соединительной ткани, развивающееся на фоне генетически обусловленного несовершенства иммунорегуляторных процессов, приводящих к образованию множества антител к собственным клеткам и их компонентам и возникновению иммунокомплексного воспаления, следствием которого является повреждение многих органов и систем. СКВ является одним из наиболее тяжелых системных заболеваний соединительной ткани [4, 5]. Заболеваемость СКВ колеблется в пределах 4–250 случаев на 100 000 населения; приблизительно 90 % всех больных составляют женщины. СКВ часто развивается в репродуктивном возрасте, при этом во время беременности и в послеродовом периоде значительно возрастает риск обострения. Распространенность СКВ в популяции составляет примерно 1–2 случая на тысячу человек населения. Заболевание наиболее часто развивается у женщин репродуктивного возраста (соотношение 10–20:1). Клинические исследования 30–40-х годов прошлого века убедительно продемонстрировали преобладание женщин среди больных СКВ, что позднее подтвердилось благодаря разработке специфических серологических методов диагностики. Удельный вес мужчин среди больных СКВ составляет 4–22 %. Первый случай, удовлетворяющий современным критериям АКР, был описан в 1923 году W.H. Goeckerman, в работе было представлено клиническое наблюдение 18-летнего юноши с поражением кожи, миокарда, язвами полости рта, лейкопенией, протеинурией, погибшего от осложнений через три месяца от начала заболевания. По данным M. Hochberg соотноше-

ние женщин и мужчин, страдающих СКВ, в среднем приближается к 6:1, а в постпубертатном периоде достигает 10:1, у лиц младше 15 и старше 65 лет половые различия в заболеваемости СКВ значительно меньше [7]. Заболевание у мужчин дебютирует в более старшем возрасте, средний возраст составляет 40,4 года. Среди причин, определяющих преимущественное поражение женщин, одно из ведущих мест отводится гормонам гонад. Убедительно доказано влияние половых гормонов на иммунную систему, отмечено более частое развитие у женщин различных аутоиммунных заболеваний [8].

Редкость СКВ у мужчин часто является камнем преткновения для клиницистов. По данным литературы высока частота среди мужчин с СКВ так называемых хронических вариантов течения болезни, когда на протяжении многих лет один или два клинических проявления (венозные тромбозы, тромбоцитопения или др.) существуют изолированно и предшествуют появлению развернутой клинической картины, что может способствовать несвоевременной постановке диагноза и позднему назначению адекватной иммуносупрессивной терапии [4]. В настоящее время по данным отечественных и зарубежных исследователей (M. Miller, 1983; М.Ю. Фоломеев, 1984; Z.M. Sthoeger, 1987; L.D. Kaufman, 1989; M. Wald, S. Studenski, 1990; R. Cervera, 1993; M.J. Santos, 1994; W. Koh, 1994; L. Pande, 1994; J. Molina, 1996; D. Chang, 1998; C. Mokk, 1999), несмотря на разногласия в отношении частоты и значимости клинических проявлений у мужчин с СКВ, в целом консенсус достигнут в одном – мужчины отличаются от женщин по экспрессии заболевания.

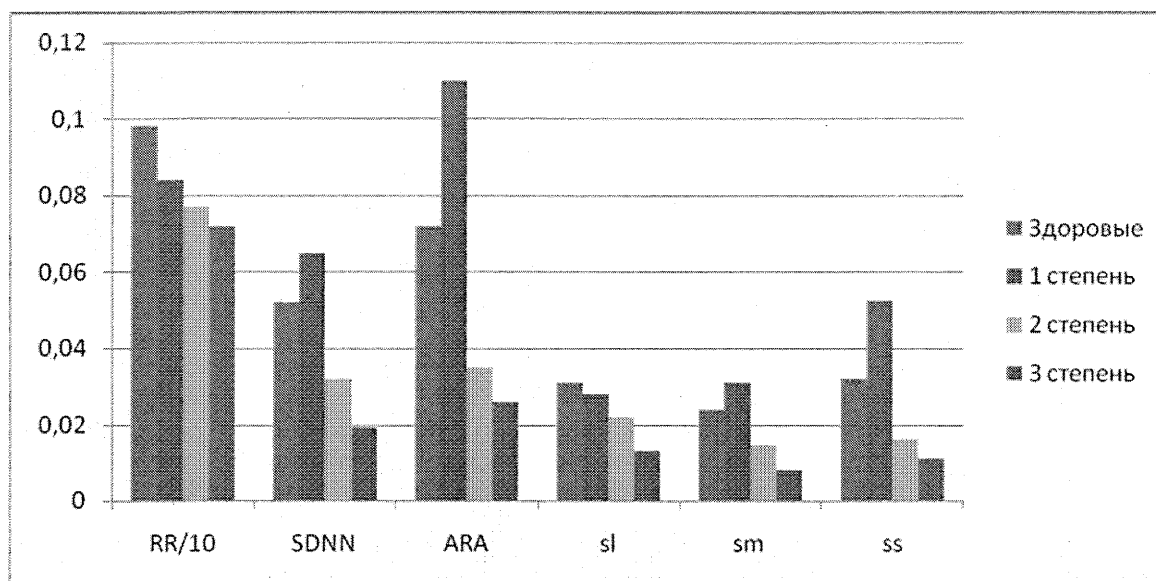


Рис. 1. Сравнение показателей временного анализа ВСП у больных СКВ при различных степенях активности

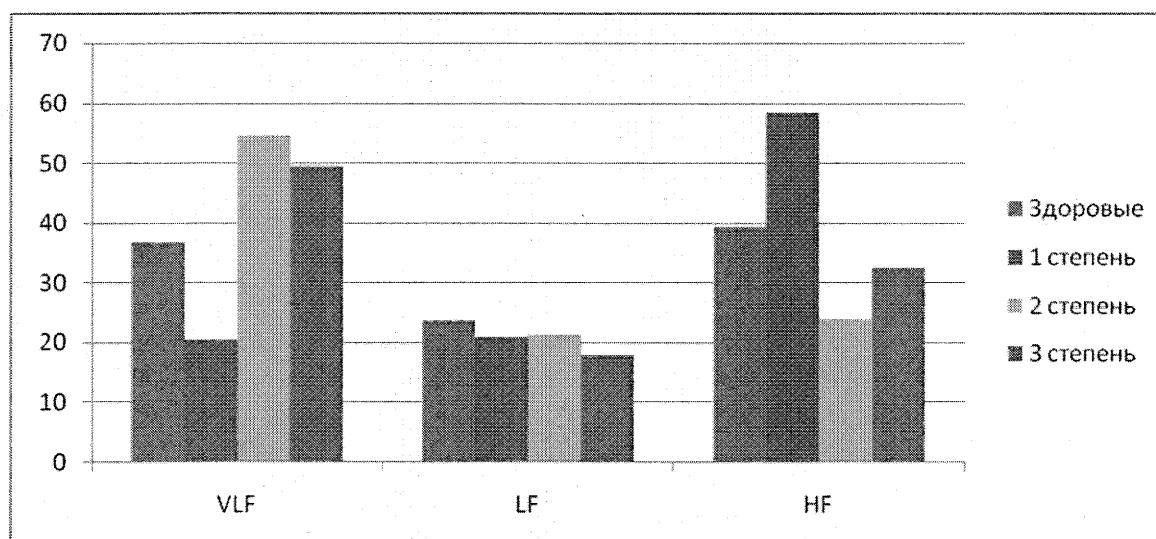


Рис. 2. Сравнение показателей спектрального анализа ВСП у больных СКВ с различной степенью активности

Выводы

1. Большинство мужчин с СКВ имеют хроническое течение заболевания.
2. Наиболее часто встречаемые клинические проявления: синдром Рейно, лихорадка, артралгии.
3. Признаки поражения внутренних органов (перикардит, люпус-нефрит и др.) выявлены у 1/3 пациентов.
4. При длительно протекающих артралгиях у мужчин необходимо проводить дифференциальный диагноз с системной красной волчанкой.
5. В дальнейшем требуется продолжить исследование на большем материале для уточнения вариантов течения СКВ у мужчин, связи клинических симптомов со стажем заболевания, активно-

стью, что даст возможность отработать тактику ведения данной группы пациентов и оценить прогноз заболевания.

6. Оценка ВСП необходима для выявления периферической вегетативной дисрегуляции синусового узла сердца.

7. Снижение общей ВСП с соответствующим снижением вариабельности всех волн характерно для нарастания активности СКВ у мужчин.

Литература

1. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2005. – С. 141–167.
2. Ключкина, Н.Г. Системная красная волчан-

Материалы и методы. В отделении ревматологии ЧОКБ в течение последних двух лет наблюдалось 127 человек с достоверным диагнозом СКВ (критерии АРА, 1982 г.), из них 12 мужчин, что составило 9,4 %, т. е. соотношение 9,6:1.

Цель исследования. Анализ клинических проявлений СКВ у мужчин, характера течения заболевания, степени активности. Оценка состояния вегетативной регуляции с помощью метода ритмокардиографии. Связь клинических показателей с показателями вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Результаты исследования. По результатам многопрофильного обследования, по критериям включения и исключения в исследовании участвовало 12 мужчин, больных СКВ. Все пациенты обследованы в условиях отделения ревматологии ЧОКБ. Диагноз достоверен во всех случаях (критерии АСР, 1997 г.) [1, 5, 9]. Дебют заболевания мужчин, больных СКВ, пришелся на возраст от 10 до 42 лет, т. е. средний возраст начала заболевания 22,5 года. При анализе истории болезни данных пациентов выяснено, что у 11 из 12 больных заболевание возникло после перенесенной острой вирусной или бактериальной инфекции, что можно рассматривать как пусковой механизм. На момент исследования степень активности процесса: 5 человек – 3-я, 4 человека – 2-я, 3 человека – 1-я. Индекс активности SLEDAI 2K в среднем составил 9. В 11 случаях течение СКВ хроническое, в одном случае – подострое.

В дебюте заболевания у 10 из 12 пациентов лихорадка, поражение суставов, в одном случае тромбоз сосудов нижних конечностей, у одного пациента в течение 3 лет выявление ложноположительной реакции Вассермана.

Эритематозный дерматит на лице, шее и груди, в области крупных суставов наблюдался лишь у трех человек, причем типичная эритема на лице по типу «бабочки» выявлялась у одного пациента. Ни у одного из пациентов не было очагов аллопеции, явления фотодерматита в анамнезе отсутствовали. Характерно, что у всех пациентов наблюдались артралгии в 100 % случаев, артрит у 5 больных с высокой степенью активности процесса, у 2 из них с формированием ревматоидоподобной кисти, но при рентгенологическом исследовании эрозий не выявлено.

В 100 % случаев у мужчин с диагнозом СКВ наблюдался синдром Рейно разной степени выраженности.

Поражение почек было выявлено у 4 пациентов с хроническим течением СКВ, причем у всех мочевого синдром, протеинурия обнаружены в течение первого года заболевания.

Поражение серозных оболочек наблюдалось у 4 человек – это перикардит, а у одного больного с подострым течением СКВ и высокой степенью активности одновременно плеврит и перикардит. Следует отметить, что по данным ЭХО-КГ у всех мужчин имелось поражение клапанов сердца в

виде уплотнения створок митрального клапана у 5 человек, уплотнения створок аортального клапана у 9 человек.

Поражение костного мозга у 7 человек наблюдалось с преобладанием анемии средней степени тяжести, у 2 – тромбоцитопения. Признаков панцитопении не было ни у одного из пациентов.

Поражение нервной системы четко зависит от стажа заболевания. У 3 пациентов головные боли напряжения, у одного клиника полинейропатии, причем у всех стаж заболевания не менее 5 лет. Эписиндром у наблюдаемых пациентов не выявлялся. У одного пациента со стажем заболевания 6 лет, в возрасте 46 лет на фоне высокой активности СКВ выявлено острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне левой среднемозговой артерии, синдром правостороннего гемипареза.

Одним из методов изучения состояния вегетативной регуляции является высокоразрешающая ритмокардиография, которая проводится на аппаратно-программном комплексе КАП-РК-01 «Микор» в стационарных условиях [7, 8]. В настоящее время исследование ВСР активно внедряется в клиническую практику, так как патология вегетативной регуляции является одним из звеньев патогенеза в развитии заболеваний внутренних органов. Одним из способов количественной оценки механизмов регуляции вегетативного тонуса является определение статистически значимой разницы амплитуд VLF, LF, HF внутри спектра, а также меры их коррелятивного участия в формировании общей ВСР. У здоровых имеется уравновешенность симпатических барорефлекторных (LF) и вагальных (HF) механизмов регуляции при минимальной амплитуде VLF и отсутствии ее корреляции с показателем общей вариабельности ритма сердца. Это классифицируется как ненапряженный вегетативный баланс. Учет изменений общей ВРС, а также колебания составляющих мощностей при изменении функционального состояния организма используется для оценки вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности.

Сравнение показателей временного анализа ВСР у больных СКВ при различных степенях активности (рис. 1) показало выраженное снижение общей вариабельности сердечного ритма со снижением вариабельности всех волн в зависимости от тяжести заболевания, на фоне снижения средней величины межсистолических интервалов при увеличении тяжести заболевания.

При сравнении спектральных характеристик распределения влияний регулирующих факторов исследуемых групп по вкладам 3 диапазонов в общий спектр (рис. 2) значимые различия найдены по удельному весу гуморально-метаболических волн, которые были существенно выше у больных с 2 и 3 степенью активности СКВ, удельный вес симпатических изменений и парасимпатических волн были существенно выше в группе больных с 1 степенью активности СКВ.

ка у мужчин / Н.Г. Клюквина, А.Е. Ильина // Ревматологический журнал. – Т. 13, № 8. – 2005.

3. Миронова, Т.Ф. Вариабельность сердечного ритма при ишемической болезни сердца / Т.Ф. Миронова, В.А. Миронов. – Челябинск: Репкол, 2006. – С. 4–58.

4. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. – М.: Литтерра, 2003.

5. Сигидин, Я.А. Диффузные болезни соединительной ткани / Я.А. Сигидин, Н.Г. Гусева. – М.: Медицина, 2004.

6. Соколов, С.Ф. Клиническое значение оценки вариабельности ритма сердца / С.Ф. Соколов,

Т.А. Малкина // «Сердце». Журнал для практикующих врачей. – 2002. – Т. 1, № 2(2). – С. 72–75.

7. Dubois, E.L. Clinical manifestations of SLE. Compute analysis of 520 cases / E.L. Dubois, D.L. Tuffanelli // JAMA. – 1964. – V. 190. – P. 104–111.

8. Grossman, C.I. Interactions between the gonadal steroids and the immune system / C.I. Grossman // Science. – 1985. – P. 227–261.

9. Hochberg, M.C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus / M.C. Hochberg // Arthr. Rheum. – 1997. – V. 40. – P. 1725.

Поступила в редакцию 25 января 2010 г.